

Aus dem Institut für Medizingeschichte und  
Wissenschaftsforschung  
der Universität zu Lübeck  
Direktor: Prof. Dr. med. Cornelius Borck

---

**Die Psychiatrie des Lübecker Krankenhauses Ost in den  
Jahren (1947-1973) unter der Leitung von Gerhard  
Schmidt**

Inauguraldissertation  
zur  
Erlangung der Doktorwürde  
der Universität zu Lübeck  
- Aus der Sektion Medizin -

vorgelegt von  
**Alison Dörnte**  
aus Hamburg

Lübeck 2025

1. Berichterstatter\*in: Prof. Dr. med. Cornelius Borck

Ko-Betreuer\*in: Prof. Dr. med. Karl-Friedrich Klotz

2. Berichterstatter\*in: Prof. Dr. med. Rebekka Lencer

Tag der mündlichen Prüfung: 18.12.2025

Zum Druck genehmigt: Lübeck, den 18.12.2025

-Promotionskommission der Sektion Medizin-

# 1 Inhaltsverzeichnis

<b>2</b>	<b>Einleitung und Fragestellung</b>	<b>6</b>
<b>3</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>10</b>
3.1	<i>Quellenbestände</i>	10
3.1.1	Historisches Psychiatriearchiv	11
3.1.2	Archiv der Hansestadt Lübeck	12
3.1.3	Hamburger Staatsarchiv	14
3.1.4	Gutachten zu Gerhard Schmidt von 2018	14
3.2	<i>Zur Rekonstruktion der Alltagspraxis und Abteilungsgeschichte</i>	15
3.3	<i>Quellenkritik</i>	16
3.4	<i>Forschungsstand</i>	18
<b>4</b>	<b>Die Entwicklung der psychiatrischen Abteilung 1947-1973</b>	<b>23</b>
4.1	<i>Vorgeschichte – Von der Heilanstalt Strecknitz zur psychiatrischen Abteilung (1912-1947)</i>	24
4.2	<i>Prof. Dr. Gerhard Schmidt – Leben und Wirken (1904-1991)</i>	29
4.3	<i>Die psychiatrische Abteilung unter Gerhard Schmidt (1947-1964)</i>	42
4.3.1	Infrastruktur der psychiatrischen Abteilung als Teil des städtischen Krankenhauses	46
4.3.2	Personelle Strukturen	49
4.4	<i>Die psychiatrische Abteilung unter Gerhard Schmidt (1964-1973)</i>	56
4.4.1	Der Weg zur Medizinischen Akademie Lübeck	56
4.4.2	Nur langsame Modernisierung der psychiatrischen Abteilung	59
<b>5</b>	<b>Diagnostische und therapeutische Praxis in der psychiatrischen Abteilung</b>	<b>64</b>
5.1	<i>Die Patientenakte</i>	64
5.1.1	Aufbau der Patientenakte	64
5.1.2	Besonderheit: Ausführliche Anamnese im O-Ton	70
5.1.3	Psychischer Befund	75
5.1.4	Verlaufsbeobachtung	76
5.1.5	O-Ton: Ausdruck einer gehörten Patientenstimme?	78
5.1.6	Diagnostik	81
5.2	<i>Die unterschiedliche Rolle der Diagnose in Patientenakte und Gutachten</i>	83
5.3	<i>Therapien</i>	89
5.3.1	„Roborierende Maßnahmen“ und „Kuren“	89

5.3.2	Sedativa	91
5.3.3	Invasive Therapien – Schockverfahren	94
5.3.4	Psychopharmaka	103
5.4	<i>Die rechtliche Stellung der Angehörigen</i>	106
<b>6</b>	<b>Eine „normale“ Akutpsychiatrie</b>	<b>112</b>
6.1	<i>Prof. Gerhard Schmidts Wirken</i>	116
<b>7</b>	<b>Anhänge</b>	<b>118</b>
<b>8</b>	<b>Quellenverzeichnis</b>	<b>124</b>
8.1	<i>Archivalische Quellen</i>	124
8.2	<i>Literaturverzeichnis</i>	126
8.3	<i>Abbildungsverzeichnis</i>	141
<b>9</b>	<b>Danksagungen</b>	<b>142</b>

## **Gender-Hinweis**

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Die genannten Personenbezeichnungen gelten jedoch gleichermaßen für alle Geschlechter.

## 2 Einleitung und Fragestellung

„*Salus aegroti suprema Lex*“ (*Das Wohl des Patienten ist oberstes Gesetz*) – Mit diesen Zeilen über den Eingangstoren erlegte sich die 1912 erbaute und nach damaligen Standards sehr moderne Heilanstalt Strecknitz der Hansestadt Lübeck eine ethisch hohe Verantwortung gegenüber den Patienten auf, der sie spätestens mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten nicht mehr nachkommen konnte. Im Zuge der „T4-Aktion“ wurde die Heilanstalt Strecknitz 1941 aufgelöst und 605 Patienten wurden verschleppt und ermordet. Die Heilanstalt wurde in ein städtisches Krankenhaus umgewandelt, in dem nur eine psychiatrische Abteilung mit 80 Betten bestehen blieb. Bis 1969 war in Schleswig-Holstein eine psychiatrische Abteilung innerhalb eines Krankenhauses in dieser Form einzigartig.<sup>1</sup> In der Psychatriegeschichtlichen Forschung wurden die Schrecken der NS-Zeit und der Tiefpunkt der deutschen Psychiatrie intensiv aufgearbeitet und beleuchtet. Allmählich richtet sie ihr Augenmerk jetzt auf die Nachkriegszeit.

Vielerorts setzten sich nach dem Zweiten Weltkrieg die schlechte Versorgung und Misshandlungen der psychiatrischen Patienten fort.<sup>2</sup> Erst 1975 mündeten die zunehmenden Forderungen aus Gesellschaft, Politik und Fachkreisen nach Verbesserung in einer vom Bundestag einberufenen Enquête-Kommission.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Christof Beyer et al., „Wissenschaftliche Untersuchung zu Formen von Leid und Unrecht bei der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Jahren 1949 bis 1990“ (Lübeck, 2021<sup>b</sup>). Den Großteil der psychiatrischen Versorgung übernahmen psychiatrische Anstalten. In Schleswig-Holstein gab es drei Landeskrankenhäuser: Schleswig, Heiligenhafen und Neustadt. Dazu kamen die Ricklinger Anstalten, das neurologische Krankenhaus „Diakoniewerk Kropp“, die Psychiatrische und Nervenklinik der Universität Kiel und die psychiatrisch-neurologische Abteilung in Lübeck.

<sup>2</sup> Vgl. hierzu Sabine Hanrath, *Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform-Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)* (Paderborn: Ferdinand Schöningh GmbH, 2002). Thomas Küster, *Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen*, hg. von Hans-Walter Schmuhl, *Forschungen zur Regionalgeschichte ; Bd. 26* (Paderborn: Ferdinand Schöningh, 1998). Heinz Faulstich, *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie* (Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1998). Ansgar Weißer, „Geschichte der Psychiatrie in Westfalen“, in *Psychiatrie in Westfalen*, hg. von Wolfgang Kirsch, Barbara Rüschoff-Thale, und Helga Schuhmann-Wessolek (Münster: Lonnemann GmbH, 2010), S. 7–69. Bettina Schubert, „Psychiatrie im Wiederaufbau – Das Landeskrankenhaus Neustadt in Holstein Zwischen Euthanasie-Aktion und Reform“, Med. Diss. Lübeck, 2017.

<sup>3</sup> Heinz Häfner et al., „Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik“, in: *Helfen und Heilen 2*, 1965, S. 118–125. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“ (Bonn, Verlag Dr. Hans Heger, 1975).

Langfristig führte dies zur Auflösung psychiatrischer Großanstalten hin zur Etablierung der Sozialpsychiatrie.<sup>4</sup>

Sylvia Wagners Dissertation zur Medikamentenversuchen in Kinder- und Jugendpsychiatrien in der Nachkriegszeit hatte zur Folge, dass bundesweit die Presse und mehrere Auftragsforschungen dieses Thema näher beleuchteten.<sup>5</sup> Für Schleswig-Holstein leisteten Bayer et. al mit der Untersuchung von durchgeführten Medikamentenversuchen in schleswig-holsteinischen Einrichtungen in Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975 einen wichtigen Beitrag zur Aufarbeitung. In einem erweiterten Projekt „*Leid und Unrecht*“ mit Zeitzeugen wurde der Fokus auf die vielfachen Gewalterfahrungen der damaligen Patienten, vor allem im Bereich der Kinder und Jugendpsychiatrie in Schleswig-Holstein gelegt.<sup>6</sup> Die psychiatrische Abteilung in Lübeck war in der Studie zur Aufarbeitung von Medikamentenversuchen eingeschlossen, insgesamt fanden sich hierbei jedoch nur wenige Ergebnisse bzw. Hinweise auf durchgeführte Medikamentenversuche. Die Studie „*Leid und Unrecht*“ beschränkte sich nur auf Jugendliche und Kinder, welche in Lübeck nicht regelhaft aufgenommen wurden. Daher wurde Lübeck in diese Studie nicht eingeschlossen.

---

<sup>4</sup> In der Sozialpsychiatrie steht der Mensch als Individuum im Mittelpunkt. Zudem sind eine gemeindenaher und ambulante Betreuung fester Bestandteil der Sozialpsychiatrie. Hintergedanke hierbei ist, dass Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen so weit wie möglich weiter am gesellschaftlichen Leben teilnehmen sollen. Dies steht im krassen Gegensatz zu den früheren Großanstalten, in denen die Menschen fern vom Rest der Gesellschaft zentralisiert untergebracht und verwahrt wurden.

<sup>5</sup> Sylvia Wagner, „Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte – Arzneimittelstudien an Heimkindern“, *Sozial.Geschichte Online* 19 (2016), S. 61–114. Sylvelyn Hähner-Rombach und Christine Hartig, „Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen zwischen 1945 und 1978“ (Stuttgart, 2019). Schmidt, Andreas, „Heimkinder: Landesbeauftragte Thobaben wirft Landesregierung zu zögerliche Aufarbeitung vor.“ *NDR*, 27.10.2016, siehe online unter: [https://www.ndr.de/der\\_ndr/presse/mitteilungen/Heimkinder-Landesbeauftragte-Thobaben-wirft-Landesregierung-zu-zoegerliche-Aufarbeitung-vor.pressemeldungsh858.html](https://www.ndr.de/der_ndr/presse/mitteilungen/Heimkinder-Landesbeauftragte-Thobaben-wirft-Landesregierung-zu-zoegerliche-Aufarbeitung-vor.pressemeldungsh858.html) / Tag des letzten Zugriffs: 17.07.2025; Kowaleswki, Stephanie, Medikamentenversuche an Heimkindern „Das war die Hölle“, *Deutschlandfunk*, 12.12.2018, siehe online unter: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/medikamentenversuche-an-heimkindern-das-war-die-hoelle-100.html> / Tag des letzten Zugriffs: 17.07.2025. Sylvia Wagner, „Ein nicht länger unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte?“, *Sozial.Geschichte Online* (2017). Siehe online unter: <https://sozialgeschichte-online.org/2017/06/25/ein-nicht-laenger-unterdruecktes-und-verdraengtes-kapitel-der-heimgeschichte/> / Tag des letzten Zugriffs: 16.01.2024. Daniela Schmidt-Langels, „Das lange Leiden nach dem Kinderheim“, *Spiegel*, 02.02.2016. Siehe online unter: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/medikamententests-in-deutschland-das-lange-leiden-nach-dem-kinderheim-a-1075196.html> / Tag des letzten Zugriffs: 10.07.2025.

<sup>6</sup> Christof Beyer et al., „Wissenschaftliche Untersuchung der Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in den Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975“ (Lübeck, 2021<sup>a</sup>). Beyer (2021<sup>b</sup>), a.a.O., FN 1.

Eine gezielte Aufarbeitung der Lübecker Psychiatriegeschichte ab 1945 ist für das Lübecker Krankenhaus Ost bisher nicht erfolgt, weshalb mit der vorliegenden Arbeit eine Forschungslücke geschlossen werden soll.

Wie verhielt sich die psychiatrische Abteilung? Welchen Einfluss auf das alltägliche Geschehen hatte die Einbettung in ein städtisches Krankenhaus? Inwieweit waren auch hier Vernachlässigung oder Gewalt an der Tagesordnung?

Zusätzlich fehlt bisher eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Direktor der psychiatrischen Abteilung. Während es ausführliche Untersuchungen zu den Psychiatern und Medizinerinnen der NS-Zeit gibt, ist die Generation von Nachkriegspsychiatern noch wenig erforscht.<sup>7</sup> Als Antwort darauf setzt sich die vorliegende Arbeit gezielt mit dem Leiter der psychiatrischen Abteilung auseinander. Der damals amtierende Prof. Gerhard Schmidt (1904-1991), nahm von 1947 bis zu seinem Ruhestand 1973 über einen langen Zeitraum Einfluss auf die psychiatrische Abteilung. Beruflich begann er einen elitären Werdegang, lernte unter anderem unter Kurt Schneider und forschte am renommierten Kaiser-Wilhelm Institut.<sup>8</sup> Er versuchte als kommissarisch eingesetzter Leiter der psychiatrischen Anstalt Eglfing/Haar bereits 1946/47, als einer von wenigen die dort begangenen Euthanasieverbrechen aufzuklären. Als Folge erlebte er jedoch heftigen Widerstand von ehemaligen Mitarbeitern und verlor seine damalige Stelle als kommissarischer Leiter. In seinem wichtigsten Werk „Selektion in der Heilanstalt 1939-1945“ fasste er die Ergebnisse seiner Nachforschungen zusammen.<sup>9</sup> Er beschrieb ausführlich die perfide Maschinerie der Krankenmorde der Nationalsozialisten und wie sie sich in Eglfing/Haar zeigte. Sein Buch gehört neben den Werken von Platen-Hallermund und Mitscherlich/Mielke zu den wichtigsten Dokumenten über die Krankenmorde. Eine Veröffentlichung gelang erst 20 Jahre später.

Nach seiner Zeit in Eglfing/Haar nahm er 1947 die Stelle als Chefarzt der psychiatrischen Abteilung in Lübeck an. Allerdings soll die vorliegende Arbeit keine biografische Studie und auch keine reine Institutionsgeschichte werden. Vielmehr

---

<sup>7</sup> Franz-Werner Kersting, „Eine wenig beleuchtete Psychiater-Generation: Das Wirken des Lengericher Anstaltsleiters Hans Merguet im Zeichen von ‚Nachkrieg‘ und ‚Reform vor der Reform‘ (1949–1957)“, in: Zwischen Beharrung, Kritik und Reform – Psychiatrische Anstalten und Heime für Menschen mit Behinderung in der deutschen Nachkriegsgeschichte, hg. von Cornelius Borck und Gabriele Lingelbach (Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2023).

<sup>8</sup> Horst Dilling, „In memoriam Professor Dr. Gerhard Schmidt 1904-1991“, *Der Nervenarzt* (1992) S. 255–256.

<sup>9</sup> Gerhard Schmidt, *Selektion in der Heilanstalt 1939-1945*, hg. von Frank Schneider, 5. Auflage (Berlin Heidelberg: Springer Verlag, 2012).

sollen Prof. Schmidts Einstellungen, sein möglicher Einfluss auf die Patientenversorgung sowie die institutionellen Strukturen und deren Wechselwirkungen vor dem Hintergrund der damaligen politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in einen historischen Kontext gestellt werden. Ziel ist es, der alltäglichen Praxis dadurch näherzukommen. Neben Prof. Schmidt sollen in dieser Arbeit die Perspektiven und die Arbeitsbedingungen des restlichen Personals beleuchtet werden. Auch der Pflege soll Raum gegeben werden. Zwar sind in den letzten Jahren viele Arbeiten zu dieser Berufsgruppe erschienen, aber vor allem für die Pflegegeschichte in der Nachkriegszeit sowie in der Psychiatriepflege gibt es noch einen großen Forschungsbedarf.<sup>10</sup> Allerdings kann die vorliegende Arbeit aufgrund des vorliegenden Quellenmaterials hierzu nur einen kleinen Beitrag leisten. Eine weitere wichtige Perspektive ist die der Patienten. Spätestens seitdem Roy Porter 1985 dazu aufrief, sich der Medizingeschichte „von unten“ anzunähern und die Patientenperspektive in den Fokus zu stellen, gehen Medizinhistoriker dieser Fragestellung nach.<sup>11</sup> Auch in der Psychiatriegeschichte wurde sein Appell zunächst im angloamerikanischen und später im deutschsprachigen Raum vielfach aufgegriffen.<sup>12</sup> Dreißig Jahre später kam die Fachwelt zu dem Schluss, dass psychiatrische Patienten nicht so stumm waren wie bis dahin vielfach angenommen.<sup>13</sup> Im Sinne Roy Porters wurde anhand von Patientenakten herausgearbeitet, inwieweit die Patienten in Lübeck einen eigenen Handlungsspielraum bzw. „Agency“ besaßen oder nicht.<sup>14</sup>

Unter Berücksichtigung der oben genannten Punkte, sollen die Geschichte und die Bedingungen der damaligen Psychiatrie rekonstruiert werden. Als Methode wurde die

---

<sup>10</sup> Sylvelyn Hähner-Rombach und Christoph Schweikardt, *Quellen zur Geschichte der Krankenpflege*, hg. von Sylvelyn Hähner-Rombach, 4. Auflage (Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2023) S. 25f.; Interview mit Dr. Karen Nolte: „Ein Ausflug in Pflegegeschichte und Pflegewissenschaft“ (2022), siehe online hierzu: <https://mittendrin.fdst.de/pflegegeschichte/> / Tag des letzten Zugriffs: 17.07.2025; Sylvelyn Hähner-Rombach, *Entwicklungen in der Krankenpflege und in anderen Gesundheitsberufen nach 1945*, (Frankfurt: Mabuse Verlag, 2018).

<sup>11</sup> Roy Porter, „The patient's view – Doing medical history from below“, *Theory and Society* 14 (1985): S. 175–198, <https://doi.org/10.1007/BF00157532>.

<sup>12</sup> Burkhart Brückner et al., „Geschichte der Psychiatrie ‚von unten‘ – Entwicklung und Stand der deutschsprachigen Forschung“, *Medizinhistorisches Journal* 54 (2019): S. 347–376, <https://doi.org/10.25162/mhj-2019-0010>.

<sup>13</sup> Alexandra Bacopoulos-Viau und Aude Fauvel, „The Patient's Turn Roy Porter and Psychiatry's Tales, Thirty Years on“, *Medical History* 60 (2015): S. 1–18.

<sup>14</sup> Als „Agency“ wird in den Sozial- und Kulturwissenschaften unter anderem die Handlungsfähigkeit einer Person innerhalb der kulturell und gesellschaftlichen vorherrschenden Strukturen beschrieben, siehe: Paul Kockelman et al., „Agency: The relation between meaning, power, and knowledge“, *Current Anthropology* 48, (2007): S. 375–401, <https://doi.org/10.1086/512998>. Mustafa Emirbayer und Ann Mische, „What is Agency?“, *American Journal of Sociology* 103 (1998): S. 962–1023, <https://doi.org/10.1086/231294>.

vom Anthropologen Clifford Geertz (1926-2006) entwickelte „*dichte Beschreibung*“ gewählt und angewandt.<sup>15</sup> Durch eine detaillierte Beschreibung des vorliegenden Quellenmaterials soll so nach und nach ein Bild entstehen, welches ein Gefühl für den Alltag der damaligen Abteilung gibt. Was für Menschen wurden in der psychiatrischen Abteilung als Patienten behandelt, was waren ihre Geschichten und wie war es generell, in dieser psychiatrischen Abteilung Patient zu sein? Welche Haltungen hatten die Leitung und das Personal der Abteilung? Und wie traten diese Haltungen im Umgang mit den Patienten auch unter Berücksichtigung der vorherrschenden Bedingungen zu Tage? Anhand der angewandten Diagnostik und Therapien soll herausgearbeitet werden nach welchen medizinischen Prinzipien gehandelt wurde. War die Lübecker Psychiatrie im zeitgenössischen Vergleich eine moderne Abteilung am Puls der Zeit oder eher eine provinzielle Einrichtung, die nach minimalen Standards agierte? Welche Wechselwirkungen kamen zwischen Personal, Angehörigen und Patienten zustande? Inwieweit gaben die institutionellen Strukturen einen festen Rahmen vor? Alles dies muss sowohl vor dem Hintergrund des damals herrschenden historischen Kontexts als auch dem gesellschaftspolitischen Kontext eingeordnet werden.

Zusammengefasst widmet sich die vorliegende Dissertation der Aufarbeitung der Lübecker Psychiatriegeschichte in der Zeit, als Gerhard Schmidt die Leitung innehatte, und legt dabei einen Fokus auf die Rekonstruktion der alltäglichen Praxis anhand der Beschreibungen der institutionellen Strukturen in personeller wie baulicher Hinsicht. Zudem wurde versucht, durch die Patientenakten der Patientenperspektive näherzukommen.

