

Auf der anderen Seite fordert das Judentum eine „erfolgreiche“ Kirche, die mit den götzendienerischen Mächten des Staates identifiziert wird, zu der Erkenntnis auf, daß Kirche und Staat nicht eins sind, und daß die Religion eine prophetische Funktion hat, die die Kirche nur um den Preis ihrer Integrität opfert.

Die Juden lehren eine selbstzufriedene Kirche, die nur mit ihrem eigenen institutionellen Wohlergehen beschäftigt ist, daß der gekreuzigte Christus nicht auf die Kirche beschränkt werden kann. Er ist vielmehr bei allen, die um der Sünden der Menschheit willen leiden. Die Juden haben die Strafen des christlichen Abfalls von ihrem Christus getragen. Das jüdische Volk ist der Prototyp des leidenden Knechtes in unserer Zeit.

Das Judentum ermahnt die Christen, die in selbstgenügsamem Glauben sich ihres Heils sicher wähnten und meinten, daß sie sich mit den harten Tatsachen dieser Welt nicht mehr zu befassen brauchten, „ein Jude (oder ein Christ) zu sein, die Bereitschaft heißt, die Kreuzigung zu erleiden“ (Schemoth Rabba 42, 9). Das Streben nach Versöhnung verlangt von dem Gläubigen notwendigerweise, daß er einen Standort einnimmt und bei der Lösung aller menschlichen Probleme in dieser Welt seine Entscheidung trifft. Von dieser Verantwortung enthebt uns erst der Tod.

Das Judentum erinnert die Christen beständig an ihre eigene entscheidende Lehre, daß Gott nicht durch Dogmen bekannt wird, mögen sie definiert oder neu definiert, reformiert oder gegenreformiert sein, sondern daß er in der Geschichte offenbar wird, wenn sich das Wort „ereignet“. Das jüdische Streben nach einer gerechten Tat ist das Gegengewicht zu dem christlichen Ringen um ein einigendes Bekenntnis.

Der Gott Abrahams, der einzigartig ist, der keine menschliche Form oder Gestalt annimmt, der niemals voll beschrieben werden kann, den wir nach bestem Vermögen in unserem Herzen und auch in unserem Verstand zu kennen aufgerufen sind, dieser Gott sitzt zu Gericht über alle menschlichen Institutionen, einschließlich Kirche und Synagoge.

Im Paradox der Religion ist Stärke unsere Schwäche und unsere Schwäche Stärke. Ganz demütig möchte ich meinen, daß Gottes Wahrheit größer ist, als daß einer unter uns sie hätte oder umschreiben könnte. Im Gespräch miteinander entdecken wir, daß Gott unter uns ist und sich uns aufs neue offenbart.

Die Rabbinen lehren: „Gott offenbart sich jedem Menschen nach seinem Vermögen“ (Pesigta Rabba Kap. 12). Ich beende diese unabgeschlossenen Ausführungen mit dem Wort, das in der Synagoge am Ende jeder Lesung eines Buches der Tora gesprochen wird: „Hasak, Hasak, Wnitschasek — sei stark, sei stark und laß dich erneuern in Kraft“.

13. Erfahrungen bei der Begutachtung von Verfolgten¹

Von W. Greve und H. Ruffin, Freiburg/Br.

Wir verdanken Herrn Professor Ruffin diesen Beitrag und veröffentlichen ihn, ebenfalls mit Einverständnis der Schriftleitung, aus dem: Jahrbuch für Psychologie, Psychotherapie und Medizinische Anthropologie².

Große Kriege, Seuchen und Katastrophen haben der jeweils vorhandenen Medizin immer die Aufgabe gestellt, die durch diese Schicksale hervorgerufenen Wunden und Leiden möglichst sachkundig und schnell zu beseitigen und die entstandenen Defekte auf ein Minimum zu reduzieren. Diese Feststellung wird man auch auf die beiden Weltkriege und auf die weiteren außereuropäischen Kriege nach dem letzten Weltkrieg anwenden können.

Das Besondere in unserer neuesten Zeit liegt aber darin, daß diesen Kriegen eine naturwissenschaftlich fundierte und stets fortschreitende Wissenschaft und Technik dienstbar gemacht wird, die gleichzeitig auch unser medizinisches Denken und Handeln in unbegrenztem Maße verwendet, ja in ihren Experimenten zur wichtigsten Methode ihres Forschens erhoben hat. Die Perfektion der Vernichtung und die Perfektion der medizinischen Gegenmittel finden also auf der gleichen naturwissenschaftlichen und technischen Ebene statt, so daß man auch davon sprechen konnte, daß die Vernichtungskriege selbst große und grausame Experimente darstellen, an denen sich die Medizin zu erproben und Neues zu erfahren hätte. Leider ist dieser Vergleich nicht ganz falsch, stimmt er doch insoweit, als diese Vernichtungskriege, ebenso wie die Methoden naturwissenschaftlichen Experimentierens, von Menschen erdacht, beschlossen und durchgeführt wurden. Dem Strahlentod steht die Bekämpfung der Strahlenschäden und der Strahlenschutz, der Blockade die Rationierung und Kompensierung durch Vit-

amingaben und andere Präparate, später vielleicht einer biologischen Kriegführung eine gesteigerte antibiotische Prophylaxe und Behandlung gegenüber. Zur fürchterlichen Perversion wurde und wird es, wenn das biologische Experiment am Menschen selbst zum Ziel seiner möglichst präzisen Schädigung und Vernichtung oder gerade noch vitalen Erhaltung eingesetzt wurde. Wenn wir hier einen Augenblick die Frage der Verantwortung und Schuld beiseite lassen wollten, so würden wir bemerken, daß dies nicht möglich ist. Es muß uns zum mindesten auffallen und tief zu Bewußtsein kommen, daß unsere Naturwissenschaft und Technik ganz wertfrei ist und aus sich heraus keine Grenzen des Verzehrs, des Verbots oder der Einschränkung aufzurichten vermag. Um so mehr kommt es darauf an, daß das staatliche System, das über die Machtmittel für Krieg und Frieden verfügt, die Wertmaßstäbe menschlichen Handelns nicht aus dem Auge verliert.

Im Bereich der Medizin, die sich der modernen Naturwissenschaft und Technik bedient, geht es aber um noch etwas anderes. Nämlich darum, daß sie Maßstäbe und Grenzen ihres Forschens und Handelns nicht oder nicht nur von äußeren Instanzen, z. B. dem Staat oder einer religiösen oder anderen Institution empfängt, sondern daß sie aus ihren eigenen Erfahrungen heraus ein Bild vom kranken und gesunden Menschen entwickelt, das über die Anwendung einer wettfreien Naturwissenschaft und Technik hinausgeht.

Dies im eigenen zuständigen Bereich, dem der Medizin, und im speziellen im Bereich der Neuropsychiatrie zu belegen, soll die Aufgabe der vorliegenden Arbeit sein. Beachtet man den Titel der Arbeit, so soll versucht werden, vom Umfassenderen zum Speziellen vorzudringen.

Inwiefern unser spezielles Thema einem größeren Erfahrungsbereich zugehört, sei kurz an zwei Beispielen erläutert.

Die pathophysiologische und die pathologisch-anatomische Erfahrung ging früher dahin, daß bei extremen Hungerzuständen der Abbau von Gewebssubstanz von den Geweben, die nicht als lebererhaltend zu kennzeichnen sind, wie z. B. das

¹ Diese Arbeit hat einem Vortrag zugrunde gelegen, den der eine Verfasser (R.) am 26. 3. 1963 vor der Psychiatrisch-Neurologischen Gesellschaft in Jerusalem gehalten hat.

² Hrsg. im Auftrag der Görres-Gesellschaft von Victor E. Freiherr von Gebssattel u. a. (11/1). Freiburg/Br. 1964. Verlag Karl Alber. Freiburg/München. S. 66 ff.

Fettgewebe, bis zu den lebenswichtigen Organen fortschreite und daß bei dem Abbau der lebenswichtigsten Organe, wie z. B. von Herz und Hirn, der Tod einträte. Die Erfahrung aus den KZs und die schweren Gefangenschaften hat uns darüber belehrt, daß die schwere Hungerdystrophie das Gehirnanorgan sowohl in der ödematösen wie beim Überleben in der dystrophischen, also atrophisierenden Phase nicht verschont. Bei der neuropsychiatrischen Begutachtung haben wir also diesem Neuerwerb an klinischem und hirnpathologischem Wissen Rechnung zu tragen, gerade auch bei einem Teil der bei der Verfolgung Davongekommenen.

Das andere Beispiel soll innerhalb der Neuropsychiatrie das andere Ende, den sogenannten rein psychischen, aber auch noch den Bereich der endogenen Psychosen betreffen. Hier war der Stand unseres Wissens bis zum zweiten Weltkrieg etwa folgender.