## 3 Material und Methoden

### 3.1 Quellenbestände

Für die vorliegende Arbeit wurden verschiedene Quellengattungen untersucht. Das Hauptquellenmaterial bildeten die Patientenakten des historischen Psychiatriearchivs (HPA), welches im Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung (IMGWF) aufbewahrt wird. Das Archiv verfügt über den vollständigen Bestand der

---

<sup>15</sup> Clifford Geertz, *The interpretation of cultures: Selected essays* (New York: Basic Books, 1973).

psychiatrischen Patientenakten der ehemaligen Heilanstalt Strecknitz bzw. des späteren Krankenhauses Lübeck Ost bis einschließlich 1960. Über die Patientenakten hinaus fanden sich im Archivbestand vereinzelte Ordner mit Verwaltungsunterlagen, die zwar nur wenige, aber wichtige Fakten lieferten. Jahrbücher oder Berichte fanden sich hier jedoch nicht. An Selbstüberlieferungen fanden sich zum Beispiel eine Jubiläumsschrift zum 50-jährigen Bestehen der Universität zu Lübeck sowie ein historischer Bildband zum 10-jährigen Bestehen des Universitätsklinikums Schleswig-Holsteins. Verlässliche fortlaufende Daten fanden sich allerdings keine.<sup>16</sup>

Im Lübecker Stadtarchiv fanden sich im Bestand „Gesundheit und Soziales“ Unterlagen zur Geschichte des damaligen städtischen Krankenhauses bzw. der späteren medizinischen Akademie zu Lübeck sowie einige Daten zum damaligen Klinikdirektor Prof. Gerhard Schmidt. Diese Dokumente lieferten wichtige Fakten, allerdings fand sich auch hier, bis auf wenige Ausnahmen, kein kontinuierlicher Bestand von Jahresberichten, Dokumentationen zur Bettenbelegung oder Personal oder Kostenaufstellungen. Nur vereinzelt gab es Dokumente, die sich explizit auf die psychiatrische Abteilung bezogen. Im Universitätsarchiv der Universität zu Lübeck fanden sich für den genannten Untersuchungszeitraum keine Unterlagen zu der psychiatrischen Abteilung.

Im Hamburger Staatsarchiv fand sich eine ausführliche Personalakte von Gerhard Schmidt.

Aus diesen Gründen musste für die vorliegende Arbeit auf relativ wenig und bruchstückhaftes Quellenmaterial zurückgegriffen werden, um die Geschichte der psychiatrischen Abteilung zu rekonstruieren; es wird im Folgenden näher charakterisiert.

### **3.1.1 Historisches Psychiatriearchiv**

Das historische Patientenaktenarchiv umfasst für den genannten Untersuchungszeitraum von 1947 bis 1960 ca. 10.000 Patientenakten. Sie befinden sich in Hängeordnern und sind nach Entlassungsjahr und Nachname sortiert. Für die Untersuchung der Alltagspraxis wurde eine systematisch strukturierte Stichprobe von insgesamt 131 gesichteten Patientenakten aus den Jahren 1949-1960 ausgehoben

---

<sup>16</sup> Daniela Martin, *50 Jahre Im Focus Das Leben. 50 Jahre Universität Lübeck* (Lübeck: Universität zu Lübeck, 2014); Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, „Historische Fotografien – Eine Veröffentlichung anlässlich des 10-jährigen Bestehens des UKSH“ (Lübeck: Universitätsklinikum Schleswig Holstein, 2012).

und untersucht. Hierfür wurden mit alternierendem Buchstabenraster 13 Akten pro Jahrgang ausgehoben, von denen 131 verwendet werden konnten. Dabei fiel auf, dass in fast jedem entnommenen Paket (Umfang 10 bis 25 Akten) mindestens zwei Archivakten mit medizinischen Gutachten zu finden waren. Das lässt auf eine gewisse Regelmäßigkeit der Erstellung von Gutachten schließen. Daher wurde eine Analyse der angefertigten Gutachten pro Jahrgang mit zwei Archivakten, also insgesamt 24 Stück durchgeführt. Hinzu kamen acht Akten, die sich bei der Analyse der Patientenakten als Gutachten herausstellten. Zusätzlich wurden drei Akten pro Jahrgang zufällig aus den Jahrgängen 1941-1947 gezogen. Dies diente dazu, mögliche Veränderungen in der Dokumentation der Krankenblätter von der Gründung des städtischen Krankenhauses nach der Räumung durch die Nationalsozialisten 1941 bis zur Ankunft des Direktors Gerhardt Schmidts 1947 zu verfolgen. Zur weiteren Archivierung sind diese Patientenakten eingescannt worden. Eine elektronische Erschließung der Patientenakten liegt lediglich in Form einer Tabelle im Format einer Excel-Datei vor. Diese Tabelle entstand unter dem ehemaligen Direktor der psychiatrischen Abteilung Prof. Dilling (1978-1999). Es ist nicht mehr nachzuvollziehen, mit welchem System und von wem diese Tabelle angefertigt wurde. Sie zeigte eine hohe Fehlerquote sowie eine lückenhafte Dokumentation auf und war für die vorliegende Arbeit daher nicht verwertbar. Darüber hinaus fanden sich vereinzelte Ordner, die Verwaltungsunterlagen sowie Personalangelegenheiten enthielten. Der Inhalt gab Aufschluss über Organisations- und Personalstrukturen der Klinik. Jedoch gibt es nur punktuellen und wenig Material, sodass kein kontinuierlicher Zeitraum abgedeckt werden konnte. Dennoch bildeten sie eine wertvolle und wichtige Ergänzung zu den Ergebnissen der Patientenakten, da sie wichtige Einblicke z. B. in die knappe Versorgungslage in der Nachkriegszeit oder Vorgaben der Verwaltung gegenüber dem Personal ermöglichten.

Des Weiteren fanden sich vereinzelte Aufnahmebücher vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zum Jahr 1947. Da die überlieferten Aufnahmebücher hauptsächlich den Zeitraum vor dem Untersuchungszeitraum betreffen, stellen sie keinen Bestandteil der Analyse dar.

### **3.1.2 Archiv der Hansestadt Lübeck**

Im Archiv der Hansestadt Lübeck erwies sich der Bestand „Gesundheit und Soziales“ mit der Signatur „4.5-6 Medizinische Akademie zu Lübeck, Verwaltungsrat“ für die

Recherche am reichhaltigsten. Der Bestand umfasst die Jahre 1951 bis 1973 und insgesamt 5,7 lfm. Hinzu kamen die Entnazifizierungsakte von Prof. Schmidt sowie seine Personalakte des städtischen Krankenhauses Ost.

Der Bestand umfasst Archivkartons mit Unterlagen zu den Anträgen auf eine Errichtung der Medizinischen Akademie in Lübeck und Gutachten zur Gründung ab 1951 der Medizinischen Akademie mit Lageplänen und Entwürfen zur Personalplanung.<sup>17</sup> Dazu gibt es Gutachten, zum Beispiel vom Gesundheitssenator Alfred Plust (1902-1981), über die Krankenhausbettenlandschaft Lübecks und die Aufenthaltsdauer. Weitere Schriften zu Bauvorhaben des Krankenhauses betreffen auch die psychiatrische Abteilung.<sup>18</sup> Ein intensiver Briefwechsel zwischen Prof. Gerhard Schmidt und dem Lübecker Senator Steinbrecher bezüglich nötiger Modernisierungen inklusive eines erhobenen Gutachtens mit erfassten Mängeln der psychiatrischen Stationen aus den Jahren 1968/1969 zeugt von Auseinandersetzungen Prof. Schmidts mit der Klinikleitung und Politik.<sup>19</sup> Darüber hinaus gibt es mehrere Unterlagen zu Personaleinstellungen und Arbeitsverträgen.<sup>20</sup> Im Bestand des Entnazifizierungsausschusses des Lübecker Stadtarchivs findet sich Prof. Gerhard Schmidts Entnazifizierungsakte, die viele biografische Details vor allem zu seinen beruflichen Stationen während der NS-Zeit zu Tage förderte.<sup>21</sup>

Die Entnazifizierungsakte besteht zum einem aus einem 12-seitigen Fragebogen in englischer und deutscher Sprache. Insgesamt umfasst dieser Fragebogen 132 Fragen, die versuchen, die komplette Biografie zu erfragen, inklusive Herkunft, Ausbildung, Auslandsaufenthalte, Vermögen, Grundbesitze, berufliche Daten sowie Mitgliedschaften in Parteien oder Organisationen. Der Fragebogen stammt vom 01. Januar 1946 und ist in Schreibmaschinenschrift verfasst. Die erste Seite ist mit einem Stempel mit dem Datum 09. November 1947 versehen. Mutmaßlich hat Gerhard Schmidt an diesem Datum den Fragebogen ausgefüllt. Dem Fragebogen liegt ein weiterer einzelner Papierbogen bei. Dieser ist etwas kleiner als DIN A4 und ebenfalls

---

<sup>17</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.1; Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.151.

<sup>18</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.82.

<sup>19</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62.

<sup>20</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.12: Personaleinstellungen; Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.15: Ärzte H-K; Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/ Nr. 17: Ärzte P-S; Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat/Nr. 18: Ärzte T-Z.

<sup>21</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 2.7 Entnazifizierungsausschuss/Hauptausschuss „unbetroffen“/Nr. 215: Gerhard Schmidt.

in Schreibmaschinenschrift und zweisprachig verfasst. Die Überschrift lautet „GERMAN De-nazification Committee/Deutscher Entnazifizierungsausschuß“. Hier wird Gerhard Schmidt offiziell als unbelastet und „vom Gesetz nicht betroffen“ eingestuft.<sup>22</sup> Ausgesellt wurde der Bescheid in Lübeck am 19.03.1948.

Die Lübecker Personalakte von Prof. Gerhard Schmidt umfasst nur sehr wenige Seiten: Ein Schreiben zur Ernennung zum Professor, ein Schreiben über die Gehaltsabrechnung bei Aufnahme in den Landesdienst nach Ernennung zum Professor sowie ein abgelehnter Beihilfeantrag nach Sanatoriumsaufenthalt.<sup>23</sup> Ein Lebenslauf oder detaillierte Berichte zu seiner Person lagen keine vor.

### **3.1.3 Hamburger Staatsarchiv**

Im Hamburger Staatsarchiv befindet sich eine 80-Seiten starke Personalakte zu Gerhard Schmidt, die die Jahre seiner Lehrtätigkeit als außerordentlicher Professor von 1949 bis 1965 umfasst. Darin befinden sich mehrere Abschriften und Kopien von Urkunden, darunter ein Lebenslauf, Geburtsurkunde, Approbationsurkunde, Dissertationsurkunde, Habilitationsurkunde, Gesundheitszeugnis und weitere Briefe und Stellungnahmen zu seinem Habilitationsverfahren.<sup>24</sup>

### **3.1.4 Gutachten zu Gerhard Schmidt von 2018**

Eine wichtige Quelle zur Überprüfung stellte ein über Gerhard Schmidt angefertigtes Gutachten von Sophia Friedel und Maren Richter dar<sup>25</sup>. Die Anfertigung erfolgte im Rahmen des Projektes „Demokratische Kultur und NS-Vergangenheit in Bayern“ am Münchener Institut für Zeitgeschichte.<sup>26</sup> Die Recherchen kamen zu dem Schluss, dass Gerhard Schmidt kein Anhänger des Nationalsozialistischen Regimes war und als praktizierender Arzt während des Nazi-Zeit höchstwahrscheinlich keine Verbrechen begangen hat.

---

<sup>22</sup> Ebd.

<sup>23</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 1972/167/2505/ POS-Personalakte/Prof. Schmidt, Gerhard aus 31.05.1965.

<sup>24</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt.

<sup>25</sup> Sophie Friedl und Maren Richter, "Gutachterliche Stellungnahmen zu Prof. Dr. Gerhard Schmidt (1904-1991) und Dr. Maria Weber" (München - Berlin, 2018).

<sup>26</sup> Siehe hierzu Projektbeschreibung: <https://www.ifz-muenchen.de/forschung/ea/forschung/demokratische-kultur-und-ns-vergangenheit-politik-personal-praegungen-in-bayern-1945-1975?type=98> / Tag des letzten Zugriffs: 13.06.2025

## 3.2 Zur Rekonstruktion der Alltagspraxis und Abteilungsgeschichte

Da hier nur eine einzelne Einrichtung untersucht und in ihrer historischen Spezifik *dicht beschrieben* werden soll, handelt es sich um eine mikrohistorische Studie, welche die überlieferten Quellen als Sedimente einer vergangenen Praxis auffasst.<sup>27</sup> Methodisch wurde eine systematische retrospektive Aktenanalyse zugrunde gelegt. Die Rekonstruktion der Alltagsgeschichte barg besondere Schwierigkeiten, weil die vorliegende Arbeit auf heterogenes und teils sehr lückenhaftes Material zurückgreifen musste. Sie bezieht sich auf eine noch nicht lange zurückliegende Phase der Psychiatriegeschichte, deshalb war auch der Datenschutz bei diesem Projekt besonders wichtig.<sup>28</sup>

Für eine qualitative Analyse der Patientenakten wurde mittels der Stichprobe eine Datenbank mit folgenden Kategorien gebildet: Aufnahme, Entlassung, Stationszuordnung und Klasse der Station, Beruf, Diagnose, durchgeführte Diagnostiken, Medikamentengaben, durchgeführte Therapien und Einwilligungserklärungen, Zieleinrichtung bei Verlegung. Zudem wurde darauf geachtet, ob es Ego-Dokumente oder Hinweise auf mögliche Gewalt- und Missbrauchsvorkommnisse gab. Parallel wurden Exzerpte aus den vorliegenden Quellen angefertigt, die die Alltagspraxis beschrieben.

Mithilfe der „*dichten Beschreibung*“ von Clifford Geertz wurde versucht, die Abläufe und die Alltagspraxis auf Basis der Patientenakten zu rekonstruieren. Clifford Geertz gilt als einer der führenden Anthropologen des 20. Jahrhunderts.<sup>29</sup> Seine Methode der „*dichten Beschreibung*“ fand ihren Weg in viele Nachbardisziplinen der Sozial- und Geisteswissenschaften. Die Methode der „*dichten Beschreibung*“ zielt auf eine detaillierte Beschreibung vorliegender Beobachtungen intersozialer Aktionen und Strukturen ab, die im Verlauf nach Durchlaufen der Ebenen des Beschreibens,

---

<sup>27</sup> Die Methode der „*dichten Beschreibung*“ geht auf den Kulturwissenschaftler Clifford Geertz zurück, vgl. Geertz, a.a.O., FN 15, S. 3-32.

<sup>28</sup> Zur Wahrung des Datenschutzes erfolgte die Auswertung der Patientenakten grundsätzlich pseudonymisiert. Dazu wurde bei den Recherchen an den Patientenakten an der Quelle pseudonymisiert: Es wurde für jede Patientenakte eine Signatur nach folgendem Muster erstellt: Aufnahmejahr, schematische Buchstabenkombination aus Vor- und Nachname (jeweils 2. Buchstabe), Geburtsjahr. Die Arbeit folgte den Maßgaben des Landesarchivgesetzes Schleswig-Holstein bzw. dem datenschutzrechtlichen Vorgehen, das für die vom Land beauftragten Forschungsvorhaben mit dem Landesarchiv und dem Datenschutz abgestimmt wurde. Die Recherchen in weiteren Archiven unterliegen den jeweiligen archivrechtlichen Auflagen (z. B. für Schutzfristenverkürzungen).

<sup>29</sup> Volker Gottowik, „Zwischen dichter und dünner Beschreibung: Clifford Geertz' Beitrag zur Writing Culture-Debatte“, in *Kulturwissenschaften – Konzepte, Theorien, Autoren*, hg. von Iris Därmann und Christoph Jamme (München: Wilhelm Fink Verlag, 2007), S. 119–142, [https://doi.org/10.30965/9783846744987\\_008](https://doi.org/10.30965/9783846744987_008).

Verstehens und schlussendlichem Deuten zu einer komplexeren Darstellung gelangen. Im konkreten Fall dieser Arbeit konnte anhand der „*dichten Beschreibung*“ der Patientenakten ein genaueres Bild gezeichnet werden. Dennoch sei hier betont, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit nur um eine Annäherung an die damalige Alltagspraxis handeln kann.

### 3.3 Quellenkritik

#### **Patientenakten**

Die Patientenakte als Quelle ist in den letzten zwei Jahrzehnten vermehrt als Untersuchungsgegenstand historischer Arbeiten in den Fokus gerückt.<sup>30</sup> Bereits Anfang der 1990er Jahre beschäftigten sich Risse und Warner mit dem möglichen Potential, anhand von Patientenakten näher an den klinischen Alltag zu kommen, sie warnten aber auch vor zu hohen Erwartungen.<sup>31</sup> Dagegen plädierte Joachim Radka 1997 dafür, Patientenakten zu bewahren, da sie lebendige Lebenszeugnisse seien und weit mehr als „*lediglich Zeugnisse für den Therapiebetrieb*“.<sup>32</sup> Sie geben Aufschluss über die Biografien, Lebensumstände, Diagnosebildungen, alltägliche Organisationsstrukturen, gesellschaftliche Wertesysteme und die Sicht auf den Patienten. In glücklichen Fällen kann anhand von Ego-Dokumenten die Sicht von den

---

<sup>30</sup> Thomas Beddies und Andrea Dörries, *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960* (Husum: Matthiesen, 1999); Cornelius Borck und Armin Schäfer, „Das psychiatrische Aufschreibesystem“, in: *Das psychiatrische Aufschreibesystem – Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie*, hg. von Cornelius Borck und Armin Schäfer (Paderborn: Wilhelm Fink, 2015); Heike Karge, „Patientenakten aus dem Ersten Weltkrieg als Quelle Historischer Forschung in Südosteuropa“ *Themenportal Europäische Geschichte* (2016), S. 1–11, siehe online unter <https://www.europa.clio-online.de/essay/id/fdae-1695/> Tag des letzten Zugriffs: 11.07.2025; Marietta Meier, „Ordnungsversuche und Grenzziehungen: Krankenakten in der Psychiatrie“, in: *Was Akten bewirken können, Integrations- und Ausschlussprozesse eines Verwaltungsvorgangs*, hg. von Walter Leimgruber und Claudia Kaufmann (Zürich, 2008); Michaela Ralser, Tagungsbericht: „Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. Methodisches Vorgehen am Einzelfall“, in: *H-Soz-Kult* (2007) <https://www.hsozkult.de/conferencereport/id/fdkn-120265/> Tag des letzten Zugriffs: 12.07.2024; Philipp Osten, *Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen*, hg. von Philipp Osten, *Medizin, Gesellschaft und Geschichte – Beiheft 35* (Stuttgart: Franz Steiner, 2010); Viola Balz, „3. Die Erprobung von Megaphen an der Universitätsklinik Heidelberg – Quellenkritische Überlegungen und erste Ergebnisse“, in: *Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka* (Bielefeld: transcript Verlag, 2014), S. 155–186, <https://doi.org/https://doi.org/10.14361/transcript.9783839414521.155>; Maximilian Schochow und Florian Steger, „Die Patientenakten der geschlossenen venerologischen Einrichtungen Leipzig-Thonberg (1946-1990)“, *Medizinhistorisches Journal* 53 (2018), S. 98–124; Martin Dinges und Michael Wischnath, „Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten“, *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 21 (1998), S. 49–59, <https://doi.org/10.1002/bewi.19980210111>.

<sup>31</sup> Guenter B. Risse und John Harley Warner, „Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history“, *Social History of Medicine* 5, (1992), S. 183–205, <https://doi.org/10.1093/shm/5.2.183>.

<sup>32</sup> Joachim Radkau, „Zum historischen Quellenwert von Patientenakten“, in: *Akten betreuter Personen als archivalische Aufgabe*, hg. von Bernd Hey und Dietrich Meyer (Neustadt an der Aisch: Degener & Co, 1997).

Patienten selbst erfasst werden. Um es mit Marietta Meiers Worten zu sagen, sind Patientenakten ein „*Spiegel und Bahnbrecher*“ der Vielfalt gesellschaftlicher Ordnung“.<sup>33</sup> Dennoch stellt die Bearbeitung von Krankenakten eine Herausforderung dar. Thomas Beddies konstatierte: „*Problematisch ist zweifellos die häufig kaum durchschaubare Gemengelage von Schein und Sein in diesen Unterlagen.*“<sup>34</sup> Die Angaben können kaum verifiziert werden, oft sind vor allem die handschriftlichen Notizen in den Akten unlesbar. Bestandteile der Akte können fehlen, ohne dass dies dem Forschenden auffällt. Zudem gibt es selten komplett erhaltene Archivbestände. All dies kann zu Fehlinterpretationen führen. Zudem können die Patientenakten nur das zeigen, was vom Personal als dokumentationswürdig erachtet wurde. Was wiederum Aufschluss darüber gibt, was nicht als dokumentationswürdig erschien.

Die Lübecker Patientenakten, die für diese Arbeit herangezogen wurden, stammen aus einem komplett erhaltenen Archivbestand. Die Patientenakten des Krankenhaus Ost stechen dadurch heraus, dass die Anamnesen sehr ausführlich und die direkte Rede der Patienten dokumentiert wurde. So kommt man vermeintlich an die „originale Stimme“ der Patienten (vgl. Kap. 5.1.5). Allerdings ist auch hier zu bedenken, dass vorher eine schriftliche Selektion des Dokumentierten durch das Personal stattgefunden hat. Nicht dokumentierte Äußerungen oder Geschehnisse bleiben verborgen. Dies gilt auch für möglichen Missbrauch oder Gewalt gegenüber den Patienten.

Dieser ungewöhnlichen Ausführlichkeit stand die Handschriftlichkeit dieser Abschriften gegenüber, sodass sich das Problem der schlechten Lesbarkeit auch hier im vollen Umfang zeigte. Neben den Anamnesen waren vor allem die Einträge in den Kurven oftmals unleserlich und darüber hinaus nicht vollständig dokumentiert. Dies betraf insbesondere die Medikamentengaben, die lückenhaft, unleserlich oder nur mit Kürzeln notiert wurden. Manchmal befanden sich Briefe oder Dokumente von anderen Patienten fälschlicherweise in den Akten.

### **Limitationen dieser Arbeit sowie mögliche weiterführende Forschung**

Die vorliegende Arbeit kann aufgrund der wenigen verfügbaren Ego-Dokumente nicht als klassische „*history from below*“ betrachtet werden.<sup>35</sup> Die als Hauptquelle genutzten

---

<sup>33</sup> Meier, a.a.O., FN 30, S. 73.

<sup>34</sup> Thomas Beddies, „Zur Methodologie der wissenschaftlichen Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten“, in: *Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“ Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung* (Tübingen, 2002).

<sup>35</sup> Porter, a.a.O., FN 11.

Patientenakten wurden *über* und nicht von den Patienten selbst angelegt. Allerdings boten die Akten plastische Patientenfälle und ermöglichten somit eine Darstellung des damaligen Alltags „von außen“, betrachtet durch die Brille des Personals. Selbstverständlich sind aber auch hier die Möglichkeiten begrenzt, allgemeine Schlüsse auf die Alltagspraxis zu ziehen.

Auch über Prof. Gerhard Schmidt lagen nur wenige, wenn auch aussagekräftige Egodokumente vor, sodass auch hier oftmals von außen betrachtet auf seine Motivationen und Überzeugungen geschlossen werden musste. Einen erweiterten Blick auf die Sicht der Patienten, des Personals oder der Angehörigen würde eine qualitative Interviewstudie ermöglichen. Aus ressourcentechnischen Gründen wurde hier jedoch bewusst davon abgesehen.

Das heutige psychiatrische Angebot in Lübeck ist sehr vielfältig und umfasst stationäre sowie ambulante Strukturen. Die Entwicklung der Sozialpsychiatrie ist bei Dilling anfänglich beschrieben<sup>36</sup> Wie genau sich die weitere Entwicklung nach der Psychiatrie-Enquête bis in die heutige Zeit vollzog und ob sich die geforderten Reformen nach 1975 in Lübeck niederschlugen oder nicht, wären mögliche Themen und Anknüpfungspunkte für weitere Forschungsprojekte.

### 3.4 Forschungsstand

Die Psychiatriegeschichte gehört im Vergleich zu anderen Zweigen der Medizin zu den historisch gut untersuchten Bereichen.<sup>37</sup> Dabei hat die Forschung vor allem die NS-Zeit und die sogenannte „Euthanasie“ intensiv untersucht.<sup>38</sup> Demgegenüber erfährt die Psychiatriegeschichte nach 1945 erst in jüngster Zeit vermehrte Aufmerksamkeit.<sup>39</sup>

---

<sup>36</sup> Horst Dilling et al., „Lehrstuhl und Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Lübeck 1979-1983“ (Lübeck, 1984).

<sup>37</sup> Dirk Blasius, *Einfache Seelenstörung – Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945* (Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1994); Burkhard Brückner, *Geschichte der Psychiatrie – Basiswissen* (Köln: Psychiatrie Verlag, 2010); Cornelia Brink, *Grenzen der Anstalt Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980* (Göttingen: Wallstein Verlag, 2010).

<sup>38</sup> Michael Wunder et al., *Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr – Die Alsterdorfer Anstalten im Nationalsozialismus*, 3. Auflage (Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2016); Hans-Walter Schmuhl, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1890-1945. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, 75*, 2. Auflage (Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 1992); Michael Burleigh, *Tod und Erlösung: Euthanasie in Deutschland 1900-1945* (Zürich: Pendo, 2002); Kristina Hübener et al., *Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit* (Berlin: Bebra Verlag, 2002); Götz Aly, *Die Belasteten. ‚Euthanasie‘ 1939–1945. Eine Gesellschaftsgeschichte* (Frankfurt am Main: S. Fischer, 2013).

<sup>39</sup> Caspar Kulenkampff, „Erkenntnisinteresse und Pragmatismus – Erinnerungen an die Zeit von 1945 bis 1970“, in: *Sozialpsychiatrie vor der Enquête*, hg. von Ulrike Hoffmann-Richter et al. (Bonn: Psychiatrie Verlag, 1997); Franz-Werner Kersting, Abschied von der „totalen Institution“?, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 44 (2004), S. 267-292; Brink, a.a.O., FN 37, S. 370-371; Stefanie Coché, *Psychiatrie*

Franz Werner Kersting zeigt in seinem Sammelband, welche gesellschaftlichen Entwicklungen die Psychiatriereform in den 1960er Jahren bedingten und formten.<sup>40</sup> Schmuhl und Kersting gehören mit ihrem Werk „*Quellen zur Anstaltspsychiatrie in Westfalen*“ zu den ersten, die den Zeitraum über 1945 hinaus bis ins Jahr 1955 beschreiben. Sie zeigen, wie nach dem Zweiten Weltkrieg eine starke Verdrängungskultur zu einer jahrelangen Fortschreibung der desolaten psychiatrischen Versorgungsstrukturen führen konnte.<sup>41</sup> Als Konsens gilt nach wie vor, dass sich die Lage der Psychiatrien nach den menschenverachtenden Zuständen der NS-Zeit nur langsam verbesserte. Die Infrastruktur war kriegsbedingt desolat und die Versorgung der Patienten für mehrere Jahre nach Kriegsende schlecht.

Faulstich hält eindrücklich fest, dass viele Patienten an Hunger und Vernachlässigung starben.<sup>42</sup> Obwohl durch die „Euthanasie“ flächendeckend psychiatrische Patienten ermordet und die Anstalten geräumt wurden, erreichten die Aufnahmezahlen nach dem Krieg und in den 1950er Jahren Höchststände. Erschwerend kam ein massiver Personalmangel hinzu. Überfüllung und eine inadäquate medizinische Versorgung begünstigten gewalttätige und sexuelle Übergriffe von Seiten des Personals wie auch von den Mitpatienten. Cornelia Brink zeigt auf, dass psychiatrische Patienten in der Gesetzgebung kaum Berücksichtigung fanden und es bei der Umsetzung der Gesetze in den psychiatrischen Anstalten somit zu einem nahezu rechtsfreien Raum kam und die beschriebenen Missstände kaum geahndet wurden.<sup>43</sup> Personelle Kontinuität bei der Pflege und in der Ärzteschaft mit nationalsozialistischer Vergangenheit verhinderten bzw. erschwerten einen strukturellen Wandel, wie Beyer am Beispiel von niedersächsischen Psychiatrien eindrücklich nachzeichnen konnte.<sup>44</sup> Eine frühe

---

*und Gesellschaft – Psychiatrische Einweisungspraxis im „Dritten Reich“, in der DDR und der Bundesrepublik 1941-1963*, (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co, 2017) S. 13-16.; Frank Sparing, *Zwischen Verwahrung und Therapie - Psychiatrische Unterbringung und Behandlung im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland von 1945-1970* (Berlin: Metropol Verlag, 2018); Hans-Walter Schmuhl und Ulrike Winkler, *Aufbrüche und Umbrüche – Lebensbedingungen und Lebenslagen behinderter Menschen in den v. Bodelschingschen Anstalten von Bethel von den 1960er bis zu den 1980er Jahren* (Bielefeld: Verlag für Regionalgeschichte, 2018). Gerda Engelbracht, *Von der Nervenklinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost-Bremer Psychiatriegeschichte 1945-1977* (Bremen: Edition Timmen, 2004); Cornelius Borck und Gabriele Lingelbach Hrsg., *Zwischen Beharrung, Kritik und Reform – Psychiatrische Anstalten und Heime für Menschen mit Behinderung in der deutschen Nachkriegsgeschichte*, (Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2023).

<sup>40</sup> Franz-Werner Kersting, *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre* (Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2003).

<sup>41</sup> Franz-Werner Kersting und Hans-Walter Schmuhl, *Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. Bd. 2: 1914-1955.*, hg. von Hans-Walter Schmuhl (Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2004).

<sup>42</sup> Faulstich, a.a.O., FN 2; Küster, a.a.O., FN 2; Kersting und Schmuhl, a.a.O., FN 2.

<sup>43</sup> Brink, a.a.O. FN 37.

<sup>44</sup> Christof Beyer, „Personelle Kontinuitäten in der Psychiatrie Niedersachsens nach 1945 – Abschlussbericht“ (Hannover, 2018).

zeitgenössische Aufklärung der Euthanasieverbrechen gelang kaum und wurde oftmals bereits im Keim erstickt, wie Kersting in seinem Aufsatz „Abschied von der ‚totalen Institution‘?“ herausarbeitete.<sup>45</sup>

Auch die Einführung von Psychopharmaka, die 1952 mitten in die Nachkriegszeit fiel, ist ein weiterer Schwerpunkt der Nachkriegspsychiatrieforschung. Hier sind die Arbeiten von Viola Balz maßgeblich.<sup>46</sup> In der Geschichtsschreibung seien Psychopharmaka zunächst als medikamentöse Revolution beschrieben worden, die den klinischen Alltag komplett veränderten. Die Möglichkeit ambulanter Behandlungen und die verkürzte Liegedauer wurden auf die Psychopharmaka zurückgeführt.<sup>47</sup> Es gab aber auch Stimmen, die dieser Annahme kritisch gegenüber standen und eine zunehmende Sparpolitik für die verkürzte Liegedauer verantwortlich machten und auf höhere Zahlen von Wiederaufnahmen pro Patient verwiesen.<sup>48</sup> Dieses Phänomen wurde als „Drehtür-Effekt“ bekannt.<sup>49</sup>

Viola Balz beschreibt des Weiteren, dass die Annahme, die Schockkuren würden durch die Psychopharmaka abgelöst, für die 1950er und 1960er keineswegs zutreffe.<sup>50</sup> Zudem führten die neuen Psychopharmaka zu neuen Formen von Misshandlung. Es wurden Sedierungen als Bestrafung eingesetzt oder Medikamentenversuche durchgeführt. Angestoßen durch Sylvia Wagners Publikation im Jahre 2016 erlebte vor allem die Aufarbeitung von Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren einen intensiven Diskurs.<sup>51</sup> Wagners Dissertation zu Medikamentenversuchen bei Kindern und Jugendlichen in der Nachkriegszeit erzeugte ein großes mediales Echo.<sup>52</sup> In der Folge gab es bundesweit

---

<sup>45</sup> Kersting, a.a.O., FN 39, S. 267–292.

<sup>46</sup> Viola Balz, „1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht. Die klinische Konstitution eines erfolgreichen Behandlungsfalls an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg“, in: *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts – Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan*, hg. von Nicholas Eschenbruch et al. (Bielefeld: transcript Verlag, 2009), S. 167–198; Viola Balz, *Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka – Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980* (Bielefeld: transcript Verlag, 2010), <https://doi.org/https://doi.org/10.14361/transcript.9783839414521.155>

<sup>47</sup> Hanfried Helmchen, „Zur Rolle der Psychopharmakotherapie in der Entwicklung der Sozialpsychiatrie“, *Nervenarzt* 89 (2018), S. 88–91.

<sup>48</sup> Sabine Hanrath, „Strukturkrise und Reformbeginn: die Anstaltspsychiatrie in der DDR und der Bundesrepublik bis zu den 60er Jahren“, in: *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform: die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre.*, hg. von Franz-Werner Kersting (Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2003), S. 31–61.

<sup>49</sup> Loren R. Mosher und David Feinsilver, „Special Report: Schizophrenia“ (Rockville, Maryland: U.S. Government Printing Office, 1971), S. 1.

<sup>50</sup> Balz (2010), a.a.O., FN 46, S. 81.

<sup>51</sup> Wagner, a.a.O., FN 5.

<sup>52</sup> Schmidt, A., a.a.O., FN 5; Kowaleski, a.a.O. FN 5; Schmidt-Langels, a.a.O., FN 5.

mehrere Auftragsforschungen, die von der Regierung in Auftrag gegeben wurden.<sup>53</sup> Für Schleswig-Holstein legten Beyer et al. wichtige Arbeiten vor.<sup>54</sup>

Auch die Geschichte der Psychiatrie in der DDR sowie der deutsch-deutsche Vergleich erfuhren zunehmend Aufmerksamkeit.<sup>55</sup> Steffen Dörre unternahm eine Aufarbeitung der Geschichte der psychiatrischen Fachgesellschaften in der BRD und DDR.<sup>56</sup> Die konserviert anmutenden Zustände seit dem Zweiten Weltkrieg erzeugten in der Öffentlichkeit der BRD zunehmend Aufsehen und Kritik – angeführt vom Psychiater Caspar Kuhlenkampff (1921-2002), der sich stark für eine bessere Behandlung und Versorgung von psychiatrischen Patienten einsetzte. 1975 wurde unter seinem Vorsitz schließlich mit der „Psychiatrie-Enquête“ ein Bericht zur Lage der deutschen Psychiatrien im Bundestag vorgelegt. Darin wurden weitreichende Reformen gefordert.

In der DDR hatte es bereits 1963 ein Treffen der federführenden Psychiater in Rodewisch gegeben, die in zehn Thesen, den sogenannten „*Rodewischer Thesen*“ sozialpsychiatrische Ansätze formulierten. In der Psychiatriegeschichte wird vor allem die Psychiatrie-Enquête als großer Bruch betrachtet und die Geschichtsschreibung entsprechend in ein „*davor*“ und „*danach*“ unterteilt. Mittlerweile lautet der wissenschaftliche Tenor allerdings, dass die große Reform ausblieb. Einen umfassenden Einblick hierzu bietet der von Cornelius Borck und Gabriele Lingelbach herausgegebener Sammelband.<sup>57</sup>

Zu Schleswig-Holsteins Nachkriegspsychiatrie gibt es verschiedene Arbeiten. Bettina Schubert befasste sich mit der Geschichte des Landeskrankenhauses Neustadt in der Nachkriegszeit.<sup>58</sup> Wie bereits erwähnt, legten Bayer et. al einen wichtigen Beitrag zum

---

<sup>53</sup> Hähner-Rombach und Hartig, a.a.O., FN 5; Heiner Fangerau et al., *Leid und Unrecht – Kinder und Jugendliche in Behindertenhilfe und Psychiatrie der BRD und DDR 1949-1990*, (Köln: Psychiatrie Verlag, 2021); Frank Sparing, *Medikamentenvergabe und Medikamentenerprobung an Kindern und Jugendlichen. Eine Untersuchung zu kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland 1953 bis 1975* (Berlin: Metropol Verlag, 2020), Siehe online hierzu Pressemitteilung der Landesregierung Nordrhein-Westfalen: <https://www.land.nrw/pressemitteilung/nordrhein-westfalen-laesst-missbraeuchlichen-medikamenteneinsatz-bei-kindern-und> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025

<sup>54</sup> Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1; Beyer<sup>b</sup> et.al, a.a.O., FN 6.

<sup>55</sup> Hanrath, a.a.O., FN 2; Ekkehardt Kumbier und Holger Steinberg, Hrsg., *Psychiatrie in der DDR – Beiträge zur Geschichte* (Berlin: be.bra.wissenschaft verlag GmbH, 2018); Claudia Abu Zahra, „Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der DDR am Beispiel der Hauptstadt Ostberlin. Auswirkungen der Psychiatriereform der 1960er Jahre“, Med. Diss., Berlin, 2015; Lena Hennings, „Die Entstehungsgeschichte der Rodewischer Thesen im Kontext von Psychiatrie, Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin der DDR“ Med. Diss., Lübeck, 2015.

<sup>56</sup> Steffen Dörre, *Zwischen NS-„Euthanasie“ und Reformaufbruch – Die psychiatrischen Fachgesellschaften im geteilten Deutschland* (Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2021).

<sup>57</sup> Borck und Lingelbach, a.a.O., FN 39.

<sup>58</sup> Schubert, a.a.O., FN 2.

Thema Medikamentenversuche und Medikamentenvergabe im Auftrage des schleswig-holsteinischen Sozialministeriums vor.<sup>59</sup> Eine vertiefende Untersuchung zum Thema „Leid und Unrecht“ vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie folgte im Anschluss. Hier standen vor allem die Aufarbeitung der Missbrauchserfahrungen sowie die damals bestehenden juristischen Umstände im Fokus. Von Kielmansegg konnte eindrücklich zeigen, dass die damaligen Einrichtungen weitgehend rechtsfreie Räume waren, in denen die Kinder und Jugendlichen dem Personal und älteren Patienten schutzlos ausgeliefert waren.<sup>60</sup>

Horst Dilling und Karl-Heinz Reger befassten sich mit der Versorgung von psychiatrischen Patienten in der Hansestadt Lübeck im 19. Jahrhundert.<sup>61</sup> Sonja Mählmann und Cornelius Borck untersuchten die schriftliche Kommunikation zwischen den Angehörigen und der Leitung der damaligen Heilanstalt Strecknitz.<sup>62</sup> Peter Delius arbeitete als erster die Euthanasieverbrechen der Heilanstalt Strecknitz auf.<sup>63</sup> Kathrin Schepermann und Dilling befassten sich 2005 mit der Lübecker Heilanstalt Strecknitz vor und während der NS-Zeit.<sup>64</sup> Dabei beleuchteten sie unter anderem die damaligen Behandlungsmethoden und Therapien. Zudem rekonstruierten sie anhand von Patientenakten einige Einzelschicksale vor und nach den Deportationen durch die Nationalsozialisten.

Lediglich zur Geschichte der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Lübeck liegt mit der Dissertation von Edith Hansen eine erste, fokussierte Studie vor. Sie bezieht sich auf deren Direktor Prof. Dr. Hubert Feiereis (1925-1998) und zielt damit auf einen späteren als den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Zeitraum ab.<sup>65</sup>

---

<sup>59</sup> Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1.

<sup>60</sup> Beyer<sup>b</sup> et.al, a.a.O., FN 6.

<sup>61</sup> Karl-Heinz Reger und Horst Dilling, *Geschichte der Psychiatrie in Lübeck: das 19. Jahrhundert* (Lübeck: Schmidt-Römhild, 1984).

<sup>62</sup> Sonja Mählmann und Cornelius Borck, „Briefflut und Papierstau. Angehörige als Adressaten und Akteure in der Anstaltskommunikation“, in: *Wahnsinnsgefüge der urbanen Moderne* (Weimar: Böhlau Verlag, 2018), S. 209–239.

<sup>63</sup> Peter Delius, *Das Ende von Strecknitz* (Lübeck: Neuer Malik-Verlag, 1988).

<sup>64</sup> Kathrin Schepermann und Horst Dilling, *Schicksale Psychiatrischer Patienten der Lübecker Heilanstalt Strecknitz im Dritten Reich* (Lübeck: Schmidt-Römhild, 2005).

<sup>65</sup> Edith Hansen, „Hubert Feiereis und die Geschichte der Psychosomatik in Lübeck“, Med. Diss., Lübeck, 2018.

## 4 Die Entwicklung der psychiatrischen Abteilung 1947-1973

Im Jahre 1912 errichtete die Hansestadt Lübeck neben dem bereits vorhandenen „Irrenhaus“ weit draußen vor der Stadt eine moderne Heilanstalt. 1942 wurde diese im Rahmen der „T4-Aktion“ von den Nazis geräumt. Es wurden 605 Patienten deportiert und ermordet.<sup>66</sup> Anschließend erfolgte die Umwandlung der Heilanstalt in ein städtisches Krankenhaus. Es verblieben nur zwei psychiatrische Aufnahmestationen, eine für Frauen und eine für Männer mit insgesamt 80 Betten. Diese bildeten den Ausgangspunkt für die seit 1942 existierende psychiatrische Abteilung innerhalb des städtischen Krankenhauses Ost. Die Einbettung in ein städtisches Krankenhaus war im Vergleich zu herkömmlichen psychiatrischen Einrichtungen in Schleswig-Holstein bis 1969 einzigartig. Es stand hier die Akutversorgung im Vordergrund. In den Jahren unmittelbar nach dem Krieg bedeutete die Einbettung in ein städtisches Krankenhaus für die psychiatrischen Patienten einen gewissen Schutz. Anders als in anderen Anstalten kam es in Lübeck nicht zu ausgeprägten Vernachlässigungen durch Hunger oder systematischen Missbrauch. Aber die Klinik hatte nicht nur eine besondere Struktur, sondern bekam 1947 mit Prof. Schmidt darüber hinaus einen liberal und humanistisch eingestellten Klinikdirektor, auf dessen Biografie im nächsten Abschnitt näher eingegangen wird.

Wie in den meisten Psychiatrien in Deutschland waren auch in Lübeck die Gebäude sanierungsbedürftig. Allerdings waren alle baulichen Modernisierungsversuche von Prof. Schmidt bis zum Ende seiner Karriere vergeblich.

1964 wurde das städtische Krankenhaus Ost in eine medizinische Hochschule umgewandelt. In der psychiatrischen Abteilung blieben bedeutende akademische Bestrebungen oder Forschung jedoch aus, denn dafür spielte sie neben den großen Landeskrankenhäusern und der Kieler Universitätsklinik wissenschaftlich eine zu unbedeutende Rolle.

---

<sup>66</sup> „T4-Aktion“: Bezeichnung für die Massenmorde an Menschen mit Behinderungen durch die Nationalsozialisten. Der Begriff leitete sich von der Leitzentrale ab, die sich in der Tiergartenstraße 4 in Berlin Mitte befand. Von dort aus wurden die Deportationen und Massenvernichtungen geplant.