Bis zu den ersten Jahren nach dem ersten Weltkrieg hatten wir die sogenannten hysterischen, die psychogenen Reaktionen und Neurosen, die im Zusammenhang mit diesem ersten Weltkrieg aufgetreten waren, kennengelernt und abgeklärt. Die Annahme *Hermann Oppenheims* von der „traumatischen Neurose“ als einer molekularen und histologisch nicht nachweisbaren Hirnschädigung war zu Fall gekommen. Soweit es sich um akute Störungen ohne längere Nachwirkungen gehandelt hatte, war man der Ansicht *Hochs* gefolgt, wonach jeder Mensch unter entsprechender akuter Belastung „hysteriefähig“ sei. Derselbe Autor hatte allerdings während des ersten Weltkriegs, als Freiburg von einem einzigen Luftangriff durch eine, für unsere heutigen Verhältnisse äußerst bescheidene Bombe getroffen worden war, die Beobachtung publiziert, daß sich seine Klinik gar nicht mit psychogenen Kranken gefüllt hatte.

Weitere statistische Erhebungen nach dem ersten Weltkrieg, vor allem durch *Bonhoeffer*, hatten andererseits ergeben, daß die endogenen Psychosen, das Manisch-Depressive Irresein und die Schizophrenien während des ersten Weltkriegs keine Zunahme erfahren hatten. Danach mußte es sich also bei diesen endogenen Psychosen um rein organisch und erblich bedingte Krankheiten handeln, bei denen psychische und auch somatische Belastungen ohne Einfluß waren.

Addierte man gewissermaßen diese beiden Erfahrungen, die von den rein psychogenen Erlebnisreaktionen und die vom Ausbleiben einer Zunahme der endogenen Psychosen im ersten Weltkrieg, dann ergab sich als Regel, die auch in Gutachten anzuwenden war, daß länger währende Kriegsneurosen und nun im Frieden auch Unfallneurosen im medizinischen Sinne unserer naturwissenschaftlich fundierten Wissenschaft nicht zu entschädigen seien und daß jede sichere Feststellung einer endogenen Psychose bereits den Zusammenhang mit einer entschädigungsrechtlichen Bewertung ausschloß.

In der Zeit nach dem ersten Weltkrieg ist aber das Problem der Unfallneurose, der Renten- und Rechtsneurose nicht zur Ruhe gekommen. Man hat sich mit dem Begriff der „Begehrungsvorstellungen“, die allen Renten- und Unfallneurosen zugrunde liegen sollten, nicht begnügt, sondern eine größere Differenzierung vorgenommen. Man hat den Unfall als mögliche Teilursache einer Neurose in Erwägung gezogen, man hat akute neurotische Reaktionen in die Entschädigungspflicht hineingenommen, möglichst nicht in Form einer Renten-, sondern einer einmaligen gründlichen Behandlungsgewährung. Man hat überhaupt den Zusammenhang von Sozialordnung und Neurose als eine Art Antwort auf die Sicherheit und Unsicherheit, also das Sicherungsbedürfnis von sozialen Schichten als einem vitalen und keineswegs immer psychologisch reflektierten Interesse erkennen gelernt. Aus dieser Richtung heraus, in der vor allem *U. v. Weizsäcker* führend war, ergaben sich Ansätze und Vorschläge, die inzwischen entstandenen sehr unterschiedlichen Bewertungen von Seiten der verschiedenen Versicherungsträger einschließlich der Zivilgerichte und des Reichsgerichts durch eine Einheitsversicherung zu überwinden. In ihr sollte nicht nur die Defekturen, sondern die Förderung der verbliebenen Leistung im Vordergrund stehen.

Für unser engeres Thema wichtig ist hier die Tatsache, daß schon damals bei einer nur naturwissenschaftlich-medizinischen Auslegungsweise des Ursachenbegriffs nicht stehengeblieben wurde. Auch der Psychopathiebegriff erfuhr z. B. als Rückgriff auf eine summarische Erklärung von Unfallneurosen und die hierdurch mögliche Abwehr aller Entschädigungsansprüche eine Abwandlung und Ergänzung durch die Darstellung sozialer und biographischer Zusammenhänge und außerdem durch die Feststellung ihrer inneren Verschränkung mit somatischen Befunden und Verläufen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

Verfolgen wir noch kurz die Entwicklungslinie, die unsere Erfahrungen an den Schizophrenien und Cyclothymien nach dem ersten Weltkrieg genommen haben. Die Arbeitstherapie, die Schocktherapie, die Psychopharmakotherapie, die Psychochirurgie und die Tiefenpsychologie, sie alle haben bei den Schizophrenien zu einem auffallenden Symptomwandel und zu den Anfängen eines Wandels in der Bewertung pathogenetischer Zusammenhänge geführt. Wenn man die sehr große Unterschiedlichkeit dieser Behandlungsmethoden — auch die nicht minder unterschiedlichen Hypothesen von ihrer Wirkungsweise — bedenkt, dann findet man doch ein gemeinsames Kennzeichen, nämlich das des aktiven Vorgehens. Ein noch engerer und entscheidenderer Zusammenhang wird erkennbar, wenn wir von den Behandlern mit Schocks, mit Psychopharmaka und auch mit psychochirurgischen Maßnahmen hören, daß deren Methoden nur dann zu einem optimalen Erfolg führen, wenn sie von psychagogischen, individual- und sozialpsychologischen sowie arbeitstherapeutischen Maßnahmen begleitet sind. Das heißt, die aktive Zuwendung zum Kranken, die individuelle und bipersonale Befassung mit ihm, zu der auch die Bewältigung oder Neuordnung seiner Lebensform, seiner sozialen und menschlichen Kontakte gehört, kann zum therapeutischen Erfolg führen. Das könnte aber heißen — und das wäre dann für unser engeres Thema wichtig —, daß es auch im Beginn und Vorstadium eines schizophrenen Prozesses günstige und ungünstige Welt- und Umweltbezüge und Konstellationen geben könnte, die dem Manifestwerden sowie der Ausgestaltung einer Schizophrenie förderlich sein oder sich hierbei hemmend auswirken könnten. Solche Hypothesen haben keineswegs zur Voraussetzung, daß man die Schizophrenie für eine Sonderform der Neurose hält. Auch bei der Annahme eines in der Hauptsache anlagebedingten, vielleicht letztlich somatischen Leidens, könnte diese Hypothese — zum mindesten so wie auch bei vielen anderen Körperkrankheiten — im Sinne einer Mitverursachung Geltung haben.

Aus der einschlägigen deutschen Gutachtenpraxis sind von *Kolle* und von *Schrappé* je ein Fall publiziert worden, die hierhin gehören. In dem Fall von *Kolle* handelt es sich um einen 46jährigen Handwerker, der nach 4jähriger Gefangenschaft mit schwerer Hungerdystrophie eine sogenannte abnorme Heimkehrerreaktion bekam, der sich unmittelbar eine chronische Schizophrenie mit Symptomen ersten Grades anschloß. Hierfür war WDB im Sinne der wesentlichen Mitverursachung anzunehmen. *Schrappé* nahm WDB im Sinne der Verschlimmerung im Falle eines 43jährigen Soldaten an, bei dem zu Beginn einer Gefangenschaft „Folgen schwerer körperlicher Strapazen, eines chronischen Infektes und erheblicher seelischer Beanspruchung zusammentrafen“ und in diesem Zusammentreffen eine Schizophrenie zum Ausbruch kam. Bevor wir auf unsere eigenen Erfahrungen eingehen, sei erwähnt, daß die Betrachtung und Behandlung schizoprenie-ähnlicher Psychosen, die stärker die biographische Situation des Patienten und den bipersonalen Umgang mit ihm berücksichtigte, auch zu einer gewissen Einschränkung der Diagnose Schizophrenie selbst geführt hat (*Zutt, Kulenkampff* u. a.).

Im Bereich der Cyclothymien und depressiven Bilder haben uns die Erfahrungen der KZs, des zweiten Weltkriegs und der Nachkriegszeit große Belehrungen erteilt. Die Furchtbarkeit der Schicksale rief unbekannte Bilder und Verläufe hervor, die eine Revision von früheren Erfahrungen und Lehr-

meinungen notwendig machten. Dies gelang dort zeitiger und ausgiebiger, wo man sich selbst an dem Wandel unseres neuropsychiatrischen Wissens und Handelns in den vorangegangenen Jahrzehnten beteiligt hatte.

An den nun zu beobachtenden depressiven Bildern fiel neben der Häufigkeit einerseits die Mannigfaltigkeit ihrer ätiologischen und psychologischen Bezüge auf. Hirntrauma, Hungerdystrophie und schwere Infektionskrankheiten mit hirnorganischer Beteiligung und vor allem deren Kombination untereinander führten neben Hirnleistungsschwächen zu apathisch-depressiven Verfassungen, die ihrerseits die Erkennung hirnorganischer Ursachen verschleiern konnten, besonders wenn weitere persönliche Lebensschicksale hinzukamen, was ja nun hier in einem grauenhaften Maß der Fall war. Die chronisch reaktiven Depressionen sowie die Entwurzelungs- und Entlastungsdepressionen, die mit keinem ernsten Körperschaden kombiniert waren, bildeten den anderen großen und in diesem Ausmaß schon gar neuen Erfahrungsbereich innerhalb unserer ärztlichen und gutachtlichen Aufgaben. Neu war hier für die klassische Psychiatrie außerdem die Erfahrung vom „endogenen Tiefgang“, den einzelne reaktiv-depressive Bilder wie auch depressive Bilder auf hirnorganischer Grundlage bis zum Verarmungs-, Schuld- und hypochondrischen Wahn hin annehmen konnten.