#### 4.1 Vorgeschichte – Von der Heilanstalt Strecknitz zur psychiatrischen Abteilung (1912-1947)

Die Geschichte der psychiatrischen Abteilung des städtischen Krankenhauses in Lübeck begann 1912 mit der Eröffnung der Heilanstalt Strecknitz an der Ratzeburger Allee. Durch eine Straßenbahnlinie war die Heilanstalt gut angebunden und somit aus Lübeck gut zu erreichen. Die Heilanstalt Strecknitz war in der damaligen Zeit eine hochmoderne Einrichtung und ein Prestigeobjekt für die Stadt. Am 5. Oktober 1912 wurde medienwirksam zu einem Tag der offenen Tür eingeladen. Dass die Stadt sichtlich stolz auf die moderne Heilanstalt war, lässt sich in einem Kommentar im Generalanzeiger lesen:

*Wenn man an der Endstation der Linie Ratzeburger Allee den Straßenbahnwagen verlassen hat und auf der zu beiden Seiten von hohen, breitkronigen Bäumen eingefassten Verlängerung des eben befahrenen Weges an heckenumgebenen Nutz- und Ziergärten vorbeigegangen und bei der Wegebiegung angelangt ist, an der die Ratzeburger Allee aufhört, so zu heißen, sieht man durch das Blätterwerk der Bäume hindurch die roten Dächer eines umfangreichen Häuserkomplexes hindurchleuchten, und die freundlich-grünen Fensterläden der vorn stehenden Häuser muten wie ein sinnig-friedlicher Gruß von trauter Stätte aus an.<sup>67</sup>*

---

<sup>67</sup> Ausschnitt aus dem Lübecker General Anzeiger vom 05. Oktober 1912, siehe online unter: <https://www.uni-luebeck.de/50jahre/seite/artikel/einweihung-der-heilanstalt-strecknitz.html> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025.

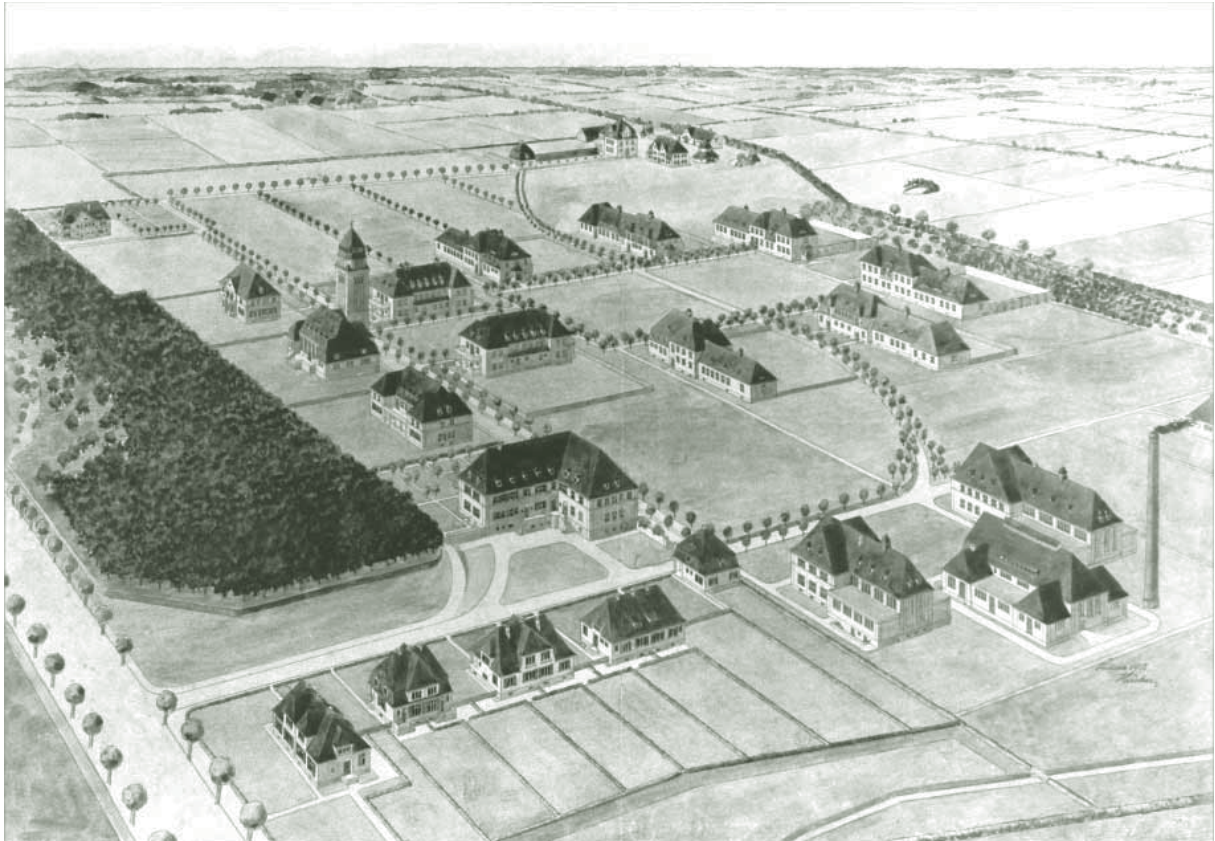


Abbildung 1: Zeichnung der im Pavillonstil erbauten Heilanstalt Strecknitz <sup>68</sup>

Die Gebäude in verschiedenen Größen waren im zu jener Zeit üblichen Pavillonstil auf einem insgesamt 46ha großen Gelände großzügig angeordnet (vgl. Abbildung 1).<sup>69</sup>

In jeweils fünf Gebäuden für Frauen bzw. für Männer konnten bis zu 300 Patienten versorgt werden. Zwischen den Gebäuden lagen weite Zonen mit Wiesen und Gärten, die zur Erholung und Bewirtschaftung dienten. Die Heilanstalt konnte sich zu großen Teilen selbst versorgen und verfügte über eine eigene Wäscherei, Stallungen mit Tieren sowie Flächen zum Acker- und Gemüseanbau. Im Sinne der Arbeitstherapie nach Hermann Simon wurden die Patienten zur Mitarbeit hinzugezogen.<sup>70</sup> Auch das Personal lebte in Dienstwohnungen auf dem Gelände.<sup>71</sup>

Während Anfang des 20. Jahrhunderts noch jener großzügige und weitläufige Pavillonstil modern war, rückte nach dem ersten Weltkrieg und der Wirtschaftskrise der Effizienzgedanke in den Vordergrund. Die Anstalten in Hamburg waren Ende der 1920er Jahre deutlich überfüllt und neues Bauland nicht in Sicht. Daher kam es zu

<sup>68</sup> Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, a.a.O., FN 16.

<sup>69</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck. Verwaltungsrat Nr. 130. Gutachten über die Krankenhäuser Ost/Süd zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus. 18.06.1957. S. 2.

<sup>70</sup> Peter Delius, „Das Ende von Strecknitz. Die Lübecker Heilanstalt Strecknitz und ihre Auflösung im Jahre 1941“ Med. Diss., Lübeck, 1987, S. 29f.

<sup>71</sup> Schepermann und Dilling, a.a.O., FN 64, S. 22.

einer Kooperation zwischen den beiden Städten Hamburg und Lübeck. Lübeck stellte unentgeltlich Bauland zur Verfügung und Hamburg finanzierte einen Neubau, in dem fortan 75% der Plätze für Patienten aus Hamburg reserviert sein sollten. Während Hamburg für die Kosten aufkommen würde, verpflichtete sich Lübeck, die Betreuung der Hamburger Patienten sicherzustellen.<sup>72</sup> 1928 wurde mit dem Bau der „Hamburger Häuser“ begonnen. Die dreigeschossigen Klinkerbauten waren kompakt gebaut und konnten in nur zwei Gebäuden bis zu 400 Patienten aufnehmen (vgl. Abbildung 2).<sup>73</sup>

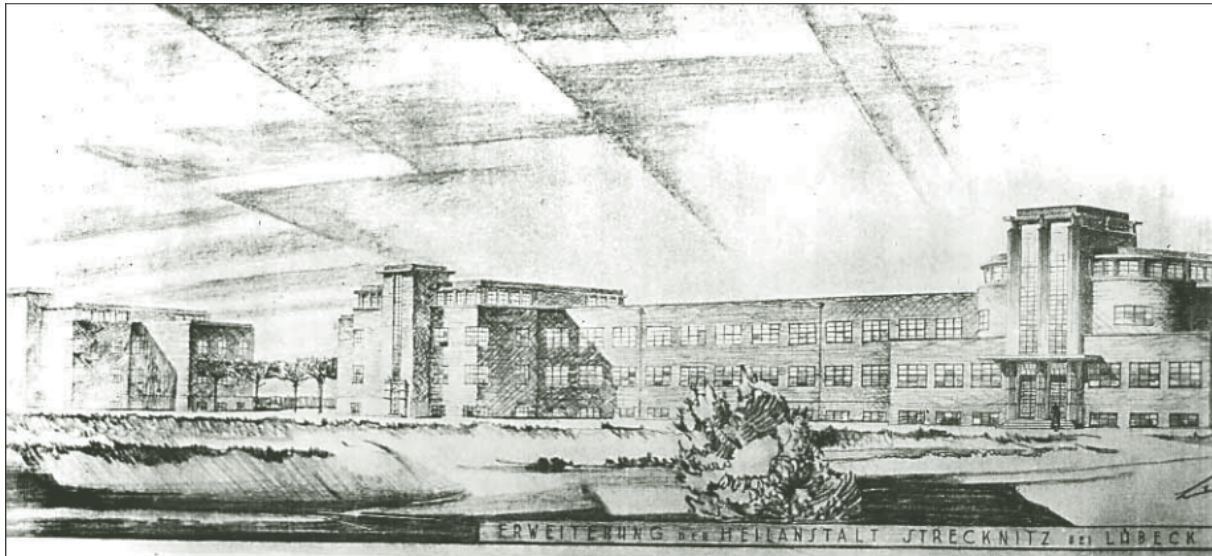


Abbildung 2: Entwurf für die „Hamburger Häuser“ aus dem Jahre 1927<sup>74</sup>

Nicht nur architektonisch begann ein neues Kapitel. Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten verschärften sich die rassenidiologischen Vorstellungen „unwerten Lebens“. Und auch beim Personal der Lübecker Heilanstalt verfielen sie. So hielt der Assistenzarzt Dr. Grubel, der in der Lübecker Anstalt tätig war, 1933 im Naturwissenschaftlichen Verein einen Vortrag über *„Die erbbiologischen Grundlagen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“*. Er sprach sich darin stark für das Sterilisationsgesetz von psychisch erkrankten Menschen aus und endete seinen Vortrag mit dem Satz: *“Der Vortrag sollte [...] zeigen, dass das Gesetz wissenschaftlich gut begründet und als erste dringend notwendige Maßnahme der ausmerzenden Eugenik vorbildlich gefasst ist.”*<sup>75</sup>

Der damalige Klinikdirektor Dr. Johannes Enge war als Gutachter bei Sterilisationsverfahren tätig und teilte in Bezug auf die Psychiatrie viele Ansichten der

<sup>72</sup> Ebd. S. 23.

<sup>73</sup> Ebd. S169.

<sup>74</sup> Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, a.a.O., FN16.

<sup>75</sup> Cornelius Borck, „Stagnation oder Neuanfang Medikamentenversuche und die Frage nach Kontinuitäten in der Psychiatrie vor und nach 1945 – Vortrag Ochsenzoller Nachmittag“ (Hamburg, 2022).

Nationalsozialisten.<sup>76</sup> Ob es auch in Lübeck zu Zwangssterilisationen kam, konnte nicht nachvollzogen werden. Hier steht weiterführende Forschung noch aus. Bereits Anfang 1940 wurden zwei Stockwerke der Hamburger Häuser geräumt, um als Reservelazarett zu dienen. Eine erste Deportation von insgesamt 20 jüdischen Patienten fand im September 1940 statt.<sup>77</sup> Zu dieser Zeit lief die „T4-Aktion“ der Nationalsozialisten bereits, die zentral organisiert psychiatrische Patienten gezielt ermorden ließ. Vorallem der Münsteraner Bischof Clemens von Galen kritisierte die Krankenmorde der Nationalsozialisten öffentlich<sup>78</sup>, die Lübecker Märtyrer vervielfältigten seine Schriften und stellten sich ebenfalls gegen das Regime<sup>79</sup>. Auf öffentlichen Druck wurde die offizielle „T4-Aktion“ daraufhin doch wieder gestoppt. In Lübeck wurde am 23.09.1941 im Rahmen der nun „*wilden Euthanasie*“ innerhalb eines einzigen Tages nahezu die gesamte Heilanstalt geräumt.<sup>80</sup> Dass die Lübecker Patienten nicht schon früher im Rahmen der T4-Aktion deportiert und ermordet wurden, lag „*lediglich am Zeitplan der T4-Zentrale*“, da die „*Einbeziehung der norddeutschen Anstalten in die Aktion [...] erst für einen späteren Zeitraum geplant*“ gewesen war.<sup>81</sup> Insgesamt wurden aber dennoch 605 Patienten mit Bussen abgeholt und dann in Zügen in die hessischen Anstalten Weilmünster, Eichberg, Herborn und Scheuern gebracht und dort ermordet.<sup>82</sup> Der damalige Direktor in Lübeck, Prof. Enge, sorgte dafür, dass die Aufnahmestationen im Haus 5 und 6 bestehen blieben und somit immerhin 80 Patienten nicht deportiert wurden. Diese 80 verbliebenen Patienten bildeten die Grundlage für die Entstehung der psychiatrischen Abteilung, die später in das städtische Krankenhaus Ost integriert wurde. Die restlichen „freigewordenen“ Gebäude wurden zunächst ebenfalls als Reservelazarett genutzt und mit Patienten aus Hamburg belegt. 1942 wurde das Lazarett schließlich in das „*städtische*

---

<sup>76</sup> Schepermann und Dilling, a.a.O., FN 64, S. 25.

<sup>77</sup> Ebd.

<sup>78</sup> Predigt des Münsteraner Bischofs Clemens von Galen gegen die Krankenmorde der Nationalsozialisten, siehe online unter: <https://www.luebeckermaartyrer.de/de/geschichte/predigten-von-galens/predigt-3.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.06.2025

<sup>79</sup> Aufgrund ihres Widerstandes wurden die Lübecker Märtyrer am 10. November 1943 in Hamburg hingerichtet. Geschichte der Lübecker Märtyrer, siehe online unter: <https://www.luebeckermaartyrer.de/de/index.html> / Tag des letzten Zugriffs: 23.06.2025

<sup>80</sup> „Wilde Euthanasie“: Nachdem die T4-Aktion zu Widerstand in der Bevölkerung führte, widerrief Hitler im August 1941 offiziell seinen Befehl zur Durchführung des „Euthanasie“-Programms. Allerdings wurden die Krankenmorde dezentral weitergeführt. Schätzungen zufolge wurden ca. 200.000 Menschen im Zuge des „Euthanasie“-Programms umgebracht. Siehe hierzu Schlebach, Andreas, „Euthanasie“-Programm: Die „Rassenhygiene“ der Nationalsozialisten“, NDR, 29.01.2024, siehe online unter: <https://www.ndr.de/geschichte/chronologie/Euthanasie-Programm-Die-Rassenhygiene-der-Nationalsozialisten,euthanasie100.html> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025.

<sup>81</sup> Schepermann und Dilling, a.a.O., FN 64, S. 25.

<sup>82</sup> Faulstich, a.a.O., FN 2, S. 446, Delius, a.a.O. FN 70, S. 89.

*Krankenhaus Ost*“ umgewandelt und dem „städtischen Krankenhaus Süd“ zugeordnet. Diese Situation bestand nach Kriegsende zunächst fort, und ein Institut für Pathologie sowie eine Bakteriologie zogen in weitere vorhandene Gebäude ein. Auch Dienstwohnungen und Wirtschaftsgebäude wurden weiterhin als solche genutzt.<sup>83</sup> Aus Platzgründen wurden 1942 zudem acht „*Baracken*“ hochgezogen, die eigentlich als Provisorium dienen sollten, aber erhalten blieben. Später wurden sie als verschiedene Stationen und als Schwesternunterkünfte genutzt.<sup>84</sup> Die psychiatrische Abteilung verblieb in den Häusern 5 und 6 und bezog zusätzlich eine der „*Baracken*“. 1947 setzte die britische Militärregierung Dr. med. Gerhard Schmidt als Direktor der psychiatrischen Abteilung ein.

---

<sup>83</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/ Verwaltungsrat Nr.130: Lagepläne Krankenhäuser Ost/Süd. o. J.

<sup>84</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/ Verwaltungsrat Nr. 130: Gutachten über die Krankenhäuser Ost/Süd zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus, 18.06.1957, S. 2; Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.62: Brief von Prof. Schmidt an Verwaltungsrat der Medizinischen Akademie Lübeck, 26.09.1968.

## 4.2 Prof. Dr. Gerhard Schmidt – Leben und Wirken (1904-1991)



Abbildung 3: Prof. Gerhard Schmidt, Foto: Angelika Bardehle<sup>85</sup>

Prof. Dr. Gerhard Schmidt wurde 1904 in Nörenberg in Pommern geboren und absolvierte 1924 in Stettin sein Abitur. Direkt im Anschluss studierte er zunächst ein Jahr Philologie und dann Medizin in Tübingen, Düsseldorf, Würzburg und Berlin. Er promovierte und erlangte 1931 seine Approbation. Seine berufliche Karriere war anfangs von vielen Wechseln geprägt.<sup>86</sup>

Bis zur Machtübernahme der Nationalsozialisten, so gab Schmidt an, sei er Mitglied in der Kommunistischen Partei Deutschlands (KPD) gewesen. Deshalb musste er

---

<sup>85</sup> Bernhard Lohr, „Späte Ehre für einen Aufklärer“, *Süddeutsche Zeitung*, 24.04.2023.

<sup>86</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 2.7 Entnazifizierungsausschuss/ Hauptausschuss „unbetroffen“/Nr. 215: Gerhard Schmidt.

aufgrund von „*Schwierigkeiten u. Bedrohungen weg[en] polit[ischer] Überzeugung[en]*“ laut eigenen Angaben seine erste Anstellung als Assistent in Berlin aufgeben.<sup>87</sup> Er zog nach Kiel und stieß dort ebenfalls auf Widerstand. Aufgrund des „*Nichteintritts in [die] SA oder SS bzw. [nationalsozialistische] Partei*“ wurde er von seinen Mitassistenten isoliert und seine Arbeiten boykottiert. Die Information, dass Gerhard Schmidt kein Mitglied der NSDAP gewesen ist, scheint glaubhaft, da Kurt Schneider in einem späteren Empfehlungsschreiben einmal schrieb, Schmidt sei „*aus völlig freiem Entschluss und eigener Überzeugung in nichts drin [...]*“ gewesen.<sup>88</sup>

Die Stelle in Kiel verlor Schmidt schließlich ebenfalls und ging dann in die gerichtliche Medizin in Greifswald. Aber auch diese Stelle verließ er 1935 nach kurzer Zeit erneut aus „*eigenem Entschluss wegen politische[n] Druck[s]*“.<sup>89</sup> Es folgten zwei weitere kurze Stationen in Berlin im pathologischen Institut sowie erneut in der gerichtlichen Medizin. 1937 schließlich nahm er eine Stelle in der weltweit führenden Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser-Wilhelm-Institut, DFA) in München an.<sup>90</sup> Dies ist bemerkenswert, da sich bis zu diesem Zeitpunkt keine bedeutende wissenschaftliche Karriere abzeichnete. Der DFA angegliedert war die ebenfalls international renommierte psychiatrischen Klinik im städtischen Krankenhaus Schwabing, in der er einer ärztlichen Tätigkeit nachging. Er arbeitete dort unter dem damals bereits international renommierten Psychiater und Klinikdirektor Kurt Schneider, den er zwei Jahre lang als stellvertretender Oberarzt auch vertrat, als dieser ab 1939 bei der Wehrmacht tätig war.<sup>91</sup> Kurt Schneider war zuvor als „Gutachter am Erbgesundheitsgericht München-Land“ tätig gewesen.<sup>92</sup> Eine mögliche Beteiligung Schmidts an erlassenen Zwangssterilisationen ist laut Friedl bisher nicht erforscht.<sup>93</sup>

---

<sup>87</sup> Die Validität dieser und weiterer Informationen im Folgenden konnte bei den Recherchen zur vorliegenden Arbeit aufgrund des spärlichen Quellenmaterials aus dieser Zeit nicht abschließend überprüft werden, sie basieren allein auf den Angaben Schmidts selbst in seiner Entnazifizierungsakte. Siehe hierzu: Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 2.7 Entnazifizierungsausschuss/Hauptausschuss „unbetroffen“/Nr. 215/Gerhard Schmidt

<sup>88</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Brief von Prof. Kurt Schneider an Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg über die Eignung Gerhard Schmidt als Professor 01.03.1950.

<sup>89</sup> Ebd.

<sup>90</sup> Dilling, a.a.O., FN 8.

<sup>91</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Brief von Prof. Kurt Schneider an Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg über die Eignung Gerhard Schmidt als Professor 01.03.1950.

<sup>92</sup> Friedl und Richter, a.a.O., FN 25, S.2.; Sign.: Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 2.7 Entnazifizierungsausschuss/Hauptausschuss „unbetroffen“/Nr. 215/Gerhard Schmidt.

<sup>93</sup> Friedl und Richter, a.a.O., FN 25, S. 2.

Die DFA stand zu diesem Zeitpunkt unter der Leitung von Ernst Rüdin. Dieser war starker Befürworter der nationalsozialistischen „Eugenik“ und spielte in der eugenischen Bewegung sowohl national als auch international eine führende Rolle. Rüdin war früh an der Entwicklung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ beteiligt und forschte an Gehirnen von ermordeten behinderten Kindern.<sup>94</sup> Ob Schmidt im Rahmen seiner Tätigkeit an der DFA in diese Forschungen involviert war, ist nicht mehr nachzuvollziehen. Laut des Gutachtens wird er jedoch als unbelastet angesehen.<sup>95</sup>

Während Schmidts Zeit an der DFA entstanden mehrere Arbeiten, die vor allem einen forensischen Schwerpunkt wie Suizide oder Kleptomanie hatten. Einige Arbeiten wurden im medizinischen Fachjournal „*Nervenarzt*“ publiziert.<sup>96</sup>

Ein weiterer Hinweis darauf, dass er dem Naziregime eher ablehnend gegenüberstand, ist die Tatsache, dass er die jüdischen Ärztin Magdalena Schwarz versteckt haben soll. Er soll sie als Patientin in seiner geschlossenen Abteilung untergebracht und so zunächst vor der Deportation bewahrt haben. 1945 wurde sie dann aber doch abgeholt und für einige Monate ins Konzentrationslager Theresienstadt gebracht, allerdings hat sie dies überlebt.<sup>97</sup> Zu keinem Zeitpunkt wurde Schmidt an die Front eingezogen. Nach eigenen Angaben wurden sein Angebot, als „Volkssturmarzt“ in den Krieg zu ziehen, abgelehnt.<sup>98</sup>

Nach Ende des Krieges setzte die amerikanische Militärregierung Schmidt 1945 als kommissarischen Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Eglfing/Haar ein. Sie erhoffte sich von ihm Mithilfe bei der Aufklärung der Naziverbrechen.<sup>99</sup>

Bei seiner Ankunft in der Anstalt in Eglfing/Haar fand Schmidt katastrophale Zustände vor. In den sogenannten „Hungerhäusern“ befanden sich abgemagerte und apathische Patienten.<sup>100</sup> Die Haltung des Personals, den psychiatrischen Patienten selbst nach

---

<sup>94</sup> Michael von Cranach, „Ernst Rüdin (17.04.1874 St. Gallen – 22.10.1952 München) und die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie“, *nsdoku.lexikon*, NS-Dokumentationszentrum München (2025), Siehe online unter: <https://www.nsdoku.de/lexikon/artikel/ruedin-ernstdeutsche-forschungsanstalt-fuer-psychiatrie-194> / Tag des letzten Zugriffs: 18.03.2025.

<sup>95</sup> Friedl und Richter, a.a.O., FN 25.

<sup>96</sup> Gerhard Schmidt, „Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen“, *Nervenarzt*, (1938), S. 353–358.

<sup>97</sup> Friedl und Richter, a.a.O., FN 25, S. 2; o.V., „Ausstellung zum Gedenken an verfolgte jüdische Ärzte eröffnet“, *Deutsches Ärzteblatt*, 15.05. 2023, siehe online unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/ausstellung-zum-gedenken-an-verfolgte-juedische-aerzte-eroeffnet-91cba856-f675-4cbd-87a0-239d3104bdbc/> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025.

<sup>98</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 2.7 Entnazifizierungsausschuss/Hauptausschuss „unbetroffen“/Nr. 215: Gerhard Schmidt.

<sup>99</sup> Klaus Dörner, „Nationalsozialismus und Lebensvernichtung“, *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte* 15, (1967), S. 121–152, S. 122; Friedl und Richter, a.a.O., FN 25.

<sup>100</sup> Schmidt, a.a.O., FN 9, S. 91.

Ende des Krieges nur reduzierte Nahrung zukommen zu lassen, hielt sich hartnäckig. Schmidt ging dagegen vor, indem er, wie sein Sohn berichtete, die Essensausgabe auf einer Krankenstation teils mit vorgehaltenen Maschinengewehren erzwang.<sup>101</sup> Seine Assistenzärzte beauftragte er, die Patienten nach ihren Erlebnissen zu befragen. Ärzte, die direkt mit den Morden in Verbindung gebracht werden konnten, entließ er. Bereits am 20. November, also vier Monate nach seiner Ankunft, berichtete er in einem Beitrag „Heilanstalt zu Hitlers Zeit und heute“ im Bayrischen Rundfunk über die Tötungen in der psychiatrischen Anstalt.<sup>102</sup> Das Skript zur Tonbandaufnahme dazu verschwand auf nicht geklärte Art und Weise.<sup>103</sup> Seine Aufklärungsbestrebungen erzeugten Unmut bei der Belegschaft und den politisch Verantwortlichen und Vorgesetzten. Das Personal machte ihm die Arbeit schwer, enthielt ihm Informationen vor und verweigerte die Zusammenarbeit. Zudem lehnte es seine liberale Haltung außerehelichen Beziehungen und Homosexuellen gegenüber ab.<sup>104</sup> Erschwerend kam hinzu, dass er anscheinend unterschätzte, wie wichtig ein ausreichender persönlicher Kontakt zum Personal war.<sup>105</sup> Mehrere Kräfte arbeiteten daran, Schmidt aus seinem Amt zu drängen. Allen voran versuchte Anton von Braunmühl (1901-1957), der in Eglfing/Haar als Oberarzt tätig war, wieder zurückzukommen. Er war vor Schmidts Ankunft für einen Monat als kommissarischer Direktor eingesetzt worden und wollte nun Klinikdirektor werden. Von Braunmühl war während des Nationalsozialismus ein glühender Verfechter der Insulin- und Elektroschockbehandlung gewesen.<sup>106</sup> Er war nachweislich an den Euthanasie-Verbrechen beteiligt.<sup>107</sup> Schmidt stellte er als inkompetent und unfähig dar, und fand in der Gesundheitsbehörde mehrere Unterstützer. Die amerikanische Militärregierung hatte mittlerweile die Kontrolle über die Gesundheitsbehörde abgegeben, so dass Schmidt im August 1946 abberufen und stattdessen Braunmühl als Direktor eingesetzt wurde.<sup>108</sup> Bis zu seinem Tode 1957 blieb Anton von Braunmühl in dieser Position und wurde über seinen Tod hinaus als

---

<sup>101</sup> Bernhard Lohr „Die Euthanasie-Verbrechen von Haar“, *Süddeutsche Zeitung*, 14.04.2017.

<sup>102</sup> Schmidt, a.a.O., FN 9, S. 119.

<sup>103</sup> Bernhard, a.a.O., FN 101.

<sup>104</sup> Friedl und Richter, a.a.O., FN 25, S. 6.

<sup>105</sup> Ebd.; Sabine Brosch, „Späte Rehabilitation: kbo [Kliniken des Bezirks Oberbayern] benennt Platz nach Aufklärer von Nazi-Verbrechen“, *Münchener Merkur*, 03.06.2023, siehe online unter <https://www.merkur.de/lokales/muenchen-lk/haar-ort104496/haar-klinik-kbo-benennt-platz-nach-aufklaerer-von-nazi-verbrechen-92318864.html> / Tag des letzten Zugriffs: 12.07.2025.

<sup>106</sup> Anton von Braunmühl, *Die Insulinschockbehandlung der Schizophrenie (unter Berücksichtigung des Cardiazolkampfes)* (Berlin: Julius Springer, 1938).

<sup>107</sup> Bernhard Lohr, „Schmerzliche Suche nach der Wahrheit“, *Süddeutsche Zeitung*, 18.04.2017, siehe online unter: <https://www.sueddeutsche.de/muenchen/dachau/vergangenheit-schmerzliche-suche-nach-der-wahrheit-1.3468302> / Tag des letzten Zugriffs 09.12.2023.

<sup>108</sup> Lohr, a.a.O.; FN 101.

herausragender Mediziner und Menschenfreund dargestellt. Der Gemeinderat von Eglfing/Haar beschloss 1976 gar, eine Straße auf dem Klinikgelände nach ihm zu benennen.<sup>109</sup> Nachdem jüngere Recherchen seine Beteiligung an den Krankenmorden sowie seine aktiven Versuche, eine Aufklärung zu verhindern, aufgedeckt hatten, wurde die Straße 2019 um- und nach dem jüdischen Arzt Max Isserlin benannt.<sup>110</sup>

Die Abberufung von der Leitung der Anstalt in Eglfing/Haar 1946 empfand Schmidt laut Aussagen seines Sohnes Stephan Schmidt als persönliche Kränkung. Die *„Erlebnisse hätten [G. Schmidt] verletzt und die über Jahrzehnte dauernde Verleugnung der Verbrechen enttäuscht“*.<sup>111</sup> Noch im selben Jahr sagte Schmidt als Zeuge bei den Nürnberger Prozessen aus und prangerte die Vorgehensweisen bei den durchgeführten Krankenmorden in der Klinik Eglfing/Haar an.<sup>112</sup> Von einer systematischen Tötung psychiatrischer Patienten habe er bereits 1939 erfahren.<sup>113</sup>

Schmidt fasste seine gesammelten Erkenntnisse über die Euthanasie-Verbrechen der Nazis in dem Buch *„Selektion in der Heilanstalt 1939-1945“* zusammen<sup>114</sup>. Obwohl seine Niederschrift zunächst verschwand, konnte Prof. Schmidt den Text rekonstruieren. Er beschrieb eindrücklich, wie Eglfing/Haar als größte von insgesamt acht bayrischen psychiatrischen Anstalten als Sammel- und Durchgangsort diente. Systematisch seien Erwachsene und Kinder ermordet worden. In den sogenannten „Hungerhäusern“ habe man die Patienten bewusst verhungern lassen. Kinder seien durch Medikamente umgebracht worden. Auf Vergasungen habe man nur aus *„Rücksicht auf die Nähe der Großstadt [München]“* verzichtet.<sup>115</sup>

Die Publikation seines Werkes gelang aufgrund der brisanten Thematik erst 1965.<sup>116</sup> Das Geleitwort zu seinem Buch schrieb damals Karl Jaspers.<sup>117</sup> Schmidt hatte also neben Kurt Schneider weitere Kontakte in der Elite der deutschen Psychiatrieszene. 1947 ging Schmidt nach Lübeck und übernahm die Leitung einer kleinen und zu diesem Zeitpunkt unbedeutenden psychiatrischen Abteilung. Er verblieb dort bis zu

---

<sup>109</sup> Lohr, a.a.O., FN 107.

<sup>110</sup> Straßenumbenennung in Haar, siehe online unter: <https://kbo-iak.de/ueberuns/erinnerungskultur/umbenennung-der-von-braunmuehl-strasse-2019> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025; Brosch, a.a.O., FN 107, Lohr, a.a.O., FN 105.

<sup>111</sup> Brosch, a.a.O., FN 107.

<sup>112</sup> Gerhard Schmidt, „Schmidt Testimony on the Euthanasia Program“, *Virginia Holocaust Museum*, 1946., siehe online unter: <https://www.vaholocaust.org/wp-content/uploads/2024/03/SchmidtTestimony.pdf> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025.

<sup>113</sup> Ebd.

<sup>114</sup> Schmidt, a.a.O., FN 9.

<sup>115</sup> Schmidt, a.a.O., FN 9, S. 111

<sup>116</sup> Gerhard Schmidt, „Das unerwünschte Buch“, in: *Selektion in der Heilanstalt*, hg. von Frank Schneider, 5. Auflage (Berlin Heidelberg: Springer Verlag, 2012), S. 117–126.

<sup>117</sup> Schmidt, a.a.O., FN 9.

seiner Emeritierung 1973 nahezu 30 Jahre. Der Schritt verwundert, da er eigentlich schon damals, am Ende des Kriegs, die Voraussetzungen erfüllte, um an bedeutende Häuser zu gehen und seine wissenschaftliche Karriere voranzutreiben.

Seine systemkritische Haltung während des Nationalsozialismus hatte aber auch auf seine universitäre Karriere Auswirkungen. Bereits 1944 habilitierte sich Schmidt an der Medizinischen Fakultät der Universität München mit der Schrift *„Zur Psychopathologie des Halbschlafs“*.<sup>118</sup> Eine Dozentur wurde ihm aber verweigert.<sup>119</sup> Laut Schmidt wurde die Dozentur aufgrund *„polit[ischer] Unzuverlässigkeit“* abgelehnt.<sup>120</sup> Drei Jahre später, 1947, bemühte sich Schmidt um eine Professur in Hamburg. Er versuchte erneut, mit seinem Manuskript *„Selektion in der Heilanstalt 1937-1945“* eine Lehrbefugnis, die sogenannte *„Venia legendi“*, zu erhalten.<sup>121</sup> Das Manuskript verschwand jedoch aus unerfindlichen Gründen und verzögerte seine Habilitation um weitere zwei Jahre.<sup>122</sup> Schmidt vermutete eine absichtliche Unterschlagung des Manuskriptes, um einer *„vermeintlichen Nestbeschmutzung vorzubeugen“*.<sup>123</sup> 1949 erhielt Schmidt schließlich zwar eine Lehrbefugnis in Hamburg für das Fach Psychiatrie und Neurologie, aber noch keine offizielle Professur.<sup>124</sup> Damit einhergehend wurde von der Medizinischen Fakultät Hamburg in München ein Antrag gestellt, Schmidts Lehrbefugnis auf das Jahr der verliehenen Habilitation zurückzudatieren.<sup>125</sup> Der Dekan der Medizinischen Fakultät München verweigerte die Rückdatierung, da *„sich die Ablehnung der Dozentur auf die Beurteilung der wissenschaftlichen Leistungen, die als nicht ausreichend betrachtet wurden, begründet[e]“*.<sup>126</sup> Der Dekan der Medizinischen Fakultät in Hamburg hielt dagegen, indem er an die Hamburger Schulbehörde schrieb, *„daß es sich bei der Verweigerung der Dozentur am 05.05.44 um ein politisches Urteil gehandelt hat, das verdient, heute revidiert zu werden.“*<sup>127</sup> Außerdem nahm er Kontakt mit dem Heidelberger Professor Kurt Schneider auf, der ihm mitteilte, dass *„Herr*

---

<sup>118</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Abschrift Habilitationsurkunde vom 05.05.1944.

<sup>119</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt.

<sup>120</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 2.7 Entnazifizierungsausschuss/Hauptausschuss „unbetroffen“/Nr. 215: Gerhard Schmidt

<sup>121</sup> Schmidt, a.a.O., FN 116.

<sup>122</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Schreiben von Regierungsdirektor der Hochschulabteilung Dr. v. Heppe vom 06.07.1950.

<sup>123</sup> Schmidt, a.a.O., FN 116.

<sup>124</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Schreiben des Rektors der Universität Hamburg an Schulbehörde vom 22.07.1949.

<sup>125</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt.

<sup>126</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Schreiben des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität München 22.12.1949.

<sup>127</sup> Ebd.

*Schmidt in politischer Hinsicht nicht beliebt war*“. Die wissenschaftlichen Leistungen Schmidts seien laut Kurt Schneider jedoch schon damals „*sehr hoch*“ gewesen (s. hierzu Anhang Abbildung 14-16). Das Schreiben von Prof. Kurt Schneider lag auch dem Münchener Dekan vor. Dennoch wurde die Rückdatierung der Lehrbefugnis zunächst weiterhin verweigert.<sup>128</sup> In den folgenden Jahren sprachen sich die Professoren aus den Universitätskliniken Hamburg Eppendorf, Göttingen und Köln in angefertigten Gutachten für die Ernennung Schmidts zum Professor aus.<sup>129</sup> Auf Grundlage dieser Gutachten erfolgte schließlich am 04.07.1952 die Ernennung Schmidts zum außerplanmäßigen Professor.<sup>130</sup>

Als Schmidt 1947 seine neue Stelle als Klinikdirektor in Lübeck antrat, sah er sich mit den Folgen des Krieges konfrontiert. Unter schwierigsten Bedingungen versuchte er, den medizinischen Betrieb teils ohne Oberärzte aufrechtzuerhalten. Manfred in der Beeck, der sich 1957 in seinem Buch „*Praktische Psychiatrie*“ ebenfalls kritisch über die Euthanasie-Verbrechen äußerte, war 1947 für ein Jahr Volontärarzt unter Schmidt und erinnerte sich an die Zeit folgendermaßen: „*[Als Chef kam er] immer auf den Grund oder an die Spitze, er hat uns den psychopathologischen ‚Biß‘ eingetrommelt – leicht war es nicht; es blieb eindrücklich.*“<sup>131</sup> Der spätere Klinikdirektor Horst Dilling beschrieb ihn als „*stringent und direkt zum Kern [durchdringend], auch wenn er sich dabei manchmal kompromißlos zeigte*“.<sup>132</sup> Sein Behandlungsschwerpunkt lag laut Dilling dabei auf der Psychiatrie, weniger auf der Neurologie.<sup>133</sup>

Ob sich sein Führungsstil im Vergleich zu Eglfing/Haar in Lübeck änderte, konnte nicht genau nachgezeichnet werden. Ein Grund hierfür liegt in der Quellengattung der Patientenakten. Das Personal bzw. Interaktionen zwischen dem Personal wurden hier nur spärlichen erwähnt. Zumindest schrieb der Stationsarzt Dr. Bruno Lustig in einer Stellungnahme aus dem Jahre 1950 von einer „*morgendlichen Chefarztkonferenz*“.<sup>134</sup> Somit hat aller Wahrscheinlichkeit nach ein regelmäßiger Kontakt zwischen Schmidt und den übrigen Ärzten stattgefunden. Weitere einzelne Beispiele in den untersuchten

---

<sup>128</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Schreiben des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität München 28.04.1950.

<sup>129</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Schreiben von Prof. Dr. G. Ewald, Direktor der Univ. Nervenlinik Göttingen 18.04.1952, Schreiben von Prof. Dr. W. Scheid, Direktor der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Köln 19.04.1952.

<sup>130</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Ernennung zum außerplanmäßigem Professor 04.07.1952.

<sup>131</sup> Manfred in der Beeck, "Marginalien zur Psychiatrie – Farewell-Matinee" (Schleswig, 1988), S. 81.

<sup>132</sup> Dilling, a.a.O., FN 8.

<sup>133</sup> Ebd.

<sup>134</sup> HPA: Signatur 50UO/RO0517: Stellungnahme eines Stationsarztes vom 10.01.1950.

Patientenakten vermittelten den Eindruck, dass Schmidt versuchte, sich korrekt und wahrheitsgemäß zu verhalten. So sollte er beispielsweise dem Amtsgericht gegenüber zum gesundheitlichen Zustand eines Oberarztes Stellung nehmen. Dort beschrieb er, dass ihm ein auffälliges (depressives) Verhalten aufgefallen sei, er deckte es nicht. Zudem stellte er, wie schon in Eglfing/Haar, das Patientenwohl über das Wohl des Personals. Er äußerte sich beispielweise kritisch über einen Pfleger, der mutmaßlich einen Patienten geschlagen haben sollte: *„Herr E. bestreitet jeden Übergriff [...]. Da Herr E. im Lauf der Jahre schon zweimal in Verdacht geraten ist, daß er sich Übergriffe zu Schulden kommen läßt, müssen die ohnehin erdrückenden Zeugenaussagen besonders ernst genommen werden.“*<sup>135</sup> Eine juristische Konsequenz hatte der Vorfall für den Pfleger nicht, Prof. Schmidt bot ihm aber eine Versetzung aus freien Stücken an und versuchte so eine diplomatische Lösung zu finden.

Vereinzelt versuchte Prof. Schmidt weiterhin gegen das Leugnen und Verschweigen der Euthanasieverbrechen anzugehen. Ein eindrückliches Beispiel beschrieb Schmidt in seinem Aufsatz *„Das unerwünschte Buch“*, welchen er im Rahmen seiner Rede 1986 zur Verleihung der Wilhelm-Griesinger-Medaille verfasste. Er erzählte wie er 1961 mit einem Beitrag im Hamburger Ärzteblatt auf das Urteil eines lokalen Ärzteprozesses reagierte.<sup>136</sup> Er kritisierte, dass die Hamburger Gesundheitsbehörde und die Ärztekammer Hamburg *„keine Möglichkeit und auch keine Veranlassung“* sah, gegen Ärzte die an Kindestötungen in Rothenburgsort teilgenommen haben, *„behördliche oder berufgerichtliche Maßnahmen einzuleiten“*.<sup>137</sup> Besonders erschrocken zeigte er sich über die Haltung, die hinter der Erklärung stand. Er verwies auf eine Erklärung des Landgerichts und die *„unbelehrbare Gesinnung“*. Dort stehe:

*...daß die Frage der Verkürzung lebensunwerten Lebens zwar ein höchst umstrittenes Problem, daß ihre Durchführung aber keineswegs eine Maßnahme genannt werden kann, welche dem allgemeinen Sittengesetz widerstreitet.*<sup>138</sup>

Schmidt veröffentlichte im selben Ärzteblatt eine Antwort auf diese Erklärung. Er zitierte hierfür eine *„Grundsatzentscheidung des 1. Strafsenats des Bundesgerichtshofs vom 06.12.1960“*. Danach verstöße

---

<sup>135</sup> HPA: Archivordner „Personalangelegenheiten“ Aktenvermerk von Prof. Schmidt vom 19.07.1973.

<sup>136</sup> Schmidt, a.a.O., FN 116.

<sup>137</sup> Ebd.

<sup>138</sup> Ebd.

*die Tötung von Menschen ohne die förmliche Grundlage eines Gesetzes, für das die öffentliche Verkündung wesenseigen ist und auch in der nationalsozialistischen Zeit weseneigen blieb, ganz allein so eindeutig gegen die allen Kulturnationen eigenen rechtsstaatlichen Grundsätze [...] daß sich schon hieraus die Rechtswidrigkeit der nationalsozialistischen Maßnahme zur Tötung von Geisteskranken für jeden Einsichtigen ergab.*

Sein „*Hamburger Intermezzo*“, wie er es nannte, blieb nicht ohne Konsequenzen. Der Lübecker Senator für das Gesundheitswesen zitierte Prof. Schmidt zu sich und erteilte ihm einen Verweis, da er „ohne Genehmigung zum Verfahren einer benachbarten Behörde“ Stellung genommen hatte. Schmidt konterte indes, dass der Verweis „rechtlich ein Verstoß gegen die im Grundsatz garantierte Meinungs- und Pressefreiheit“ darstellte.<sup>139</sup>

In diesem Beispiel wird zum einen die Brisanz des Themas deutlich, da sich mit dem Lübecker Senator augenblicklich eine politische Instanz einschaltete und eine ausgeprägte Hörigkeit den behördlichen Institutionen gegenüber einforderte. Anscheinend fürchtete er ungewollte Aufmerksamkeit und eine Involvierung der Stadt Lübeck in dieses unangenehme Thema. Zum anderen zeigt sich Schmidts hohes Maß an Zivilcourage, weil er sich in seiner Doppelfunktion als Arzt und Bürger gegen ein Gerichtsurteil stellte. Ob er neben dem andauernden Versuch, sein Buch über die Euthanasieverbrechen zu veröffentlichen, anderweitig versuchte auf die Krankenmorde aufmerksam zu machen, konnte in den Recherchen für diese Arbeit nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Allerdings flog er im Mai 1962 für einen Gastvortrag in die Vereinigten Staaten von Amerika an die Psychiatrische Klinik Columbus in Ohio. Sein Vortrag stand unter dem Titel: „*Wege der deutschen Psychiatrie*“.<sup>140</sup> Weitere Hinweise über den konkreten Inhalt konnten nicht gefunden werden. Somit muss die Frage unbeantwortet bleiben, ob er dort offen über die Krankenmorde während des Nationalsozialismus gesprochen hat. Allerdings ist es bemerkenswert, dass ein Chefarzt einer damals wissenschaftlich unbedeutenden kleinen psychiatrischen Abteilung eigens für einen Vortrag nach Ohio eingeladen wurde.