Um diese Ergebnisse zu schildern und die zuvor mitgeteilten allgemeinen Erfahrungen zu erläutern, wollen wir uns nun an unsere eigenen Erfahrungen an 140 Verfolgten halten, die wir in der Zeit von 1936 bis 1961 begutachtet haben.

Der Gutachtenbereich war insofern ausgewählt, als uns besonders viele Berufungsfälle von den Entschädigungskammern (der Land- und Oberlandesgerichte) — nämlich 104 von insgesamt 140 Anforderungen — zuzingen. Eine weitere Besonderheit war durch die geographische und politische Lage Freiburgs in der Südwestecke von Westdeutschland und seine enge Nachbarschaft zur Schweiz und Frankreich bedingt. Auf diese Weise wurden uns neben den wenigen in Westdeutschland lebenden Juden eine Reihe von Begutachtungen über Antragsteller zugewiesen, die jetzt in diesen Nachbarländern leben. So konnten wir 85 der 140 Antragsteller selbst untersuchen, 55 waren aufgrund der Aktenlage zu beurteilen. Sie lebten jetzt in den genannten Nachbarländern bzw. in den angloamerikanischen Ländern. In fünf Fällen war uns wegen mangelhafter Unterlagen eine Beurteilung nicht möglich.

Es überwogen 117 Juden, bei den übrigen Antragstellern handelte es sich ebenfalls um aus rassischen Gründen verfolgte Andersstämmige (4 Zigeuner), weiterhin um Personen, die aktiven oder passiven Widerstand gegen das NS-Regime geleistet hatten (15), schließlich um einige „echte“ Psychopathen, die unabhängig vom Regime „leidend“ und auch sozial zu einer Bürde geworden waren (4).

Von den insgesamt 135 beantworteten Gutachtenfällen haben wir in 102 den Zusammenhang von gesundheitlichen Schäden mit der Verfolgung bejaht.

Zunächst ist auf die in unserem Gutachtenbereich festgestellten endogenen Psychosen einzugehen. Wir haben viermal die Diagnose einer Schizophrenie gestellt. In drei Fällen war die Psychose erst nach der Deportation bzw. Emigration, in einem Fall zwei Jahre danach aufgetreten. In einer dieser drei Fälle war keine KZ- oder andere Haft vorausgegangen und in allen dreien keine cerebralorganische Schädigung (traumatisch, dystrophisch, infektiös).

In unserem vierten Fall, einer paraphrenen Form der Schizophrenie, nahmen wir die vorzeitige Verschlimmerung der anlagebedingten Schizophrenie an. Es lag ein enger zeitlicher Zusammenhang von Verfolgungsmaßnahmen und Ausbruch einer eindeutigen Symptomatik bei einer verheirateten deutschen Jüdin vor. Vierzig Jahre war sie gesund. Ab 1933 Geschäftsboykott und Ächtung, 1938 Zerstörung von Geschäft und Wohnung. 1940 KZ in Südfrankreich unter Trennung vom Mann und einem Sohn bei sehr schlechten Ernährungsbedingungen, depressive Verfassung. Ende 1941 Auswanderung nach Uruguay. Auf der Überfahrt die ersten Symptome von Angstzuständen, Verfolgungs- und Beziehungsideen, die

sich auf die Nazis bezogen. In den folgenden Jahren Verschlechterung des Zustandes, ab 1947 klinische Aufnahme, wobei nun neben den Verfolgungsideen Halluzinationen und Denkstörungen beschrieben wurden.

Bei den neun von uns festgestellten Cyclothymien war in zwei Fällen der zeitliche Abstand zwischen Verfolgungsmaßnahmen und Auftreten der ersten cyclothymen Phasen so groß, daß uns ein Zusammenhang mit der Verfolgung nicht wahrscheinlich schien, sondern anzunehmen war, daß sich hier die Eigengesetzlichkeit der cyclothymen Anlage penetrant manifestiert hatte.

In den sieben weiteren Fällen kamen wir zu einem anderen Ergebnis. Hier lag ein eindeutiger zeitlicher Zusammenhang mit den Verfolgungsmaßnahmen für die erste Phase vor. Fünf von diesen sieben Personen waren deutsche Juden, die nach 1933 bis zu ihrer Emigration zunächst einem erheblichen wirtschaftlichen und menschlichen Druck, dann einer wachsenden Bedrohung ihrer Person und Familie — bei zweien einschließlich KZ — ausgesetzt waren und die in dieser Zeit erstmals an einer endogenen Depression erkrankten. (Ein Patient unter ihnen litt im KZ unter derart massiven Schuld- und Minderwertigkeitskomplexen, daß er die furchtbaren Lebensumstände im KZ als gerecht und adäquat empfand.)

Bei weiteren 81 Begutachtungen fanden wir depressiv gefärbte Bilder der Angst, des Versagens, der Hypochondrie und Apathie.

Hiervon hatten wir bei 34 Patienten verfolgungsabhängige cerebral-organische Schädigungen anzunehmen. Es handelte sich um Folgen einer Hirncontusion (5) oder um Zustände nach Fleckfieberencephalitis oder schwerer Hungerdystrophie (29), gelegentlich auch um eine Kombination dieser schweren Schädigungen. (In einem Fall hatte sich nach schwerer Hungerdystrophie und Typhus eine paranoide Psychose mit Demenz entwickelt.)

Bei 14 nicht von uns selbst Untersuchten hat die einschlägige Vorgeschichte die genannten Noxen zutage gefördert, außerdem enthielten die Vorgutachten wenigstens Hinweise auf neurologische Symptome und eine organisch gefärbte Wesensveränderung mit Leistungsversagen und depressiver Verfassung. Bei den 20 von uns selbst Untersuchten haben wir diese Anamnesen und Befunde in eindeutiger Weise selbst erhoben. In manchen Fällen kamen noch Allgemeinveränderungen im EEG hinzu. Luftencephalographische Befunde lagen in den Akten niemals vor. Fünf unserer Gutachtenpatienten ließen die Vornahme einer Encephalographie zu. In all diesen fünf Fällen ergaben sich eindeutig verwertbare Ventrikelerweiterungen und rindenatrophische Veränderungen.

Dies ist ein wichtiges Teilergebnis unserer Gutachtenerfahrungen, besonders wenn man bedenkt, daß in den Vorgutachten, vor allem aus Nord- und Südamerika und nicht selten auch aus der Bundesrepublik und Westeuropa, die Frage der cerebralorganischen Hungerdystrophie- und anderer Folgen trotz deutlicher anamnestischer Hinweise und organisch bedingter Symptome sehr ungenügend herausgearbeitet worden war.

Nicht leicht war bei älteren Patienten die Abgrenzung von einer Cerebralsklerose oder einem Versagenszustand bei Hirnatrophie im Sinne von *Beringer* und *Mallison*, also ohne die obengenannten Hirnschädigungen. Besonders bei Aktengutachten wurde diese Entscheidung nur gelegentlich durch typische Angaben, wie die einer eindeutigen Merkfähigkeitsstörung und Konzentrationsschwäche bei fehlenden Hinweisen auf eine andere exogene Hirnschädigung erleichtert. So fanden wir bei neun Patienten das Bild einer cerebralen Arteriosklerose, bei der wir in Anbetracht des altersmäßig nicht auffälligen Auftretens und andererseits des großen zeitlichen Abstands von der Verfolgung einen Zusammenhang mit den Bedingungen des BEG nicht wahrscheinlich machen konnten.

Schwierig war hier vor allem die Unterscheidung gegenüber den chronischen reaktiven Depressionen (*H. Strauss*). Hiermit tauchte eine für die klassische Psychiatrie ungewöhnliche Erfahrung und Diagnose auf, da man früher derartige lang-

anhaltende depressive Zustandsbilder als Erlebnisreaktionen nicht beobachtet hatte. Sie waren höchstens im engen Zusammenhang mit psychopathischen Verfassungen gesehen und auch dahin gekennzeichnet worden. Erst das grauenhafte Erleben eines unmenschlichen Druckes mit völliger Entrechtung und das Voraugenhaben der drohenden Vernichtung über Jahre hin, verbunden mit extremer Entbehrung sowie die völlige Entwurzelung ließen erkennen, daß es eine Grenze der psychischen Belastbarkeit gibt, aus deren Überschreiten auch chronische seelische Störungen resultieren können. Hinzu kam das persönliche Lebensschicksal nach der Befreiung von der Verfolgung, das ja nicht mehr in den alten Lebensraum zurückführte und das noch besonderer Erörterung bedarf. Bei 38 unserer Gutachtenpatienten haben wir die Diagnose einer chronischen reaktiven Depression durch Verfolgung gestellt (über ein Viertel von 135 Gutachten).