---

<sup>139</sup> Ebd.

<sup>140</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Mitteilung über Gastvortrag in den Vereinigten Staaten von Amerika im Mai 1962.

In den 1960er Jahren entstand parallel zum gesellschaftlichen Wandel allgemein auch die so genannten Sozialpsychiatrie, der Prof. Schmidt positiv gegenüberstand. Das lässt sich anhand des Quellenmaterials von Ende der 1960er und Anfang der 1970er nachzeichnen. Folgendes Beispiel illustriert Schmidts Haltung sehr anschaulich:

Der Lübecker Diplom-Kaufmann Dr. Horst W. Murmann war 1972 aufgrund von Veruntreuung in Millionenhöhe festgenommen worden. Zur Begutachtung seines Geisteszustandes durch Prof. Schmidt befand er sich aufgrund von Gerichtsbeschlüssen in der geschlossenen Abteilung der psychiatrischen Abteilung in Lübeck. Am 20. Januar 1973 war Murmann mit der Hilfe von Dritten ausgebrochen und hatte sich ins Ausland abgesetzt.<sup>141</sup>

Zwar waren in der psychiatrischen Anstalt regelmäßig Straftäter untergebracht, laut Prof. Schmidt jedoch immer nur eine Person zur Zeit.<sup>142</sup> Nach dem oben beschriebenen Vorfall äußerte der involvierte Oberstaatsanwalt Bedenken über „die Sicherungseinrichtung dieser Abteilung“. Die Staatsanwaltschaft bekräftigte allerdings, auf die „geschlossene Abteilung“ der Medizinische Akademie Lübeck (MAL) „nicht verzichten“ zu können und bat Prof. Schmidt um eine Überprüfung.<sup>143</sup> Prof. Schmidt sah seine Abteilung jedoch nur für die Untersuchung oder Begutachtungen zuständig, nicht aber für die Sicherung der Straftäter. Als im Verlauf das psychiatrische Pflegepersonal als Vollzugsbeamte eingesetzt werden sollten, schrieb Prof. Schmidt an das Innenministerium und legte dar, dass er dieses Vorhaben ablehnte:

*Bei der Gelegenheit, neue Pflegepersonen zu benennen, die als Vollzugsbeamte in Betracht kommen, sehe ich mich veranlaßt, alte, bisher unausgesprochene Bedenken gegen die Anwendbarkeit des Landungsverwaltungsgesetzes (1967) in der hiesigen Klinik zur Sprache zu bringen. Aus der progressiven Entwicklung der Klinik ergeben sich*

---

<sup>141</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.62: Brief von Oberstaatsanwalt an Senator Steinbrecher am 21.02.1973; o.V., „Bett in der Klinik“, *Spiegel*, 28.01.1973, siehe online unter <https://www.spiegel.de/wirtschaft/bett-in-der-klinik-a-4ea5884c-0002-0001-0000-000042713663> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025; o. V., „Schweizer Garde“ *Spiegel*, 24.06.1973, siehe online unter: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/schweizer-garde-a-2fe15688-0002-0001-0000-000042602457?context=issue> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025.

<sup>142</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.62: Brief von Prof. Schmidt an das Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein vom 08.02.1973.

<sup>143</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Gutachten der psychiatrischen und Neurologischen Klinik, 11.12.1968, Brief von Oberstaatsanwalt an Senator Steinbrecher am 21.02.1973.

*grundsätzlich zwei Einwände gegen die Geltung des Gesetzten im hiesigen Bereich.<sup>144</sup>*

Das genannte Landungsverwaltungsgesetz in Schleswig-Holstein behandelt Fragen der öffentlichen Gefahrenabwehr sowie die Gewahrsamnahme von Personen.<sup>145</sup> Laut Schmidts Schreiben wollte das Innenministerium dieses Gesetz nun anwenden, um zu rechtfertigen, dass das Pflegepersonal bei Strafgefangenen in der Funktion von Vollzugsbeamten auftreten sollte.

Er brachte zwei Einwände vor:

*1.) Der Durchgangskarakter der Klinik, einer psychiatrischen und neurologischen Klinik. Bei gleicher Bettenzahl (105) ist die Anzahl der Aufnahmen von Jahr zu Jahr gestiegen (im letzten Jahr auf 2162 Zugänge), so daß die Aufenthaltsdauer 1972 im Schnitt 18,7 Tage betrug. Daraus geht hervor, daß hier keine Möglichkeit zur Verwahrung gegeben ist. [...] Von Strafgefangenen, die nach § 81 StPO beobachtet und begutachtet werden, nehmen wir in der Regel nicht mehr als einen Gefangenen auf. Die Anwendung unmittelbaren Zwangs ist daher bei uns nur ausnahmsweise erforderlich, etwa bei bewußtseinsgestörten, unruhigen Patienten, die ziellos hinausdrängen oder planlos aggressiv werden. Begütigender Zuspruch und Beruhigungsspritze, äußersten Falls kurzes Festhalten bis die Spritze wirkt, sind die im Grunde ärztlichen Mittel unseres Zwangs.*

Die in der Literatur beschriebene Entwicklung einer aufkommenden „Drehtürpsychiatrie“ findet sich hier auch in Schmidts Angaben wieder (vgl. Kap. 3.4). Den Terminus „Durchgangskarakter“ nutzte er, um aufzuzeigen, dass eine längere Verwahrung eines Strafgefangenen nicht zum Konzept der Klinik passte und vor allem die Anwendung von körperlicher Gewalt oder Sedierung nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommen sollten.

Der zweite angeführte Einwand beschreibt noch eindrücklicher, weshalb das Einsetzen von Pflegern als Vollzugsbeamte für Schmidt konträr zu der gesellschaftlichen Entwicklung in Richtung einer Sozialpsychiatrie standen:

---

<sup>144</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.62: Brief von Prof. Schmidt an das Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein vom 08.02.1973.

<sup>145</sup> LVwG - §205 Fassung vom 02.06.1992.

*2.) Die therapeutische Ausrichtung der Pflegepersonen: Mit dem zunehmenden Einfluß psychotherapeutischer und sozialpsychiatrischer Bestrebungen ist die Bezeichnung „Vollzugsbeamter“ zur Ausübung unmittelbaren Zwangs an unserer Klinik in Mißkredit geraten. Schwestern und Pfleger können in einen inneren Konflikt kommen mit den ihnen vorschwebenden Aufgaben der Sozialpsychiatrie. Andererseits kann die offizielle Bestätigung als Vollzugsbeamter mit dem Recht der Ausübung unmittelbaren Zwangs in dem einen oder anderen Fall zu einer unärztlichen Haltung zum Nachteil der Patienten führen. Aus all den Gründen beantrage ich, von der Anwendung des Landesverwaltungsgesetzes im Fall meiner Klinik abzusehen [...].<sup>146</sup>*

Hier wird deutlich, dass Prof. Schmidt sich eindeutig zur Sozialpsychiatrie bekennt und diese als Konzept seiner Abteilung ansieht. Mit seinen Bemühungen, die Umfunktionierung der Pflege zu Vollzugsbeamten abzuwenden, versucht er diese neue und wie er es nennt „progressive“ Form der Psychiatrie zu verteidigen.

Dass sich Schmidt bewusst war, dass auch die Psychiatrie sich gesellschaftlichen Änderungen nicht entziehen könne, zeigte sich bereits 1968. Im Zuge von Sanierungsplänen betonte Schmidt, dass er sechs Betten von der geschlossenen auf die offene Station verschieben wollte, damit die Bettenverteilung 53:52 betrüge. Dies begründete er mit dem allgemeinen Zeitgeist, der eine Sozialpsychiatrie forderte: *„Die geplante Verschiebung entspricht einmal dem Trend der Zeit zur Unterbringung ohne Wachsaal und Schlüssel.“*<sup>147</sup> Personell fand sich 1967 in den Quellen erstmals der Nachweis über die Einstellung einer Diplom-Psychologin.<sup>148</sup> Ob bereits vorher Psychologen auf den Stationen arbeiteten, konnte dem Quellenmaterial nicht entnommen werden.

All dies sind Hinweise darauf, dass die innere Haltung Schmidts einer Sozialpsychiatrie offen gegenüberstand und diese unterstützte. Allerdings fanden sich keine Quellen, in denen er als Initiator der Sozialpsychiatrie auftrat oder sie von sich aus forderte.

Trotz der Umwandlung des städtischen Krankenhauses in eine medizinische Akademie und der Einführung eines Lehrstuhls für Psychiatrie und Neurologie ab 1965, konnten nur wenig bis keine universitären Bestrebungen der psychiatrischen

---

<sup>146</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.6: Schreiben vom Prof. Schmidt an den Senator vom 24.06.1968.

<sup>147</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.6: Schreiben vom Prof. Schmidt an den Senator vom 24.06.1968.

<sup>148</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.12: Personaleinstellungen vom 15.02.1967.

Abteilung nachgewiesen werden. Horst Dilling erwähnt in seinem Nachruf auf Schmidt mehrere Arbeiten und Forschungsinteressengebiete Schmidts, allerdings forschte Schmidt laut Dilling vornehmlich allein. Er gehörte laut Dilling „zu denen, die, wie viele Wissenschaftler früherer Generationen, im eigenen Studierzimmer bedeutende Arbeiten verfaßten, die aber nicht auf den Gedanken kamen, mit anderen gemeinsam eine Arbeit zu schreiben oder ein wissenschaftliches Team zu gründen“<sup>149</sup>. Die Forschungsschwerpunkte und Publikationen Schmidts befassten sich insbesondere mit dem Wahn und Suiziden.<sup>150</sup> Auch unter Prof. Dillings Leitung (1978-1999) war die Erforschung von Suiziden weiterhin einer von vier Forschungsschwerpunkten in Lübeck.<sup>151</sup> Die anderen Forschungsfelder behandelten forensische Themen wie Kleptomanie, Inzest, Kindstötung und Verbrechen in der Schlaftrunkenheit.<sup>152</sup>

1965 erhielt Prof. Schmidt nach langjähriger Dozententätigkeit an der Universität in Hamburg, schließlich den Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie in Lübeck, weshalb er seine außerplanmäßige Professur in Hamburg aufgab.<sup>153</sup> 1973 wurde er emeritiert, leitete aber zunächst die Klinik kommissarisch weiter. 1974 übernahm Prof. Gerd Huber die Leitung für die nächsten vier Jahre. Danach leitete Prof. Horst Dilling 21 lang Jahre die Klinik.

1985 – vierzig Jahre nach seinen Erlebnissen in Eglfing/Haar – veröffentlichte Schmidt im *Nervenarzt* den Aufsatz „Vom Rassenmythos zu Rassenwahn und Selektion“.<sup>154</sup> Von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie (DGPPN) erhielt Schmidt 1986 die erste Wilhelm-Giesinger-Medaille verliehen.<sup>155</sup> In seiner Festansprache berichtete er von den Schwierigkeiten, seine Berichte über die Krankenmorde zu veröffentlichen.<sup>156</sup> Vier Jahre später verstarb er in Pogeez bei Ratzeburg. Er war seit 1932 mit Elfriede Schmidt, geborene Schlicht, verheiratet

---

<sup>149</sup> Dilling, a.a.O., FN 8, S. 150f.

<sup>150</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten von 1931-1950, angefertigt von Schmidt; Dilling, a.a.O., FN 8; Gerhard Schmidt, „Die Krankheit zum Tode – Goethes Todesneurose“, *Forum der Psychiatrie* (1968); Schmidt, a.a.O., FN 96; Gerhard Schmidt, „Über den Selbstmord als Katastrophenreaktion (Selbstmordepidemie 1945)“, *Bibliotheca psychiatrica et neurologica* 137 (1968), S. 84–90.

<sup>151</sup> Dilling, a.a.O.; FN 36, S. 48-49.

<sup>152</sup> Dilling, a.a.O., FN 8; Gerhard Schmidt, „Die Verbrechen in der Schlaftrunkenheit“, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 176 (1943), S. 208–254.

<sup>153</sup> Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Schreiben von Prof. Schmidt an Rektor der Universität Hamburg vom 27.04.1965.

<sup>154</sup> Gerhard Schmidt, „Vom Rassenmythos zu Rassenwahn und Selektion“, *Der Nervenarzt* 54 (1985), S. 337–347.

<sup>155</sup> Preisträgerliste der Wilhelm-Griesinger-Medaille der DGPPN, sie online unter: <https://www.dgppn.de/preise/wilhelm-griesinger-medaille.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025.

<sup>156</sup> Schmidt, a.a.O., FN 116.

gewesen und hatte mit ihr zwei Söhne. Im Juli 2023 wurde in Eglfing/Haar der Gerhard-Schmidt-Platz eingeweiht und somit seine Aufklärungsarbeit vor Ort gewürdigt.<sup>157</sup>

### 4.3 Die psychiatrische Abteilung unter Gerhard Schmidt (1947-1964)

Unmittelbar nach Kriegsende herrschten in Deutschland Hunger, Not und Arbeitslosigkeit. Schätzungen zufolge gab es im Winter 1946/47 Hunderttausende Hunger- und Kältetote.<sup>158</sup> Einen flächendeckenden Wohnungsmangel gab es nicht nur wegen der Zerstörungen im Krieg und durch die Bombenangriffe während des Zweiten Weltkrieges, sondern auch aufgrund der großen Flüchtlingsströme. Seuchen wie Tuberkulose und Diphtherie breiteten sich aus.

Auch in Lübeck herrschten Hunger und allgemeine Not. Zudem musste Lübeck mit die Flüchtlingsströme aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten bewältigen. Fünf Jahre nach Ende des Kriegs waren zwei Drittel der Bevölkerung in Schleswig-Holstein Flüchtlinge.<sup>159</sup> Dies resultierte in der Errichtung mehrerer Flüchtlingslager (Blankensee, Pöppendorf), wo die Menschen auf engstem Raum leben mussten.<sup>160</sup>

Auch für die psychiatrische Versorgungslandschaft bedeutete dies desaströse Zustände. Die Hungerjahre betrafen die psychiatrischen Patienten besonders schwer, so dass von einem „Hungersterben“ von psychiatrischen Patienten die Rede ist.<sup>161</sup> Die baulichen Zustände der psychiatrischen Anstalten waren aufgrund von versäumten Sanierungen und den Zerstörungen während des zweiten Weltkrieges desolat. Nachdem durch die Krankenmorde die Patientenzahlen drastisch gesunken waren, schnellten in den 1950er Jahren, analog zur allgemeinen Entwicklung in der BRD, auch in Schleswig-Holstein die Aufnahmezahlen von psychiatrischen Patienten wieder in die Höhe.<sup>162</sup> Personalmangel und Überbelegungen begünstigten Gewalt im

---

<sup>157</sup> Bernhard Lohr, „Der unerwünschte Aufklärer – NS Euthanasie“, *Süddeutsche Zeitung*, 30.06.2023; Brosch, a.a.O., FN 5.

<sup>158</sup> Alexander Häusser und Gordian Maugg, *Hungerwinter: Deutschlands humanitäre Katastrophe 1946/47* (Berlin: Propyläen-Verlag, 2009), NDR: „Der „weiße Tod“ im Hungerwinter 1946/47, siehe online unter: <https://www.ndr.de/geschichte/chronologie/Hungerwinter-1946-47-Weisser-Tod-und-schwarzer-Hunger.hungerwinter166.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025.

<sup>159</sup> Hans-Ulrich Wehler, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte 1914-1949* (München: C.H. Beck oHG, 2003), S. 945.

<sup>160</sup> Geschichte des Flüchtlingslagers Pöppendorf, siehe online unter: <https://www.pöppendorfer-lager.de/geschichte> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025; Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck. Verwaltungsrat/Nr. 130: Gutachten über die Krankenhäuser Süd und Ost zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus, 18.06.1957, S. 8: Erwähnung des Flüchtlingslagers Blankensee welches 1957 noch bestand.

<sup>161</sup> Sie hierzu Faulstich, a.a.O., FN 2.

<sup>162</sup> Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1, S. 74.

Alltag.<sup>163</sup> Für Menschen mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen oder Behinderungen gab es aber nur die Anstalten als Unterbringungsort.

Im Unterschied zu den Landeskrankenhäusern nahm die psychiatrische Abteilung in Lübeck akute und potenziell kurative Fälle auf. Wie das städtische Krankenhaus Ost insgesamt war die psychiatrisch-neurologische Abteilung während der Bombenangriffe nicht beschädigt worden. Deshalb waren keine zeitintensiven Aufbauarbeiten notwendig und es konnte auf eine funktionierende Krankenhausstruktur zurückgegriffen werden. Das Krankenhaus Ost wurde also durchgehend weitergenutzt. Die Gemüsegärten und Obstbäume dürften in den Hungerjahren einen wesentlichen Beitrag zur Lebensmittelbeschaffung beigetragen haben. Allerdings traten Krankheiten wie Diphtherie, Tbc, Typhus auch in Lübeck bei der immens geschwächten Bevölkerung auf, so dass einige der Baracken zu Tbc-Stationen erklärt wurden und bis 1957 als solche bestanden.<sup>164</sup>

Prof. Schmidt und sein Personal sahen sich mit herausfordernden Arbeitsbedingungen konfrontiert. Zunächst arbeiteten nach Schmidts Ankunft lediglich zwei Volontärärzte abwechselnd im Tag und Nachtdienst. Der Wochenenddienst konnte von Freitag, 8 Uhr, bis Montag, 18 Uhr dauern.<sup>165</sup> Zeitweilig musste Prof. Schmidt den ärztlichen Betrieb ohne Oberärzte aufrechterhalten<sup>166</sup> und das obwohl eine Anstellung auf der psychiatrischen Abteilung für das medizinische Personal einen klaren Vorteil im Vergleich zum Rest der Bevölkerung bedeutet. Der ehemalige Psychiater und Gutachter Manfred in der Beeck schrieb über seine Zeit als Volontärarzt 1947-49 in Lübeck: *„In der Zeit der Lebensmittelkarten waren der Extra-Pudding und die Suppen auf der Station lebenswichtig“*.<sup>167</sup> Die Tätigkeit im Krankenhaus bedeutete also nicht nur eine Chance auf eine der raren Wohnmöglichkeiten, sondern auch, dass man regelmäßige Mahlzeiten erhielt und somit dem Hungertod entkommen konnte. Zudem war eine Arbeitsstelle insgesamt keine Selbstverständlichkeit. Bis 1950 gab es in der deutschen Bevölkerung eine hohe Arbeitslosenquote.<sup>168</sup>

---

<sup>163</sup> Beyer<sup>b</sup> et.al, a.a.O., FN 6, S. 186-196.

<sup>164</sup> Wehler, a.a.O., FN 160, S. 952; Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck. Verwaltungsrat/Nr. 130: Gutachten über die Krankenhäuser Süd und Ost zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus, 18.06.1957, S. 2.

<sup>165</sup> Beeck, a.a.O., FN 132.

<sup>166</sup> Dilling, a.a.O., FN 8.

<sup>167</sup> Beeck, a.a.O., FN 132, S.81.

<sup>168</sup> Wehler, a.a.O., FN 160, S. 53-55; Bundesministerium für Arbeit, „Entwicklung und Ursachen der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland (1946-1950)“, (Bonn, 1950), S. 5ff.

Laut in der Beeck war das Alltagserleben der unmittelbaren Nachkriegspsychiatrie zudem vom Vorfall mit dem Flüchtlingsschiff „Exodus“ geprägt: „Das klinische Erlebnis waren die abnormen Erlebnisreaktionen der jüdischen Flüchtlinge auf dem Exodusschiff“.<sup>169</sup> Das Flüchtlingsschiff „Exodus“: 1947 versuchten Überlebende des Holocausts per Schiff nach Palästina zu flüchten. Jedoch wurde ihnen dort die Einreise verwehrt. Das überfüllte Schiff wurde vor der Küste Palästinas von den Briten abgefangen und nach Frankreich geleitet. Dort weigerte sich ein Großteil der Passagiere, das Schiff zu verlassen, die französische Regierung aber lehnte eine Zwangsräumung ab. Um einen diplomatischen Eklat zu verhindern, entschied sich die britische Regierung, die Flüchtlinge zurück nach Deutschland zu bringen, da sie dort die für eine Internierung nötige Infrastruktur hatte. In Norddeutschlands größtem Flüchtlingslager Pöppendorf in Lübeck wurden die Überlebenden als „Displaced Persons“ (vertriebene Personen) inhaftiert. Für die Flüchtlinge bedeutet dies allerdings erstens eine Rückkehr nach Deutschland, dem Ursprungsland des Holocausts und Genozids an Jüdinnen und Juden, dem sie hatten entfliehen wollten. Zum anderen wurden sie erneut ihrer Freiheit beraubt und erneut in Lagern wie Menschen zweiter Klasse unter strenger Bewachung untergebracht. Erst im August 1948 wurde ihnen schließlich die Einreise nach Palästina gewährt.<sup>170</sup>

Auch wenn die extremen Jahre des Hungers und Mangels Anfang der 1950er vorbei waren, zeugen Schreiben der Krankenhausverwaltung von einer weiterhin herrschenden Knappheit. Beispielsweise wurde im Oktober 1952 angesichts des bevorstehenden Winters gemahnt: „*Die Wetterpropheten kündigen einen strengen und langanhaltenden Winter an*“.<sup>171</sup> Der schwere Winter 1946/47, der viele Kältetote gefordert hatte, lag erst wenige Jahre zurück. Offenbar gab es immer noch Probleme bei der Kohleversorgung. Im Januar wurde 1953 bezüglich des Energie- und Wasserverbrauchs ein Rundschreiben adressiert an alle Oberschwestern, Stationsschwestern, Sachbearbeiter, die Apotheke verschickt. Laut dem Schreiben der Krankenhausverwaltung stiegen die Preise für Kohle, Strom, Gas und Wasser immer weiter an. Neu eingeführte Entwässerungsgebühren belasteten das

---

<sup>169</sup> Beeck, a.a.O., FN 132, 81.

<sup>170</sup> Wolfgang Muth, „Nach Lübeck statt ins Land der Hoffnung – Die Passagiere der ‚Exodus 1947‘ in den Lagern ‚Pöppendorf‘ und ‚Am Stau‘“, *Informationen zur Schleswig-Holsteinischen Zeitgeschichte* 50 (2008), S. 304–319, siehe online hierzu: <https://www.ndr.de/geschichte/chronologie/Exodus-1947-Briten-internieren-Holocaust-Ueberlebende-bei-Luebeck,exodus196.html> / Tag des letzten Zugriffs: 27.12.2023.

<sup>171</sup> HPA: Verwaltungsordner: Schreiben Verwaltung, Betreff: Energieverbrauch, 01.10.1952.

Krankenhausbudget zusätzlich. Es sollte daher im Alltag auf einige Verhaltensregeln geachtet werden, um den Energiebedarf im Klinikbetrieb möglichst gering zu halten. Zum Beispiel sollten Vollbäder und das Benutzen von Lichtquellen eingeschränkt werden und es sollte nur wenn absolut nötig gelüftet werden. Defekte Spüleinrichtungen von Aborten sollten schnellstmöglich den Werkstätten gemeldet werden, um den Wasserverbrauch weiter zu senken.<sup>172</sup>

Nach der Mangelwirtschaft und der anfänglich beginnenden Überwindung der Zusammenbruchgesellschaft begann in Deutschland ab 1950 das sogenannte „Wirtschaftswunder“. Obwohl Anfang der 1950er im Krankenhaus Ost noch ein erheblicher Mangel an mehreren Ressourcen bestand, kündigte sich der Wirtschaftsaufschwung auch hier an. Neben den mahnenden Aufforderungen zum Sparen seitens der Verwaltung nahm das Freizeitprogramm für Angestellte und Patienten zu. Die Nahrungsmittelknappheit schien im Krankenhaus Ost Anfang der 1950er Jahre ebenfalls überwunden. Laut eines Patienten der psychiatrischen Abteilung war das Essen 1951 *„hier im Krankenhaus-Ost sehr gut. Wir bekommen reichlich und es ist auch sehr fett. Meistens bekommen wir immer belegtes Brot, [...]“*.<sup>173</sup> Sechs Jahre später hatte sich das Essensangebot nochmals gesteigert. In den Lübecker Nachrichten vom 25.10.1957 wurde das Essen aus der Wochenspeisekarte der Krankenhäuser Ost und Süd kommentiert:

*Da stehen nicht nur viele gute Sachen verzeichnet wie „Ungarisches Gulasch mit Gewürzgurke“ oder „Rindsrouladen mit Brechbohnen“ oder „Rinderbrust mit Meerrettichtunke“ oder „Kasseler Rippe mit Burgunder“ – nein man darf sich neuerdings dort sogar aussuchen, was man essen will. Auch in der III. Klasse!<sup>174</sup>*

Eine solche Auswahl an Essen schien 1957 noch nicht lange eingeführt gewesen zu sein, da sich der Autor ironisch darüber ärgert, zu früh im Krankenhaus gewesen zu sein:

*Früher gab es das doch meiner Erinnerung nach eigentlich nicht so sehr beziehungsweise überhaupt gar nicht. Ich bin also – verdammt noch einmal –*

---

<sup>172</sup> HPA: Verwaltungsordner: Schreiben der Verwaltung, Betreff: Wasserverbrauch, 19.01.1953.

<sup>173</sup> HPA: Verwaltungsordner: Brief eines Patienten an Angehörige. 29.05.1951.

<sup>174</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck, Verwaltungsrat Nr.130: Zeitungsausschnitt Lübecker Nachrichten. 25.10.1957.

*ein ganzes Jahr zu früh ins Krankenhaus gegangen. Darüber kann man sich ja wirklich schon beinahe wieder krank ärgern.*<sup>175</sup>

Die Schreibweise ist insgesamt zwar ironisch und der Kommentar schließt mit dem Satz: „Vielleicht kann ich wenigstens ein bis zwei Wochen als halbkrank wegen geradezu krankhaften Hungers nach Rinderbrust mit Meerrettich ins Krankenhaus“.<sup>176</sup> Dennoch schwingt eine ernst gemeinte Verblüffung über die üppigen Gerichte und die Möglichkeit der Auswahl mit. Auch die positive Bewertung des Patienten über fettreiches Essen verdeutlicht, wie präsent die Erinnerung an die allgemeine Not und den Hunger auch 12 Jahre nach Kriegsende noch war.

Auch in finanzieller Hinsicht fanden sich kleine Hinweise auf das Ende der Krisenjahre. Zum Beispiel wandte sich 1951 das Landesversorgungsamt Lübeck an das städtische Krankenhaus Ost mit der Absicht Kriegsbeschädigten, die die Weihnachtsfeiertage im Krankenhaus verbringen mussten, ein Kopfbetrag von 10,- DM zu zahlen. Damit sollten Geschenke oder Weihnachtsfeiern unterstützt werden.<sup>177</sup>

#### **4.3.1 Infrastruktur der psychiatrischen Abteilung als Teil des städtischen Krankenhauses**

Die psychiatrische Abteilung war mitten in das Krankenhaugelände eingebettet, wie ein Lageplan des Krankenhauses Ost aus dem Jahre 1957 zeigt (Abbildung 4). Die Gebäude Nr. 1-10, Nr. 31-39 und Nr. 54 (Turmgebäude) sind die Ursprungsgebäude der Heilanstalt Strecknitz von 1912. Vom Ende des Krieges bis 1957 hat es keine baulichen Veränderungen gegeben. Die Stationen lagen direkt neben den Stationen anderer Fachrichtungen. Somit standen sowohl das Personal als auch die Patienten in Kontakt mit dem alltäglichen Regelverkehr von Besuchern, Lieferverkehr, Boten, Trägern und weiterem Personal. Das Gelände war offen und die Ratzeburger Allee mit Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr in unmittelbarer Nähe. Dies steht in deutlichem Kontrast zu den Landeskrankenhäusern, die fernab der Bevölkerung lagen.

---

<sup>175</sup> Ebd.

<sup>176</sup> Ebd.

<sup>177</sup> HPA: Verwaltungsordner: Schreiben Landesversorgungsamt Lübeck an städt. Krankenhaus Ost, Kopfbetrag für Patienten zu Weihnachten, 16.11.1951.

# Lageplan des Städt. Krankenhauses Ost in Lübeck

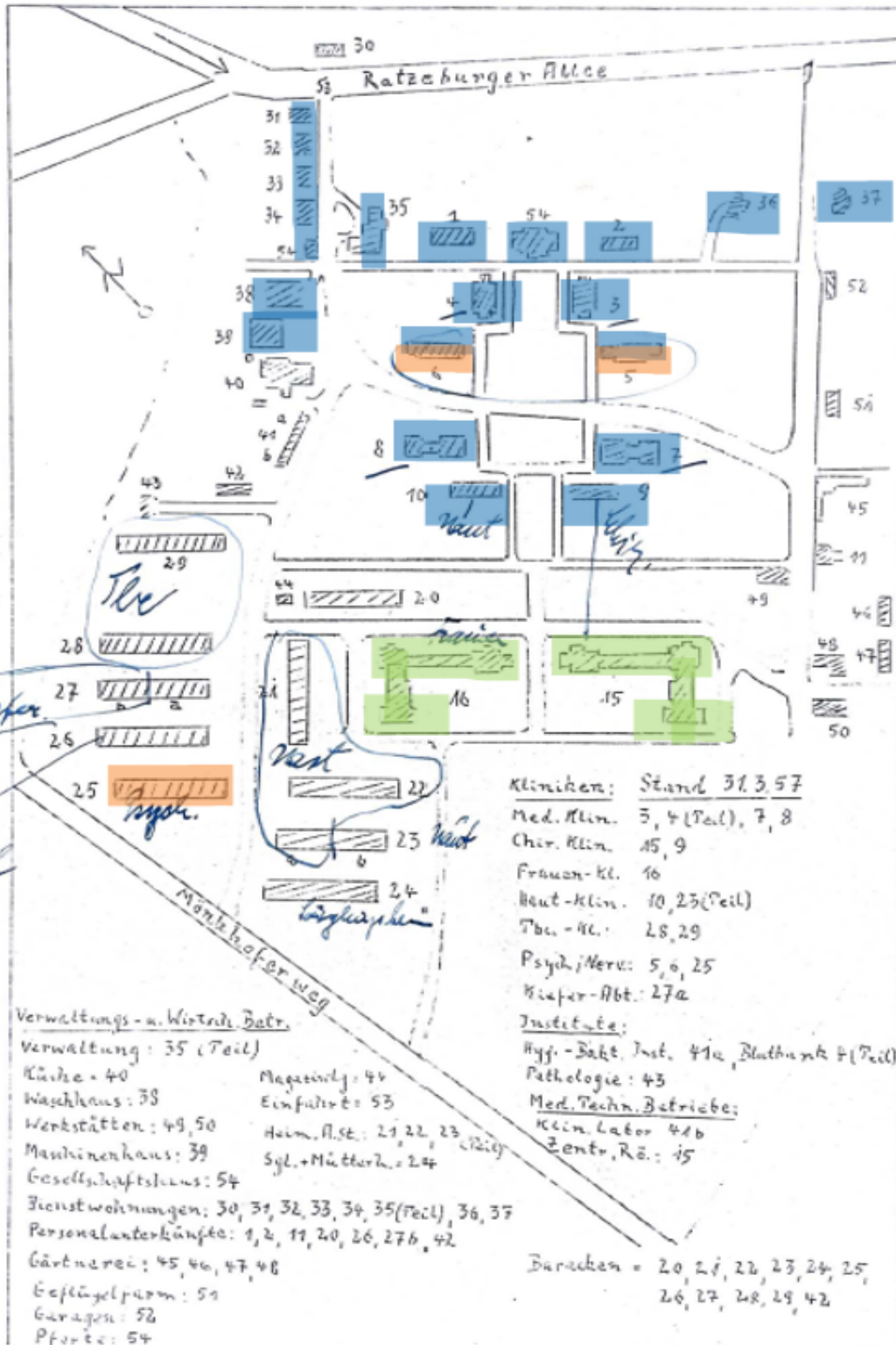


Abbildung 4 Lageplan des städt. Krankenhauses Ost, undatiert

## Legende zu Abbildung 4:

Blau: Ursprungsgebäude der Heilanstalt Strecknitz

Grün: Hamburger Häuser

Orange: Psychiatrische Abteilung ab 1942

Die psychiatrische Abteilung umfasste ab 1942 vier Stationen, welche räumlich voneinander getrennt waren. Die Verteilung der Patienten erfolgte nach Geschlecht und der Führbarkeit auf Station. Es gab zwei geschlossenen Abteilungen: die Station 5 für die Männer und die Station 6 für die Frauen. Mehrere hundert Meter entfernt befanden sich in einer Baracke die offen gemischten Stationen Nr. 25a und b (s. Abbildung 4).<sup>178</sup> So waren auf allen Stationen alle Krankheitsbilder vertreten. Beispielhaft dafür ist ein Patient, der zuerst auf der Station 25a untergebracht war. Aufgrund zunehmender Verwirrtheit und verbaler Angriffe auf Mitpatienten wurde er im Verlauf auf die geschlossene Männerabteilung verlegt.<sup>179</sup> Im verfügbaren Quellenmaterial gab es keine Hinweise auf eine gesonderte Privatstation. Ein Beispiel deutet eher darauf hin, dass Privatpatienten mit gesetzlich versicherten Patienten auf derselben Station zusammen in den Zimmern lagen: „[...] Pat. liegt jetzt mit einer älteren Privatpatientin zusammen, mit der sie viel spazieren geht und sich ablenkt.“<sup>180</sup> In dem Stationseintrag fanden sich keine weiteren Hinweise, die darauf schließen lassen, dass das Zusammenliegen einer privat und gesetzlich versicherten Patientin eine große Ausnahme darstellte. Innerhalb der Stationen gab es mehrere Klassen der Unterbringung. Die meisten Patienten waren in der III. Klasse untergebracht, einige wenige in der II. Klasse. Die I. Klasse kam in den untersuchten Akten nicht vor. Aufgrund der baulichen Enge kann es sein, dass auf eine I. Klasse gänzlich verzichtet wurde.

Die enge Verzahnung mit den anderen Fachdisziplinen wie auch die gemeinsame Nutzung der Diagnostikabteilung zeigen, wie eng die Psychiatrie in die Krankenhausstrukturen eingebettet war. So wurden alle Patienten auch somatisch untersucht und diagnostiziert. Für alle Abteilungen gab es zwei extern gelegene Diagnostikabteilungen, wo Medizinisch-Technische Assistentinnen und -Assistenten Untersuchungen durchführten. Die routinemäßig durchgeführten EKGs und Stoffwechseluntersuchungen wurden im zentralen klinischen Labor im Haus 41b und die Röntgenuntersuchungen im Haus 15 (s. Abbildung 4) durchgeführt.<sup>181</sup> Insgesamt

---

<sup>178</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.130: Verwaltungsrat Lagepläne KH Ost.Süd, undatiert.

<sup>179</sup>HPA: Signatur 551C/CH0793: Arztbrief vom 22.08.1995: Erwähnung der Verlegung des Patienten auf die geschlossene Station aufgrund von Beschimpfungen anderer Patienten, sowie Verwirrheitszuständen.

<sup>180</sup> HPA: Signatur 51ED/LL0511: Eintrag in Verlaufsbeobachtung vom 18.07.1951.

<sup>181</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 130: Verwaltungsrat Gutachten über die Krankenhäuser Süd und Ost zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus, 18.06.1957.

gab es im Krankenhaus Ost fünf Röntgengeräte, wobei die Frauenklinik und die Chirurgie über eigene Geräte verfügten. Die Angestellten der so genannten „Trägerkolonne“ brachten die Patienten zu den jeweiligen Untersuchungen.

Des Weiteren fanden regelmäßig Konsile statt, so dass die Nervenärzte im engen Austausch mit den anderen Fachdisziplinen standen. Folgender Fall zeigt, wie gleich drei verschiedene Fachdisziplinen hinzugezogen wurden:

*Der Zustand ist weiterhin unbeeinflussbar schlecht geblieben. Ohren-, Augen-  
Arzt und Internist haben zur Klärung der Diagnose und Therapie praktisch nichts  
beitragen können. Senkung immer noch hoch.<sup>182</sup>*

Von den jeweiligen Abteilungen gab es kurze Befundmitteilungen. Eine Augenuntersuchung war eine häufige zusätzliche Routineuntersuchung. Falls Operationen durchgeführt wurden und die Patienten dafür auf eine andere Station verlegt wurden, gab es bei der Rückverlegung einen Arztbrief. Da Konsile anderer Fachdisziplinen angefordert wurden, ist davon auszugehen, dass die Nervenärzte ebenfalls bei psychiatrischen oder neurologischen Fragestellungen zu Konsilen hinzugezogen wurden. Eintragungen dazu wurden wahrscheinlich in den jeweiligen hinzuziehenden Abteilungen gemacht. Die Nervenärzte agierten selbstbewusst und sehr eigenständig. So kam es vor, dass trotz der Möglichkeit, andere Fachdisziplinen hinzuzuziehen, die Ärzte Patienten mit internistisch fulminanten Verläufen selbst weiterbehandelten und die Patienten auch an internistischen/neurologischen Erkrankungen verstarben, ohne dass Konsile hinzugezogen worden waren.

Am konsiliarischen Austausch ist zu sehen, dass die Psychiatrie als vollwertige und ebenbürtige Abteilung angesehen wurde und nicht außenvor stand.

### **4.3.2 Personelle Strukturen**

Um das Krankenhaus Ost zu betreiben, brauchte es vielfältiges Personal. Pflegekräfte machten den größten Anteil aus, dazu kamen Ärzte, Arztschreiberinnen, Küchenpersonal, Verwaltungspersonal, Handwerker, Laborantinnen, Reinigungskräfte, Träger, Krankengymnastinnen, Personal der Apotheke, Sektionsgehilfen, Pförtner, Gärtner u.v.m.<sup>183</sup> Für den stationären Betrieb waren neben

---

<sup>182</sup> HPA: Signatur 50EI/AU0984: Verlaufsbeobachtung vom 30.07.1950.

<sup>183</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 130: Verwaltungsrat Gutachten über die Krankenhäuser Ost/Süd zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus, 18.06.1957, S. 12 f.

den Ärzten die Arztschreiberinnen und vor allem die Pflegekräfte von besonderer Bedeutung. In den Patientenakten fand diese Berufsgruppe jedoch kaum Erwähnung. Die Pflege wurde höchstens erwähnt, wenn die Interaktion der Patienten mit dem Personal beschrieben wurde. Für einen interprofessionellen Austausch oder Einbeziehung in die Visiten fanden sich keine Hinweise.

Laut eines Gutachtens aus dem Jahre 1957 gab es auf den vier psychiatrischen Stationen neben Prof. Gerhardt Schmidt als Chefarzt 5,5 weitere Arztstellen und einen Pflichtassistenten. Oberärzte sind in dieser Auflistung keine aufgeführt.<sup>184</sup> Hinzu kamen 19 Krankenschwestern und 11 Pfleger, die durchschnittlich 118 Patienten betreuten. Im Tagdienst waren es 22 und im Nachtdienst 8 Pflegekräfte. Darüber hinaus gab es auf den Stationen Arztschreiberinnen und Haushaltshilfen.

Generell war in Deutschland in der Psychiatrie-Pflege der Anteil an Männern mit rund 50% überproportional hoch.<sup>185</sup> Auch für Lübeck konnte ein erhöhter Männeranteil in der psychiatrischen Abteilung festgestellt werden, wenn auch nicht so hoch wie bundesweiten Durchschnitt. In einer Personalaufstellung des gesamten Krankenhauses Ost aus dem Jahre 1957 waren von insgesamt 30 männlichen Pflegekräften 11 auf der psychiatrischen Abteilung eingesetzt.<sup>186</sup> In der BRD waren im Vergleich zur Krankenpflege in anderen medizinischen Bereichen ein hoher Anteil der Psychiatriepfleger nicht examiniert.<sup>187</sup> Für Lübeck konnten hinsichtlich des Ausbildungsstands der Pfleger keine näheren Hinweise gefunden werden. Allerdings waren unter den Pflegekräften auch DRK-Krankenschwestern.<sup>188</sup> Diese waren examiniert oder befanden sich in Ausbildung.

#### 4.3.2.1 Die Rolle der Lübecker DRK-Schwesternschaft

Ein Großteil der in der Bundesrepublik beschäftigten Krankenschwestern waren Mitglieder in meist konfessionellen Schwesternschaften. Diese waren in einzelne Mutterhäuser unterteilt bzw. in solchen organisiert. Jedes Mutterhaus wurde von einer

---

<sup>184</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 130: Verwaltungsrat Gutachten über die Krankenhäuser Ost/Süd zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus, 18.06.1957, Anlage IV, Anlage V.

<sup>185</sup> Hähner-Rombach, a.a.O., FN 10, S. 215-218.

<sup>186</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 130: Verwaltungsrat Gutachten über die Krankenhäuser Ost/Süd zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus, 18.06.1957, Anlage V.

<sup>187</sup> Hähner-Rombach, a.a.O., FN 10, S. 215-218

<sup>188</sup> Eine genaue Anzahl konnte für die psychiatrische Abteilung nicht ausgemacht werden.

Oberin geleitet. Mit Eintritt in die Schwesternschaft wurde den jungen Frauen eine lebenslange Versorgung und ein Leben in einer Gemeinschaft zugesichert. Gewohnt haben sie in den von den Mutterhäusern gestellten Unterkünften. Zu erkennen waren die Schwestern an ihren Trachten, die sie nur selten ablegten. Oftmals bestand die Tracht aus einem Kleid mit Schürze, einer Haube und einer Brosche (s. Abbildung 5). Das DRK bildete ebenfalls Pflegekräfte aus und organisierte sich als nicht-konfessionelle Schwesternschaft. Die Lübecker DRK-Schwernerschaft spielte in Zeiten des Personalmangels in den 1950er für das städtische Krankenhaus Ost und somit zwangsläufig auch für die psychiatrische Abteilung eine wichtige Rolle. Sie stellte billige und lang arbeitende Arbeitskräfte bereit.