In den meisten unserer Fälle stellte das KZ die traumatische Situation dar, aus der sich später dieses Krankheitsbild entwickelte. Mehrere Autoren (wie H. G. Adler, Cohen, Frankl, Gilbert, Kral und Utitz) beobachteten in den Lagern eine Resignationsphase, in die sich die Häftlinge nach dem Aufnahmeschock und einer gewissen Adaption hineinflüchteten. Sie konnte im Extrem — vor allem bei schwer Hungergeschädigten — zum Bild des „Muselman“ führen. Diese Lagerapathie ermöglichte offenbar für viele das Überleben des Infernos. Für die von den Verfolgern erstrebte und erreichte negative Daseinsform im Lager prägte v. Baeyer den Begriff der „Annihilierung“, die sich auf die persönliche Vergangenheit des Menschen (Degradierung zur Nummer), auf die Gegenwart („durch die Unaufhörlichkeit des Unerträglichen“) und auch auf die Zukunft bezog, die also die gesamte Existenz des Menschen erfaßte und bedrohte. Übereinstimmend trafen die Autoren wie wir die auffallende Feststellung, daß in den Lagern selbst kaum neurotisch zu nennende, etwa depressive Reaktionen auftraten, ja sogar, daß vorher bestehende Neurosen verschwanden. Dieses wird mit dem ungeheuren Druck und der Not erklärt, die alle, auch die letzten somatischen und psychischen Kräfte und Reserven zum Überleben erforderte. Dies besagt auch, daß in diesem Phänomen der Lagerapathie noch ein Element des Überlebenswollens enthalten gewesen sein muß.

Denn wir kennen z. B. aus den Selbstschilderungen aus schwerer russischer Kriegsgefangenschaft (*Schilling*) Beispiele dafür, daß ein völlig apathisches Verhalten die Lebenserhaltung zerstören konnte. Vielleicht befanden sich hier ein Teil der Juden im Konzentrationslager und evtl. auch andere vom Nationalsozialismus verfolgte Häftlinge in einer psychologisch etwas anderen Situation. Sie waren unter Umständen immer noch in der Lage, ihr Schicksal nicht nur als ein kollektives und nicht mehr als ein kollektives deutsches Schicksal zu erfahren, sondern es sowohl im immerhin kleinen jüdischen Kollektiv als auch mit einem gewissen Selbstwertcharakter gegenüber dem Unrechtsregime zu erleben. Es ist zu vermuten, daß eine sich hierauf gründende und aufbauende „Apathie“ einen anderen Stellenwert hatte als die apathische Selbstpreisgabe in russischer Kriegsgefangenschaft bei einem Teil der deutschen Soldaten.

Allerdings sind auch hier globale Aussagen über das Schicksal, das Leben und Erleben der deutschen Soldaten in russischer Kriegsgefangenschaft, auch der politisch — nicht nur „rassisch“ — Verfolgten in den Konzentrationslagern nicht möglich. Auch bei ihnen scheint es neben der apathischen Verfallenheit Möglichkeiten der, sei es bewußten Distanzierung vom Gewaltregime und seinem Weg in die verschuldete Katastrophe, sei es der Erfahrung und Bewährung tieferliegender menschlicher Werte, denen man sich zugehörig fühlte, gegeben zu haben, die eine „Apathie“ als Schutzform des Überlebens bewirken konnten.

Bei unseren Gutachtenpatienten hat sich die eigentlich depressive Symptomatik wie auch anderwärts erst nach der Befreiung ausgeprägt. Die Krankheitserscheinungen konnten sich nach unserer Erfahrung unter Umständen erst nach drei bis vier Jahren voll manifestieren. Dies dürfte verschiedene Ursachen und Gründe haben. Einmal ist zu bedenken, daß in der ersten Zeit nach der Befreiung die rein körperlichen Folgeerscheinungen der Haftzeit so im Vordergrund standen,

daß die seelischen Symptome nur wenig — auch von den Verfolgten selbst — beachtet oder als Begleiterscheinung gedeutet wurden. Weiterhin konnte auch das Ausmaß der Entwurzelung mit dem endgültigen Verlust der Familie, der Heimat, der Lebensaufgabe und des Lebensraumes erst allmählich in seiner Totalität erfaßt werden. Im Hinblick auf die Zukunft konnten viele Verfolgte zunächst noch die Hoffnung bilden, etwa über eine Auswanderung in eine neue Welt hinauszufinden. Die Emigration aber intensivierte für viele erst das Gefühl der völligen Verlassenheit oder des endgültigen Verlustes der gelebten Vergangenheit. Bei den nun auftauchenden und wachsenden Anforderungen zeigte sich erst die Unfähigkeit, die ganz neuen Lebensprobleme entsprechend bewältigen zu können. Während *Levinger* für die Genese der psychischen Symptome den längeren Aufenthalt in einem DP-Lager, wo sich das Krankheitsbild oft manifestierte, für bedeutungsvoll hält, konnten wir auch eine Reihe Überlebender beobachten, bei denen sich trotz äußerlich relativ günstiger und bald sich bietender aktiver Lebensmöglichkeiten das gleiche Zustandsbild entwickelte. Die positiven oder negativen Rehabilitationsmöglichkeiten nach der Befreiung scheinen also für die Entstehung der chronischen reaktiven Depression nicht ausschlaggebend zu sein, bestimmten aber vielleicht den Zeitpunkt ihrer Manifestation.

Weniger in der Ausprägung als in der Genese dieser chronischen reaktiven Depression zeigten sich Unterschiede zwischen den Ostjuden, die nach 1940 einer jahrelangen KZ-Haft ausgesetzt waren, und einer Reihe deutscher Juden, bei denen sich auch ohne körperliche Mißhandlungen oder KZ-Haft das gleiche psychische Krankheitsbild entwickeln konnte. Zweifellos war die historisch gegebene Situation der Juden in Osteuropa und der in Westeuropa, vor allem der in Deutschland, in vielen Punkten sehr unterschiedlich.

So war die Geborgenheit in der Religiosität, in der patriarchalischen Ordnung der Familie und der Gemeinde bei den Ostjuden sicher sehr viel intensiver gegeben, und das Bewußtsein, Jude zu sein, deutlicher ausgeprägt. Insgesamt waren sie außerdem in eine größere Leidensfähigkeit und Leidenserfahrung der gesamten östlichen Welt eingebettet. Von der großen Zahl dieser Ostjuden haben nur wenige überlebt. Aber diese wenigen sahen sich nach der Befreiung in ihrem Heimatland und noch mehr nach einer Emigration einer völlig anderen Welt gegenüber, da die sie bisher bergende Familie oder Gemeinde vernichtet, auch ihr alter religiöser Lebensraum verschwunden war. Es war mit der Befreiung aus dem Lager oder mit der Flucht der Ostjuden, sei es nach Westeuropa (Südfrankreich) oder Amerika, auch die Entfernung aus einem zivilisatorisch bescheideneren, aber darin ebenso frei wie schicksalhaft — nämlich östlich — ertragenen Milieu verbunden. Diese Entfernung in eine westliche Welt stiftete eine „Verwirrung der Gefühle“, der Selbstorientierung, der Selbsteinschätzung, die gerade durch das Angebot und die Versuchung durch westliche Maßstäbe hervorgerufen oder gefördert wurde. Dieser Prozeß ist bei manchen Ostjuden nicht zum Ausgleich gekommen und in der chronischen Depression wirksam.

Gegenüber diesen Ostjuden war die Situation der in Deutschland lebenden Juden eine völlig andere, aber auf andere Weise sehr schwierige. Seit dem Ende des 18. Jahrhunderts hatten sich die in Westeuropa lebenden Juden in zunehmendem Maße emanzipiert. Sie waren vor dem Gesetz gleichberechtigt geworden und fühlten sich nicht nur dem Staat, der sie schützte, sondern auch dem Volk verbunden. Sie identifizierten sich z. T. mit den nationalen Ideen und glaubten sich in das Deutschtum integriert, vielfach unter innerer oder äußerer Ablösung vom jüdischen Glauben. Vielleicht kam es infolge der vorausgegangenen jahrhundertelangen Unterdrückungssituation und einem dadurch geprägten Minderwertigkeitsgefühl bei der beginnenden Eröffnung der Möglichkeiten seit der Aufklärung zu einer Neigung, alles zu verwerfen, was anders war als das vorgestellte Ideal des Deutschen. Diese überwertige Assimilationstendenz führte zu einer Überkompensation. Die Emanzipation und zunehmende

Gleichstellung mit allen Bürgern des Landes, die Öffnung der Bildungsquellen, führte aber auch zu einer Entbindung ihrer eigenen geistigen, künstlerischen und wissenschaftlichen Qualitäten. So wurde in seiner Zahl und in seiner Bedeutung der schöpferische Anteil jüdischer Menschen an geistigen und kulturellen Leistungen im vergangenen und in den ersten 32 Jahren dieses Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum auffallend groß (man denke nur an *Marx, Freud, Einstein, Husserl, Cohen, Kafka, Schönberg, Liebermann, Kerr* u. v. a.). So wurde auch in vielen Aufsätzen und Diskussionen im Deutschland der ersten Nachkriegszeit die Frage nach dieser besonderen Fruchtbarkeit, auch der Affinität und Symbiose jüdischen und deutschen Geistes immer wieder ventiliert. Näheres Eingehen auf diese Frage würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten, es sollte nur nochmals der Hintergrund angedeutet werden, vor dem sich dann die Ereignisse nach 1933 abspielten. Nur wenige der deutschen Juden (in unseren Fällen keiner) hatten wirklich den noch verbliebenen Antisemitismus und dann seine Intensivierung genügend gesehen oder sehen wollen, die schon im II. Kaiserreich, vor allem aber nach dem ersten Weltkrieg einsetzte und der seine Scheinbegründung jetzt aus rassistischen Gesichtspunkten bezog (*Zmarzlick*). So standen sie nach 1933 zum Teil völlig fassungslos der nun unverhüllten und vom Staat proklamierten, sich steigernden Bedrohung gegenüber und konnten sich nur schwer zu einer Flucht ins Ausland entschließen. Sie waren durch eine von ihnen gewählte und nicht mehr gegebene Gemeinschaft ausgestoßen und von einer übernommenen Tradition abgeschnitten worden. *Max Brod* spricht von einem „die Höhe des Leids kennzeichnenden Unglück enttäuschter Wahlverbundenheit“. Dieses Erlebnis erscheint uns für die Entstehung des chronisch reaktiven depressiven Zustandsbildes bei westeuropäischen Juden gleich bedeutsam zu sein wie die Diskriminierung, Entwürdigung, Degradierung, finanzielle Notlage, Haftdrohung und Haft selbst, wobei die Wehrlosigkeit und das Erleben müssen der Zerstörung der Rechtsstaatlichkeit ein weiteres und entscheidend belastendes Moment darstellte. Ja, diese beiden Bereiche sind bei unseren westeuropäischen Juden in ihrer gegenseitigen Bedingtheit für das Zustandekommen chronisch reaktiver Depressionen nicht zu trennen. Voraussetzung für die Annahme einer genetischen Mitbeteiligung dieser Umstände am Zustandekommen eines chronisch reaktiv depressiven Bildes war eben bei unseren Begutachtungspatienten, daß sich der oben angedeutete Hintergrund des westeuropäischen jüdischen Schicksals in der persönlichen Lebensgeschichte widerspiegelte und als ein nicht zur Ruhe kommendes Motiv zu erkennen war. Als Beispiel möge die kurze Schilderung eines unserer Fälle dienen.

E. E., geb. 1899:

Herr E. stammt aus einer seit Jahrhunderten in Schlesien ansässigen jüdisch-deutschen Familie. Sein Bruder fiel im I. Weltkrieg. Er selbst wuchs in Berlin auf, war im I. Krieg Sekretär bei Rathenau, ab 1916 deutscher Soldat. Er wurde dann selbständiger Stenograf, vor allem für Anwälte bei großen Prozessen. Er fühlte sich völlig als Deutscher integriert, blieb nach 1918 Monarchist. 1933 durfte er keine deutschen Gerichte mehr betreten, war Pöbeleien durch Pimpfe ausgesetzt, erlebte Haussuchungen, begriff aber erst 1936 nach Warnung, wie ernst die Situation auch für ihn war, emigrierte in die Schweiz bzw. nach Liechtenstein, war hier durch eine nationalsozialistische Gruppe weiteren Diffamierungen ausgesetzt und mußte befürchten, über die Grenze nach Deutschland verschleppt zu werden. Schon 1933 erlebte er eine allmählich zunehmende Veränderung seines psychischen Zustandes. Er fragte immer wieder: „Warum bin ich ein Feind des deutschen Volkes?“ Er spürte eine ständige Angst vor „der Hand auf der Schulter“, die sich später in fast zwanghafte Symptome ausweitete und ihn nach der Flucht aus Deutschland und auch nach 1945 nicht mehr verließ. Er wurde zunehmend bedrückter, unkonzentriert, entschlußlos, allgemein verlangsamt, fühlte sich körperlich abgeschlagen, schlief schlecht und konnte seinen Beruf nicht mehr ausüben. Er verglich sich mit einem Vogel, dessen Schwingen gebrochen sind. So brachte die gelungene Emigration, wie auch *v. Baeyer* be-

tont, in vielen Fällen nicht die erhoffte Entlastung. Diese Flüchtlinge waren in den Aufnahmeländern oft weiterhin isoliert und wirtschaftlicher Not ausgesetzt. In manchen Ländern wurden sie während des Krieges als Deutsche interniert oder sie hatten z. B. in der Schweiz striktes Arbeitsverbot, wodurch die Einordnung in die neue soziale Umwelt und die Überwindung der vorangegangenen Erlebnisse erschwert wurde.

Kolle und *Huk* betonten die unterschiedliche Erlebnisweise der Verfolgten bei den rassistisch Verfolgten und den aktiven Widerstandskämpfern. Sicherlich wird die Möglichkeit einer auch diesseitigen Sinngabe des Erlittenen und die theoretisch gegebene Alternative, die getroffene Entscheidung zum Widerstand zu korrigieren, eine andere seelische Ausgangslage bedingen. Jedoch sahen wir in einigen Fällen auch bei aktiven Widerstandskämpfern das Bild einer chronisch reaktiven Depression. Es handelte sich dabei um Kommunisten, die schon 1933 oder 1934 zu Haftstrafen abgeurteilt wurden oder die in die Illegalität gehen mußten. Sie waren während der ganzen zwölf Jahre der Hitlerzeit einer zunehmenden Bedrohung ausgesetzt. Diesen Menschen war auch nach der Befreiung eine aktive Bewältigung der sich ihnen stellenden Probleme nicht mehr möglich. Die Hintergründe und Motive für die Genese der chronisch reaktiven Depression bei solchen verfolgten Kommunisten sind auch nach unseren Erfahrungen weit uneinheitlicher als die der rassistisch Verfolgten. Unser eigenes Erfahrungsgut ist hierbei recht klein, aber es mögen doch einige Faktoren angeführt werden, die zur Nichtbewältigung solcher Verfolgungsschicksale nach der Befreiung beigetragen haben. Einmal war es die lange Dauer der Verfolgungssituation und des dadurch erzwungenen Sonderdaseins und das auch in unseren Fällen jugendliche Alter, das vielleicht ein mangelndes Durchhaltenkönnen mit sich bringt. Inwieweit auch für sie Zweifel an der Richtigkeit ihrer Ideologie oder deren mangelnde Resonanz in Westeuropa eine zusätzliche bzw. die Erkrankung unterhaltende Belastung darstellte, mag dahingestellt bleiben.

Zur Verdeutlichung nachfolgende Krankengeschichte.

E. F. S., geb. 1911:

Herr S. wuchs als Sohn eines Grubenarbeiters im Ruhrgebiet auf und wurde selbst auch Bergmann. Ab 1930 war er ständig arbeitslos. Er war Funktionär in der kommunistischen Jugend. Als nach dem Reichstagsbrand alle Kommunisten verhaftet wurden, konnte er zunächst in einer Nachbarstadt untertauchen, mußte dann nach Holland fliehen, wurde dort nur notdürftig unterstützt, ging schließlich ins Saargebiet, floh von dort nach Frankreich, kam zunächst in ein Sammellager und war dann bis zum Krieg auf Arbeitslosenbaustellen eingesetzt. Inzwischen erfuhr er, daß seine Familie, vor allem seine Mutter, längere Zeit verhaftet und auch mißhandelt worden war. Bei Kriegsausbruch wurde er als Deutscher interniert, unmittelbar vor dem Einmarsch der deutschen Truppen freigelassen, lebte dann im noch unbesetzten Frankreich, wo er aber die Auslieferung durch die französische Miliz der Vichy-Regierung befürchten mußte. Nach der völligen Besetzung Frankreichs war er gezwungen, unterzutauchen, mußte den Aufenthaltsort häufig wechseln, war Hunger und Kälte ausgesetzt und lebte in einer ständigen Angst und Unsicherheit, doch noch verhaftet zu werden. — Schon in Holland zeigten sich bei ihm die ersten Symptome mit unruhigem Schlaf, Herzangst, Durchfällen, gedrückter Stimmung und Selbstvorwürfen wegen der Repressalien gegen seine Angehörigen. Nach dem Kriege war er uninteressiert, auch für Politik, mußte ständig an die Jahre der Illegalität denken, war durchgehend gedrückter Stimmung, ohne Antrieb, kapseelte sich ab. Er ist wegen seiner Beschwerden in ständiger Behandlung.

Eine Reihe der von uns Untersuchten, die erst später in KZ-Haft gekommen waren, berichtete, daß das Erlebnis der Angst vor der ständig drohenden Inhaftierung mit der, wenn auch nur geringen Chance, doch noch davon verschont zu bleiben, für sie ein in der Spannung fast unerträgliches und noch nachhaltigeres Erlebnis darstellte als die KZ-Haft selbst, so unvorstellbar auch das Grauen dort war. Auch *v. Baeyer* weist

darauf hin, daß bei Untergetauchten, etwa in der „Anne-Frank-Situation“, die ständige Angst und Bedrohung eine dem KZ vergleichbare schwere Belastung darstellte. Auch wir konnten einige Überlebende untersuchen, die während des Krieges in Frankreich oder in Polen einige Jahre in der Illegalität gelebt hatten, ständig ihren Aufenthaltsort wechseln mußten, in all der Zeit nie oder nur ganz selten einen Menschen fanden, dem sie vertrauen konnten, die dem Hunger und der Kälte ausgesetzt waren und bei denen sich heute noch, oft schon physiognomisch, das Gehetztsein, das Dem-anderen-nicht-trauen-Können und die ständige Angst widerspiegelt. Ein weiteres Beispiel für die individuelle Ausprägung des depressiven Bildes ist das „Schuldgefühl der Überlebenden“ (*Trautman*), auf das auch *Bensheim* und *Venzlaff* hinwiesen, das uns ebenfalls von mehreren Überlebenden geschildert wurde. Hierzu folgende Lebensgeschichte.

K. A., geb. 1904:

Herr K. stammt aus einer jüdisch-polnischen Familie und führte bis 1933 tatkräftig in Beuthen ein Obstgeschäft. Nach den ersten Diffamierungen und Mißhandlungen durch die SA floh er mit seiner Familie nach Kattowitz. Im Sommer 1939 ging er dann nach Palästina, um eine Existenz aufzubauen und dann möglichst schnell seine Familie nachkommen zu lassen. Kurz nach seiner Ankunft in Israel brach der Krieg aus, und er wußte seine Familie den Verfolgern ausgesetzt. 1946 wurde seine bis dahin noch gehegte Hoffnung durch die amtliche Nachricht vom Tode seiner Frau und seiner Kinder zunichte. Seit Kriegsausbruch war er von schwerer innerer Ruhelosigkeit, Reizbarkeit, Interesselosigkeit, Konzentrationschwäche, zunehmend schweren Zwangsgedanken und Selbstvorwürfen gequält. Er trägt dauernd das Schuldgefühl mit sich, seine Familie im Stich gelassen, ja geradezu der Vernichtung ausgeliefert zu haben. In einer zweiten Ehe, in die er quasi hineinflüchtete, traten bei ihm erhebliche Libido- und Potenzstörungen auf. Herr K. ist orthodoxer Jude.

Trotz einer fehlenden effektiven, geschweige denn juristisch zu definierenden Schuld war hier ein tiefverwurzeltes, anhaltendes schweres Schuldgefühl aufgetreten, das sich in einem Fall vielleicht in der Selbstbestrafung durch die erheblichen Zwangssymptome auszugleichen suchte. Da es sich bei solchen Patienten mit ausgeprägtem Schuldgefühl des Überlebens in unseren Fällen und auch bei den in der Literatur bisher genannten ausschließlich um Juden handelt, läßt sich die Frage stellen, ob dieser depressive Schuldwahn eher bei Menschen mit einem tiefer verwurzelten Familien- und Sippengefühl, vielleicht auch mit dem alttestamentarischen Geschichts- und Gottesbild auftritt (*Ruffin*).

Die Schwierigkeit der diagnostischen Abgrenzung des Krankheitsbildes einer chronisch reaktiven Depression von anderen erlebnis-reaktiven Störungen mit mehr neurotisch zu nennenden Zügen, die meist nicht wie die erstere Krankheitsgruppe die Gesamtheit aller Lebensbezüge erfassen und ständig in Frage stellen, sondern von isolierten Symptomen aus zu Beeinträchtigungen führen, war oft sehr groß. Bei letzterem handelte es sich vor allem um Angstneurosen, wobei diese Menschen auch heute noch unter einem ständigen Gefühl des Bedrohtseins leiden und bei denen oft noch die konkrete Furcht vor der verhaftenden „Hand auf der Schulter“ besteht. Das Selbstwertgefühl ist meist erheblich beeinträchtigt, sie reagieren äußerst empfindlich auf nur leise Kritik, sind mißtrauisch gegen ihre Umgebung geblieben und neigen dazu, auch eine positive Zuwendung als heuchlerisch, berechnend oder als verletzendes Mitleid umzudeuten. Es kommt zu schweren Kontaktstörungen bis zu Sozialneurosen im Sinne *Trautmans*. Bei einem Schriftsteller und bei einer Sängerin unter unseren Fällen resultierte aus der jahrelangen Verfolgungssituation ein völliges Erlöschen der künstlerischen Potenz. Bei allen diesen neurotischen Störungen sind immer in mehr oder minder ausgeprägter Form gleichzeitig diffuse vegetative Beschwerden festzustellen, die nach *Trautman* und *H. Strauss* als Begleiterscheinung der gestörten Affektlage, als sekundäre somatische Auswirkung der psychischen Vorgänge anzusehen sind. In 21 unserer Fälle bejahten wir den Zusammenhang der jetzt bestehenden neurotischen Störungen

mit der Verfolgung. In weiteren 10 Neurosefällen vermochten wir einen erkennbaren Zusammenhang mit der Verfolgung nicht anzunehmen.

Ein Vergleich der Altersgruppen zeigte, daß die mehr neurotische Symptomatik bei den zur Zeit der Verfolgung noch jugendlichen Menschen deutlicher ausgeprägt war. Die damals Zehn- bis Zwanzigjährigen boten oft das Bild einer schweren neurotischen Entwicklungsstörung, die bis zu einem Abbrechen der weiteren psychischen Entwicklung führen konnte, wie auch *Kolle* und *H. Strauss* beschreiben. Bei diesen noch als Kinder Inhaftierten kam es im Lager selbst, vor allem im affektiven Bereich, zum Stagnieren der psychischen Entwicklung, während die mehr auf das Vitale ausgerichteten psychischen Funktionsbereiche mehrere Entwicklungsstufen überspringen mußten. Schon aus dieser Diskrepanz konnten neurotische Störungen resultieren. Bei den zur Zeit der Verfolgung etwa Zwanzig- bis Dreißigjährigen, soweit sie inhaftiert waren, lag überwiegend das als „KZ-Syndrom“ oder „asthenisches Syndrom der Deportierten“ durch *Thygesen* und *Targowla* beschriebene Bild des chronischen Versagenszustandes mit einer allgemeinen Asthenie vor, die außerdem durch eine chronische Angst charakterisiert ist. Die Menschen dieser Altersgruppe, die damals im Begriff waren, ihr Leben aufzubauen, konnten nach der Zerstörung ihres Lebensentwurfes nur noch mit erheblich reduzierten seelischen Kräften an die Bewältigung ihrer Lebensprobleme herangehen, sie erlebten häufig ihr Versagen und erfuhren so mindestens eine Niveausenkung ihres ursprünglichen Zukunftsbildes. — Die chronisch depressiven Bilder entwickelten sich vor allem bei den damals über dreißigjährigen Verfolgten. Diesen Menschen war die Sinngebung ihres Lebens zerbrochen, ein Neubeginn war ihnen nicht mehr möglich, und der so zwangsläufig in die Vergangenheit gerichtete Blick unterhielt und unterhält die ständige Gedrücktheit und die chronische Trauer. Nach ausländischen Berichten (*Bastiaans*, *Bensheim*) scheint die Prognose einer Therapie dieser erlebnisreaktiven und neurotischen Störungen nicht günstig. Lediglich *Trautman* aus New York berichtet von einer Besserung der Symptome in einer Reihe seiner Fälle. In Deutschland und auch in unserer Klinik liegen nur sehr wenige psychotherapeutische Erfahrungen bei Verfolgten vor. *Matussek* wies auf die Schwierigkeiten der jetzt noch in Deutschland lebenden ehemaligen KZ-Häftlinge hin, einen wirklich unbefangenen Kontakt mit ihrer Umwelt zu erreichen. Sicher kommt auch in der Begutachtungssituation der Haltung des explorierenden Arztes eine große Bedeutung zu, zumal diese Untersuchung in zahlreichen Fällen für die ehemals durch Deutsche Verfolgten die erste Berührung mit dem jetzigen Deutschland ist und so zu einer sehr kritischen Situation, aber auch zu einer ersten Brücke der Wiederbegegnung und damit der Wiedergutmachung werden kann.

Hierbei darf nicht übergangen werden, daß wir in 33 Fällen den Zusammenhang zwischen Verfolgung und später aufgetretenen Leiden nach den Bedingungen des BEG nicht wahrscheinlich machen konnten. Neben den genannten drei Schizophrenien und zwei Cyclothymien hat es sich hierbei um zwei Wochenbettpsychosen gehandelt, von denen die eine 1934 auftrat und ohne Restsymptome ausheilte und die andere erst acht Jahre nach Beendigung der Verfolgung einsetzte, ferner um neun Cerebralsklerosen, sechs Psychopathien, zehn Neurosen und einen Gesunden. Die Frage ist nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen, wieweit es nicht angebracht gewesen wäre, jeden anerkannt Verfolgten im Falle aller, auch später auftretenden Erkrankungen nach einem dann anderslautenden Gesetz ärztlich zu versorgen und in seiner wirtschaftlichen Existenz zu sichern, was unseres Wissens in den USA für alle Teilnehmer am letzten Weltkrieg gilt.

Andererseits enthält das vorliegende Gesetz eine Reihe von Bestimmungen, wie sie in keinem anderen unserer Versorgungsgesetze vorkommen. Die Besonderheiten dürften bekannt sein. Wir sehen sie grundsätzlich in folgendem. Während unsere Versorgungs- und Unfallgesetze lediglich Gesund-

heitsschäden durch Kriegseinwirkung oder Unfall festzustellen und diese zu entschädigen haben, kommt bei den NS-Verfolgten immer die schuldhaftige Gesundheitsschädigung hinzu und rückt diese Vorgänge aus dem Bereich der Kriegsfolge- und Unfallgesetze, die sich in der Regel mit schicksalhaft entstandenen Gesundheitsschäden befassen, heraus in die Richtung der Zivil- und Strafrechtsgesetzgebung. Dort haben auch die durch die Schuld von anderen ausgelösten anlagebedingten körperlichen Leiden wie die hierdurch verschlimmerten Körperleiden und nun auch deren psychische Begleiterscheinungen und hierdurch zustande gekommenen psychischen Gesundheitsschäden selbst schon lange eine eigene Bewertung erfahren.

Wie der Bundesgerichtshof in seinem Urteil vom 18. 5. 1960 hervorgehoben hat, waren die nationalsozialistischen Verfolger „durchweg darauf gerichtet, den Verfolgten nicht nur seiner wirtschaftlichen Existenzmöglichkeit zu berauben und ihn physisch zu vernichten, sondern ihn zuvor auch auf alle erdenkliche Weise zu quälen und ihn zu erniedrigen, um ihn so auch in seiner menschlichen Würde, im innersten Kern seiner personhaften Existenz, zu treffen und zu zerstören“. Da sie hiermit Erfolg gehabt haben und die klassische Neuropsychiatrie sich dahin belehren lassen mußte, daß es neben den physischen auch psychische Dauerschäden der menschlichen Person und Existenz gibt, war es notwendig, in das BEG auch den Entschädigungsanspruch für psychische Störungen aufzunehmen, die — wie der Gesetzgeber sagt — „durch Verfolgungsmaßnahmen adäquat verursacht sind“. Die notwendige Konsequenz dieses Schrittes war die, nun auch hier im Bereich der psychischen Gesundheitsstörungen die Frage des Zusammenhangs mit früheren psychischen Leiden, mit latenten und manifesten Anlagen in Richtung des Abnormen neu zu betrachten und zu regeln. Hier konnte man sich bemerkenswerterweise früherer Entscheidungen des Reichsgerichts, die eben vor allem die zivilrechtliche Gesetzgebung bei psychischen Gesundheitsschäden betroffen hatten, auch jüngerer einschlägiger Entscheidungen des Bundesgerichtshofes bedienen. Dabei mußte und muß in bezug auf die Verfolgten im Blickfeld bleiben, daß das durchgängige Maß und die bis zur „personhaften Existenz“ vordringende Art der schuldhaften Verfolgung so häufig und tiefgreifend waren, daß sie bei der Ursachenabwägung sowie bei dem Hinzukommen von krankhaften oder abnormen Anlagefaktoren ihr volles Gewicht zu behalten hatten. Diesem Umstand haben die Durchführungsverordnungen zum BEG in einer Weise gerecht zu werden versucht, der weder den Rahmen der Rechtsprechung noch die Betrachtungs- und Handhabungsweise unserer medizinischen Wissenschaft sprengt oder fragwürdig erscheinen läßt. Sie berücksichtigen vielmehr die Erfahrungen, die — was den medizinischen Sektor betrifft — durch die Verfolgtenchicksale im gesundheitlichen Bereich hinzugekommen sind. Hinzugekommen sind also neue Erfahrungen zu früheren Erkenntnissen und therapeutischen und gutachtlichen Konsequenzen, die wir innerhalb der Medizin in den letzten Jahrzehnten gewonnen haben.

Auf diese Weise ist aber etwas ermöglicht worden, worauf es uns Medizinern doch auch sehr ankommen sollte, ganz gleich, welchem Volk wir angehören und welchem Staat und System wir unterstehen. Mit diesem Gedanken kehren wir an den Anfang dieses Berichtes zurück.

Wir waren von der Tatsache ausgegangen, daß die Technik in zunehmendem Maße eine beherrschende Rolle in allen menschlichen Bereichen gespielt hat und spielt und daß sie in Zeiten menschlicher und politischer Katastrophen der Präzision der Vernichtung wie der Präzision der Verhinderung bzw. der Milderung und Beseitigung von Gesundheitsschäden im Falle der nicht gelungenen Vernichtung dient. Um aus diesem verderblichen Kreis herauszukommen, müßte — vielleicht neben einer moralischen Aufrüstung — vor allem der Mensch selbst in die Lage kommen, die Technik anders und eindeutiger als seither zu verwenden und zu beherrschen. Die-

ses Problem gibt es auch in der Medizin in vielfältiger und sehr unmittelbarer Weise.

Hier wurden nur die mittelbaren Beziehungen der Medizin zu diesem Problem anhand unserer Erfahrungen an den Verfolgten dargelegt. Es ergab sich, daß uns die technisch verbesserte Diagnostik zur Ergänzung unseres neuropsychiatrischen Wissens verholfen hat. Andererseits hat aber auch ein gewisser — von der Technik nicht abhängiger — Methodenwandel in der Diagnostik und Therapie hirnorganischer, endogener und psychoreaktiver Erkrankungen in unserem Fachgebiet zu einer über den naturwissenschaftlichen Aspekt hinausgehenden Betrachtungsweise des kranken Menschen und damit der menschlichen Natur überhaupt geführt. Dieser Methoden- und Betrachtungswandel selbst hat uns in den letzten Jahrzehnten zu neuem diagnostischen und therapeutischen Erkennen und Handeln verholfen. In ihm gelten weiterhin die naturwissenschaftlichen Grundlagen und Techniken unserer medizinischen Wissenschaft. Aber sie spielen nicht mehr die allein führende, d. h. unser Denken und Handeln beherrschende Rolle. Sie werden ergänzt durch Erkenntnisse und Erfahrungen, die nicht nur die biologische, sondern auch die personale Seite des Menschen, seine Geschichtlichkeit, seine sozialen und biographischen Bezüge betreffen. Sie betreffen hierbei auch seine leibliche Verfassung, seine Gesundheit und Krankheit, ja dieser Betrachtungswandel führte seinerseits auch zu Ansätzen einer andersartigen und einheitlicheren, der psycho-physischen Natur des Menschen angemesseneren Forschungsweise, die auch die naturwissenschaftlich erarbeiteten Phänomene in diesen Wandel mit einbezog (U. v. Weizsäcker). Über letzteres konnten wir hier nicht handeln.

Aber in diesen großen Bereich einer umfassender orientierten medizinischen Wissenschaft und ihre entsprechende ärztliche Denk- und Handlungsweise gehören die hier berichteten Erfahrungen an den Verfolgten mitten hinein.

Wenn wir uns bewußt sein müssen, daß es keine Maßnahmen und Handhaben geben kann, die der Linderung oder gar Beseitigung der durch die Verfolgung entstandenen und weiterwirkenden Leiden wirklich entsprechen könnten und wenn viele von uns mißtrauisch gegenüber der Dauerwirkung des menschlichen Erinnerungsvermögens für fremde und eigene Fehler wie moralische Erschütterungen sind, dann könnte vielleicht ein Geringes möglich sein, das unter dem größeren Aspekt steht, der zu Anfang dieser Erörterung in dem Problem der Technik und ihrer Beherrschung angedeutet wurde. Dieses anscheinend Geringe bestände theoretisch und konkret darin, daß jetzt und in Zukunft unsere Wissenschaft und unser Beruf auf der Naturwissenschaft und auf mehr als ihr gründet. Wir meinen, daß dieses Mehr, das etwas vom ganzen Menschen und seiner psycho-physischen Natur zum „Gegenstand“ hat und es nicht aus dem Auge verliert, auch unser technisches Wissen und Können unterordnen und beherrschbar machen sollte. Ein solches Mehr könnte ein kleiner Beitrag zur Bewältigung des Weltproblems „Mensch-Technik“ sein, und es könnte in unserem Lebens- und Berufsbereich es wenigstens erschweren, in eine Situation zurückzufallen, der gegenüber unsere Wissenschaft seinerzeit und aus ihrem eigenen Bereich heraus keine festeren Schranken aufgerichtet hatte.

LITERATUR:

- Adler, H. G.: Theresienstadt 1941—1945, Tübingen 1955.
 Bastiaans, J.: Psychosomatische Gevolgen van Onderdrukking en Verzet, N. V. Noord-Hollandsche Uitgevers Maatschappij, Amsterdam 1957.
 Baeyer, W. von: Die Freiheitsfrage in der forensischen Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Entschädigungsneurosen, Nervenarzt 28, 337 (1957).
 Erlebnisbedingte Verfolgungsschaden, Nervenarzt 32, 534 (1961).
 Bensheim, H.: Die KZ-Neurose rassistisch Verfolgter, Nervenarzt 31, 462 (1960).
 Bonhoeffer, K.: Über die Bedeutung der Kriegserfahrungen für die allgemeine Psychopathologie und Aetiologie der Geisteskrankheiten. Hdb. der ärztl. Erfahrungen im Weltkrieg 1914—18, Barth, Leipzig 1922, Bd. 4.
 Bostroem, A.: Zur Frage der Auslösung endogener Psychosen durch äußere Faktoren, Münch. Med. Wschr. 1, 963 (1933).

Bürger-Prinz, H.: Psychiatrie und Probleme der Umwelt, Studium Generale 4, 227 (1951).
 Cohen, E. A.: Human behaviour in the Concentration camp, London 1954.
 Faust, C.: Hirnatrophie nach Hungerdystrophie, Nervenarzt 23, 406 (1952).
 Frankl, V. E.: Psychohygienische Erfahrungen in Konzentrationslagern, Hdb. der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. 4.
 Gilbert, G. M.: The Psychology of Dictatorship, New York 1950.
 Hoche, A. E.: Beobachtungen bei Fliegerangriffen, Arch. Psychiat. 57 (1917).
 Huk, B.: siehe Michel, M.
 Kalle, K.: Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in psychiatrischer Sicht, Nervenarzt 29, 148 (1958).
 Kluge, E.: Über die Folgen schwerer Haftzeiten, Nervenarzt 29, 462 (1958).
 Kral, V. A.: Psychiatric Observations under severe chronic stress, Am. J. Psychiat. 108, 185 (1951).
 Kulenkampff, C.: siehe Zutt, J. und C. Kulenkampff.
 Levinger, L.: Psychiatrische Untersuchungen in Israel in 800 Fällen mit Gesundheitsschadenforderung wegen Nazi-Verfolgung, Nervenarzt 33, 75 (1962).
 Matussek, P.: Die KZ-Lagerhaft als Belastungssituation, Nervenarzt 32, 538 (1961).
 Michel, M.: Gesundheitsschäden durch Verfolgung und Gefangenschaft und ihre Spätfolgen, Röderberg-Verlag, Frankfurt 1955.
 Oppenheim, H.: Neurosen nach Kriegsverletzungen, Dt. Zschr. Nervenheilk. 56, 4 (1916).
 Rauschelbach, H. H.: Zur Klinik der Spätfolgezustände nach Hungerdystrophie, Fortschr. Neurol. Psychiat. 22, 214 (1954).
 Ruffin, H.: Melancholie, Dtsch. Med. Wschr. 82, 1080 (1957).

Schilling, F.: Selbstbeobachtungen im Hungerzustand, Beiträge aus d. Allg. Medizin, 6. Heft (1948), Enke, Stuttgart.
 Schrappe, O.: Die ätiologische und pathogenetische Bedeutung nicht-endogener Faktoren für die Schizophrenie, Thieme, Stuttgart 1959.
 Schulte, W.: Cerebrale Defektsyndrome nach schwerer Hungerdystrophie, Nervenarzt 24, 415 (1953); Hirnorganische Dauerschäden nach schwerer Dystrophie, München-Berlin 1953.
 Strauss, H.: Besonderheiten der nichtpsychotischen seelischen Störungen bei Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und ihre Bedeutung bei der Begutachtung, Nervenarzt 28, 344 (1957).
 Targowla, R.: siehe Michel, M.
 Thygesen, P.: Acta Med. Scand. 144 Suppl. 274.
 Trautman, E. C.: Psychiatrische Untersuchungen an Überlebenden der NS-Vernichtungslager 15 Jahre nach der Befreiung, Nervenarzt 32, 545 (1961).
 Uitz, E.: Psychologie des Lebens im KZ Theresienstadt, Wien 1948.
 Venzlaff, U.: Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen, Springer, Berlin 1948.
 Weibrecht, H. J.: Cyclothymes Syndrom und hirnatrophischer Prozeß, Nervenarzt 24, 489 (1953); Endogene Psychose und Lebenskrise, Nervenarzt 25, 465 (1954).
 Weizsäcker, V. von: Der Gestaltkreis, Thieme, Stuttgart 1950.
 Zmarzlick, H. G.: Der Antisemitismus im 2. Reich, Vortrag gehalten am 20. 1. 1962 in der Freiburger Universität.
 Zutt, J.: Das Schizophrenieproblem, nosologische Hypothesen, Klin. Wschr. 34, 679 (1956).
 Zutt, J. und C. Kulenkampff: Das paranoide Syndrom in anthropologischer Sicht, Springer, Berlin 1958.

14. Aussprache

Brief von Gerhard Schoenberger an den Freiburger Rundbrief

Wir begrüßen den Brief, der die — in der darin genannten Besprechung — aufgeworfene Frage klärt. Es darf nicht der Rest einer Vermutung bleiben, daß die Dinge „nicht so schlimm“ gewesen waren.

Berlin, 30. 11. 1964

In der schönen Besprechung meines zweiten Buches „Wir haben es gesehen“ (Freiburger Rundbrief Nr. 57/60, Januar 1964, S. 150—151) steht am Ende die Frage, ob die von mir gesammelten Augenzeugenberichte „als typische Aussage über ein Kollektivschicksal gelten“ können, oder ob sie nicht nur die jeweils extremste Situation nachzeichnen, wörtlich:

... ob es nicht doch einseitig ist, wenn das Prinzip des Ghettos im wesentlichen an Warschau, das der Massenvernichtung nur am Beispiel des Lagers Auschwitz oder der Erschießungen im Osten aufgezeigt wird, der „Aufstand gegen den Tod“ (IX. Kapitel) nur aus Beiträgen aus dem Osten besteht?

Die Frage bleibt offen und legt so zumindest den Gedanken nahe, vielleicht sei es ganz so schlimm, wie die Berichte schildern, doch nicht überall gewesen. Dieses Mißverständnis wäre allerdings fatal. Ich hoffe, man wird mir glauben, daß es mir nicht um meine Arbeit, sondern um die historische Wahrheit zu tun ist, wenn ich meine Antwort dazu gebe.

1. Der Versuch, die Ereignisse der Jahre 1933—1945 anhand von nicht mehr Augenzeugenberichten zu spiegeln, als in einem Band Platz finden, zwang zu strenger Beschränkung auf jeweils charakteristische Beispiele für jede Phase der Verfolgung. Daß die Wahl dabei unter anderem auf das größte Ghetto (Warschau) und das größte Lager (Auschwitz) fiel, hatte zunächst den ganz praktischen Grund, daß es über diese beiden Orte besonders viele Berichte und Dokumente gibt.

2. Gleichzeitig dürfen die dortigen Ereignisse, wie die Augenzeugen sie schildern, aber auch als durchaus typisch gelten. Die Lebensbedingungen in Warschau unterschieden sich prinzipiell in nichts von denen in anderen Ghettos, und die schließliche „Aussiedlung“ der dortigen Juden hat sich so überall in Polen abgespielt.

Auschwitz-Birkenau, die größte Todesfabrik und gleichzeitig auch der größte Sklavenkonzern des Hitlerreiches, ist ein besonders anschauliches Beispiel, weil sich an ihm die Arbeits-

weise der Konzentrationslager wie der Vernichtungslager zeigen läßt.

Auch hier muß man sagen, daß die Verhältnisse im Häftlingslager nicht etwa schlimmer waren als in Mauthausen und in anderen Konzentrationslagern. Und die Massenvergasungen mit Zyklon-B in Birkenau wurden, wie der Gersteinbericht sehr eindringlich zeigt, von der langsamer und nicht immer zuverlässig wirkenden Erstickungstechnik mit Motorenabgasen, die in den anderen, wesentlich primitiveren Vernichtungslagern wie Treblinka, Sobibor, Belzec und Chelmo üblich war, an Grausamkeit eher noch übertroffen.

3. Außer den geschilderten Methoden des Mordes durch Hunger, durch Zwangsarbeit und durch Gas gab es noch eine vierte: Erschießen. Sie wurde besonders nach dem Überfall auf die Sowjetunion, als die Gaskammern noch nicht arbeiteten, von den Einsatzgruppen in großem Stil angewandt. Diesen Massenexekutionen fiel über eine Million Menschen zum Opfer. Für die russischen Juden zumindest, gleich welchen Alters und Geschlechts, war sie also durchaus „typisch“.

4. Es trifft zu: Widerstand wurde in allen von Hitlerdeutschland besetzten Ländern geleistet, auch von Juden. Aber in Westeuropa vollzog er sich überwiegend lautlos und unsichtbar. Die Beschaffung falscher Pässe und illegaler Schlupfwinkel, der Schmuggel von Nachrichten, Lebensmitteln und Menschen überlag. Mein Buch berichtet auch darüber.

Der „Aufstand gegen den Tod“, die Bildung von bewaffneten jüdischen Kampforganisationen, die — dem Warschauer Vorbild vom Frühjahr 1943 folgend — in Ghettos und Lagern Aufstände organisierten oder in die Wälder zu den Partisanen gingen, war dagegen auf Polen und die Sowjetunion beschränkt. Daher können auch die Berichte darüber nur „aus dem Osten“ kommen.

Der eine oder andere mag meine Hinweise kleinlich finden. Aber wenn von den NS-Verbrechen gesprochen wird, sollten wir — meine ich — darauf achten, daß weder ihr ungeheures Ausmaß noch ihre furchtbaren Details verwischt werden. Wir müssen diesen Blick zurück ertragen. Damit fängt es an.

Gerhard Schoenberger (Berlin)