Abbildung 5 DRK-Schwester in typischer Tracht (Datum unbekannt). Bis in die 1970er Jahre hat sich die Tracht kaum verändert. Foto: <https://www.drk-schwernerschaft-luebeck.de/ueber-uns/historie/> Tag des letzten Zugriffs: 10.07.2025.

Von den Mutterhäusern aus entsandten die Oberinnen die Krankenschwestern an die Krankenhäuser, mit denen sie Verträge – sogenannte Gestellungsverträge – abgeschlossen hatten. In den Verträgen verpflichtete sich das Mutterhaus, dem Krankenhaus so viele Schwestern wie nötig zu stellen. Weisungsbefugt waren jedoch immer noch die Oberinnen. Sie konnten entscheiden, wer welche Arbeiten ausführte und an welchen Standorten die einzelnen Krankenschwestern eingesetzt wurden. In Lübeck gab es Gestellungsverträge mit dem Krankenhaus Ost und Süd. Der letzte

Vertrag bestand bis 2017 mit der Sana-Klinik Lübeck, dem ehemaligen Krankenhaus Süd.<sup>189</sup> Für die Krankenhäuser hatten die Gestellungsverträge mehrere Vorteile: Zum einen waren sie von allen Arbeitgeberpflichten entbunden, da die Schwestern in den Diensten des Mutterhauses standen, und zum anderen bezahlten die Krankenhäuser einen Pauschalbetrag an die Mutterhäuser. Dieser lag in der Regel 35% unter dem des Tarifgehalts der ÖTV. Welchen Anteil von dem erwirtschafteten Geld die einzelne Krankenschwester erhielt, lag in der Entscheidungsgewalt der Schwesternschaft. In Lübeck lebten die DRK-Schwester im heutigen Erika Gerstung Haus.<sup>190</sup> Die DRK-Schwester bildeten also eine eigene Subgemeinschaft unter dem Pflegepersonal und hatten in den Mutterhäusern einen weiteren Lebensmittelpunkt fernab vom Krankenhausgelände. Für die „freien Schwestern“ und Pfleger gab es bis zum Ende des Untersuchungszeitraumes 1973 Personalunterkünften auf dem Krankenhausgelände.

Demgegenüber standen die sogenannten „freien Schwestern“, die ebenfalls über Interessenverbände (z. B. Agnes-Karll-Verband, Bund freier Schwestern der Gewerkschaft ÖTV oder Schwesternschaft der Arbeiterwohlfahrt) organisiert waren. Als normale Arbeitnehmerinnen hatten sie einen direkten Vertrag mit dem jeweiligen Krankenhausträger. Sie genossen somit alle Arbeitnehmerrechte und wurden nach ÖTV bezahlt. Allerdings galt auch hier lange noch das Bild der sich aufopfernden Schwester.<sup>191</sup>

#### 4.3.2.2 Arbeiten als zentraler Aspekt des Lebens im Wandel der Zeit

Die strikte Trennung von Arbeit und Privatleben, wie wir sie heute kennen, ist für den Krankensektor relativ neu. Einer Arbeit im Krankenhaus nachzugehen, bedeutete in Lübeck bis in die 1950er Jahre Lebensinhalt und Lebensmittelpunkt. Wohnen und Leben spielten sich auf dem Gelände der damaligen Heilanstalten ab.<sup>192</sup> Für die genauere Darstellung des Alltagslebens in Lübeck lohnt es sich, in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts zurückzublicken. Die 1912 gegründete Heilanstalt Strecknitz war eine kleine abgeschlossene Gemeinschaft mit eigener Landwirtschaft, Kesselhaus,

---

<sup>189</sup> DRK-Schwesterenschaft Lübeck e.V. – Historie, siehe online unter: <https://www.drk-schwesterenschaft-luebeck.de/ueber-uns/historie> / Tag des letzten Zugriffs: 28.03.2025.

<sup>190</sup> Ebd.

<sup>191</sup> o.V., „Rechtsschutz für die Haube“, *DER SPIEGEL*, 25.06.1957, siehe online unter: <https://www.spiegel.de/politik/rechtsschutz-fuer-die-haube-a-05414a9f-0002-0001-0000-000041757832> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025.

<sup>192</sup> Schepermann und Dilling, a.a.O., FN 64.

Gesellschaftshaus und Wohnungen für das Personal. Die Patienten lebten damals mitunter für Jahrzehnte in der Heilanstalt und arbeiteten selbstverständlich in der Landwirtschaft und im Betrieb mit. Teilweise arbeiteten sie auch im Haushalt des Personals mit. Es wurden regelmäßig Feste miteinander gefeiert. So war es üblich „an Weihnachten [...], gemeinsam mit den Patienten die Kerzen am geschmückten Weihnachtsbaum zu entzünden“.<sup>193</sup> Das Leben der Angestellten und Patienten fand gemeinsam und miteinander auf dem Gelände statt.<sup>194</sup> Nach der Auflösung der Heilanstalt im Zuge „der wilden Euthanasie“ während des Nationalsozialismus schien eine Fortführung dieser Lebensweise im städtischen Krankenhaus Ost in abgeschwächter und veränderter Form weiterhin bestanden zu haben. Der Lageplan (s. Abbildung 4) zeigt, dass es auch weiterhin Personalunterkünfte gab. Später kamen noch Schwesternwohnheime hinzu.<sup>195</sup> Auch Professor Schmidt gab in seiner Entnazifizierungsakte als Wohnort die Adresse des Krankenhauses an und lebte zumindest in den ersten Jahren auf dem Krankenhausgelände, bevor er nach Pogez bei Ratzeburg zog.<sup>196</sup>

Auch das Gesellschaftshaus stellte einen wichtigen Ort der Begegnung dar. Erbaut wurde der ehemalige Wasserturm, in dem sich das Gesellschaftshaus befand, bereits 1912 bei der Gründung der Heilanstalt Strecknitz. Heute dient das Turmgebäude als Hörsaal und ist das Wahrzeichen der Universität zu Lübeck.<sup>197</sup>

Dass sich die allgemeine Situation der Nachkriegsjahre allmählich besserte, spiegelte sich unter anderem im Gemeinschaftsleben wider. Es fanden sich mehrere schriftliche Ankündigungen zu verschiedensten Veranstaltungen im Gesellschaftshaus. 1951 wurde z. B. der Kinofilm und Kassenschlager „*Nachtwache*“ gezeigt. Dazu waren die Patienten am Nachmittag und das Personal zu einer Abendvorstellung eingeladen.<sup>198</sup> Die Lübecker Musikakademie lud Patienten und das Personal zu Kammermusikabenden bei freiem Eintritt ein.<sup>199</sup> Auch Schachtuniers und Kaffeefahrten wurden angeboten. Zudem gab es Informationsveranstaltungen wie

---

<sup>193</sup> Ebd. S. 42

<sup>194</sup> Ebd. S. 40-42

<sup>195</sup> o.V., „Wohnheim für Schwesternschülerinnen am Mönkhofer Weg eingeweiht“, *Lübecker Nachrichten*, 1. 11.1972, S. 3.

<sup>196</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 2.7 Entnazifizierungsausschuss/Hauptausschuss „unbetroffen“/Nr. 215: Gerhard Schmidt.

<sup>197</sup> Universität zu Lübeck Wahrzeichen der Universität, siehe online unter: <https://www.uni-luebeck.de/universitaet/im-ueberblick/campusleben/campus/we2160.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025.

<sup>198</sup> Peter Stettner, *Vom Trümmerfilm zur Traumfabrik – Die „Junge Film-Union“ 1947-1952* (Hildesheim: Georg Olms AG, 1992), S. 97.

<sup>199</sup> HPA: Verwaltungsordner: Schreiben Verwaltung, Einladung Kammermusikabend, 17.11.1952.

1952 über das zum „*Lastenausgleich erlassene Gesetz über die Feststellung von Vertreibungsschäden und Kriegssachschäden (Feststellungsgesetz)*“.<sup>200</sup> Bei dieser Veranstaltung kam eigens ein Sachbearbeiter des Lübecker Ausgleichamts, um Fragen rund um die entsprechenden Fragebögen zu beantworten. Personal sowie Patienten wurden zu den Vergnügungs- und Informationsveranstaltungen teilweise zusammen eingeladen. Auf den Stationen wurden gemeinsame Feiern abgehalten. Insgesamt unterlag diese Form des gemeinsamen Lebens und Arbeitens während des Untersuchungszeitraums einem starken Wandel. Die Intensität nahm über die Jahre ab, wie die studierten Quellen nahelegen. Das meiste Material fand sich für die 50er Jahre. Das Krankenhaus als Lebensmittelpunkt schien zunehmend unattraktiver zu werden. Ab den 1950er Jahren kamen von Seiten der Gewerkschaften Forderungen nach einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen auf. Die Gesundheitsberufe, zu denen die Krankenschwestern und Pfleger gehörten, waren mit Ausnahme der Krankenschwestern, die Mitglied einer Schwesternschaft waren, über den öffentlichen Dienst geregelt.<sup>201</sup> Die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV) forderte in den 50er Jahren beispielsweise eine 48-Stunden-Woche für den öffentlichen Dienst.<sup>202</sup> Allerdings galt diese Regelung nicht für das Gesundheitswesen, welches von den genannten Entwicklungen noch weit entfernt schien. Ein Zweischicht-System in Tag und Nachtdienst und eine 70 bis 80 Stunden-Woche waren üblich.<sup>203</sup> Das Wohnen im Krankenhaus war selbstverständlich. In der Pflege herrschte Personalmangel und so hätte eine Reduzierung der Arbeitszeit bedeutet, dass weiteres Personal hätte eingestellt werden müssen, um den Bedarf in den Krankenhäusern zu decken. Daher setzte sich die „*Fachabteilung Gesundheitswesen*“ der Gewerkschaft zunächst für eine 54-Stunden-Woche ein.<sup>204</sup> Diese wurde im Juli 1956 bundesweit für das Pflegepersonal in den kommunalen Krankenhäusern eingeführt. In den psychiatrischen Landeskrankenhäusern galt allerdings weiterhin eine 60-Stunden-Woche. Vier Jahre später konnte sich die Gewerkschaft aber doch durchsetzen: Am 1. Oktober 1960 wurde für die Pflege im öffentlichen Dienst die 48-Stunden-Woche eingeführt. In anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes war zu diesem Zeitpunkt

---

<sup>200</sup> HPA: Verwaltungsdienst: Schreiben Verwaltung, Einladung Informationsveranstaltung, 30.10.1952.

<sup>201</sup> Vgl. dazu Hähner-Rombach, a.a.O., FN 10.

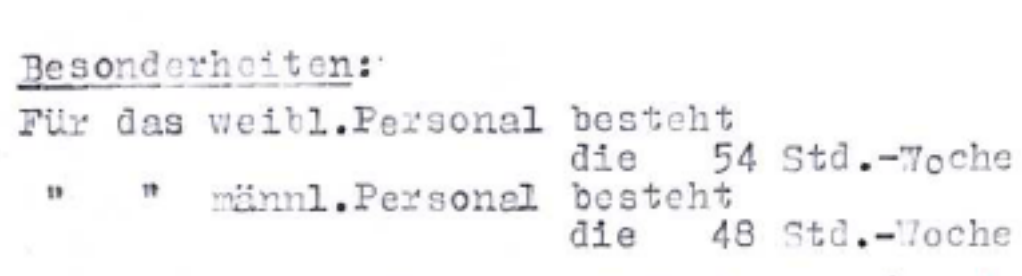
<sup>202</sup> Die ÖTV ging 2001 in die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) auf, siehe online hierzu Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft: <https://www.verdi.de/ueber-uns/idee-tradition/einheitsgewerkschaft/++co++10a3e190-caed-11e3-a495-5254008a33df> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025.

<sup>203</sup> Hähner-Rombach, a.a.O., FN 10, S. 120-145.

<sup>204</sup> Ebd.

allerdings bereits die 45-Stunden-Woche Normalität. Die Angleichung der Arbeitszeiten an die des öffentlichen Dienstes insgesamt erfolgte erst am 1. Januar 1973 und somit erst dreizehn Jahre später.<sup>205</sup>

Bis 1973 war das städtische Krankenhaus Ost bzw. die Medizinische Akademie Lübeck (MAL) in kommunaler Hand.<sup>206</sup> Somit galt laut Tarifvertrag ab 1956 die 54-Stunden-Woche, die auch in der psychiatrischen Abteilung für das Pflegepersonal Anwendung fand. Allerdings galt dies nur für das weibliche Personal. Für die Männer galt bei Vollzeitbeschäftigung eine 48-Stunden-Woche (s. Abbildung 6).



Besonderheiten:  
Für das weibl. Personal besteht die 54 Std.-Woche  
" " männl. Personal besteht die 48 Std.-Woche

Abbildung 6 Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck. Verwaltungsrat/Nr. 130/Gutachten über die Krankenhäuser Süd und Ost zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus. 18.06.1957, S. 39 Anlage V.

Eine Begründung für diese Unterscheidung konnte in den Verwaltungsakten nicht gefunden werden. Im Alltag mag diese Ungleichheit auf vielen Stationen nicht aufgefallen sein, da die überwiegende Mehrheit des Pflegepersonals weiblich war. Auf den Stationen der psychiatrischen Abteilung muss diese Ungleichheit allerdings bemerkbar gewesen sein. Ein Drittel aller Pflegekräfte war zu diesem Zeitpunkt männlich.

1973 hatte sich in Lübeck die wöchentliche Arbeitszeit weiter auf 43 Stunden verringert und war in einem Dreischichtsystem abzuleisten.<sup>207</sup> Hinweise auf eine weiterbestehende geschlechterungleiche Stundenwoche fanden sich nicht mehr.

<sup>205</sup> Ebd.

<sup>206</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-5-4.5-7. 4.5-6.34, Vorwort des Findbuches zum Kapitel 4.5-6.

<sup>207</sup> HPA: Ordner „Personalangelegenheiten“, Dienstplan für die Pfleger der psychiatrischen Klinik, 06.03.1972.

## 4.4 Die psychiatrische Abteilung unter Gerhard Schmidt (1964-1973)

### 4.4.1 Der Weg zur Medizinischen Akademie Lübeck

Mitte der 1950er Jahre wurden in der Politik Stimmen laut, die Einsparungen in der gesamten Krankenhauslandschaft Lübecks forderten. Im Januar 1956 bemängelte ein Mitglied des Finanzausschusses der Stadt einen zu hohen Bettenbestand und eine zu lange Verweildauer der Lübecker Patienten pro Jahr im Vergleich zu anderen deutschen Städten.

*Die Verweildauer in den städt. Krankenhäusern [...] [ist] seit langem das Schmerzenskind. Die durchschnittliche Verweildauer beträgt in Deutschland 21, in Lübeck schwankte sie zwischen 32 und 27 Tagen.<sup>208</sup>*

Neben der Forderung, die Aufenthaltsdauer der Patienten zu verkürzen, wurde der Pavillonstil der beiden städtischen Krankenhäuser Ost und Süd als ineffizient erachtet. Man war der Ansicht, dass eine Zusammenlegung der beiden Krankenhäuser langfristig Kosten einsparen würde. 1957 gab der zuständige Minister für Wirtschaft und Verkehr ein Gutachten dazu in Auftrag, das für beide Krankenhäuser erhebliche Mängel feststellte und zu dem Schluss kam, dass die Häuser „nicht mehr den modernen Anforderungen“ entspräche.<sup>209</sup> Zum Krankenhaus Süd hieß es im Gutachten:

*Schon in den letzten Jahren [...] [seien] sowohl in der Presse als auch in Fachkreisen mehrfach darüber berichtet worden, dass die vor dem ersten Weltkrieg erbauten Gebäude des Krankenhauses Süd veraltet sind und dringend ersetzt werden müssten.<sup>210</sup>*

Für das Krankenhaus Ost wurden explizit die noch verbliebenen acht Baracken, die zu diesem Zeitpunkt bereits 15 Jahre bestanden, als mangelhafte Unterbringung für Patienten und Personal angesehen:

---

<sup>208</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 130: Verwaltungsrat: Bemerkungen zum Krankenhausproblem in Lübeck, Januar 1956.

<sup>209</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 130: Gutachten über die Krankenhäuser Süd und Ost zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus, 18.06.1957. S. 3.

<sup>210</sup> Ebd.

*Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass heute noch über 200 Kranke in Baracken liegen; auch kann allgemein die Unterbringung des Haus- und Pflegepersonals nicht als zeitgemäß angesehen werden.<sup>211</sup>*

Die Baracken sollten nach einer Verordnung des Landesamtes für Gesundheitswesen „bis zum 30.09.1957 geräumt werden“.<sup>212</sup> Dies hätte die Kieferklinik, die Tbc-Klinik, die Hautklinik und die Psychiatrie betroffen. Wichtig erschien, im Sinne der Kostensenkung darauf zu achten „das Problem der Baracken [zu lösen] ohne einen Neubau zu erstellen“.<sup>213</sup>

Insgesamt wurde im Vergleich das Krankenhaus Ost als Standort für eine Zusammenlegung der beiden Krankenhäuser als vorteilhafter angesehen:

*Der ganze Betrieb ist sehr auseinandergezogen – er umfasst insgesamt 24 Häuser – und erschwert ebenfalls die Versorgung wie im Krankenhaus Süd. Allerdings ist hier immerhin die Versorgung noch günstiger, weil in den beiden Hamburger Häusern allein nicht ganz 400 Patienten untergebracht sind.<sup>214</sup>*

Tatsächlich kam es am Ende jedoch zu keiner Zusammenlegung der Krankenhäuser. Die Baracken wurden nicht abgerissen und von den Abteilungen weitergenutzt. Die Gründe für die nicht vollzogene Krankenhauszusammenlegung sind dem vorhandenen Quellenmaterial nicht zu entnehmen. Auch das Krankenhaus Süd bestand fort und gehört heute zu den Sana-Kliniken.

Anfang der 1960er Jahre gab es eine deutschlandweite Debatte über Hochschulreformen. Vor allem die Medizinischen Hochschulen sollten reformiert und aufgrund von Überfüllung sollten neue Medizinstudienplätze geschaffen werden. In Lübeck wurden diese Überlegungen als Chance gesehen. Zum einen gab es in Lübeck den Bedarf, ein größeres und moderneres Zentralkrankenhaus zu errichten, zum anderen würde die Errichtung einer Medizinischen Akademie die Finanzierung des Krankenhauses lösen. Bisher war die Stadt Lübeck für die Finanzierung der städtischen Krankenhäuser aufgekommen und kam damit an ihre finanziellen Grenzen. Der Gesundheitssenator Plust argumentierte, dass sich mit der Errichtung einer medizinischen Hochschule das Problem der Finanzierung sowie der nötige

---

<sup>211</sup> Ebd.

<sup>212</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 130: Gutachten über die Krankenhäuser Süd und Ost zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus, 18.06.1957, S. 2.

<sup>213</sup> Ebd.

<sup>214</sup> Ebd.

Ausbau neuer Studienplätze kombinieren lasse.<sup>215</sup> Als Standort sollte das Krankenhaus Ost dienen. 1960 legte der Senat der Hansestadt Lübeck der Landesregierung einen Antrag zur Errichtung einer Medizinischen Akademie in Lübeck (MAL) vor.<sup>216</sup> Vorerst sollten nur klinische Semester angeboten werden und der Ausbau einer Vollfakultät später erfolgen. Im Januar 1961 wurden die Pläne vom schleswig-holsteinischen Kabinett gebilligt und an den Wissenschaftsrat in Bonn weitergeleitet.<sup>217</sup> Allerdings befürchtete die Medizinische Fakultät in Kiel eine Kürzung der Landesmittel und zeigte sich der Neugründung in Lübeck gegenüber ablehnend.<sup>218</sup> „Da die Landesregierung die Zustimmung der Universität Kiel zu den Lübecker Plänen erwünschte, [...] musste ein Kompromiss gefunden werden.“<sup>219</sup> Im September 1961 wurde vom Kulturministerium entschieden, dass in Lübeck eine weitere Medizinische Fakultät der Universität Kiel entstehen sollte. Am Ende war die Finanzierung der ausschlaggebende Punkt: Das Bundesfinanzministerium weigerte sich, die Finanzierung einer weiteren eigenständigen Medizinischen Fakultät mitzutragen, das Land und die Stadt Lübeck waren hierzu allein jedoch nicht in der Lage. Die schleswig-holsteinische Verwaltung behalf sich, indem sie den Standort Lübeck endgültig als weiteren Standort Kiels deklarierte. Somit fiel die Finanzierung unter die Zuschüsse für die bereits bestehende Hochschule in Kiel. Am 3. November 1964 wurde schließlich die Medizinische Akademie Lübeck als zweite Medizinische Fakultät der Christian-Albrechts-Universität in Kiel gegründet.<sup>220</sup> Heiko Stoff resümiert, dass somit „die Medizinische Akademie [...] aufgrund der Eigeninteressen der Medizinischen Fakultät der Universität Kiel und von Finanzierungsproblemen nicht über den Status einer Fakultät hinaus [kam], bis sie im Mai 1973 als Medizinische Hochschule Lübeck selbstständig wurde“.<sup>221</sup> Im ersten Studienjahr nahmen 14 Studenten ihr Studium im

---

<sup>215</sup> Heiko Stoff, *Medizinreform und Mittelbau – Zur Planung Medizinischer Akademien in der westdeutschen Nachkriegsmoderne* (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2025), S. 109 f.

<sup>216</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.1: Antrag auf Akademie der Hansestadt Lübeck, November 1960.

<sup>217</sup> o.V., „Medizinische Akademie für Lübeck gebilligt“, *Lübecker Nachrichten*, 1961, siehe online unter: <https://www.uni-luebeck.de/aktuelles/nachricht/artikel/medizinische-akademie-luebeck-gebilligt.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025.

<sup>218</sup> Stoff, a.a.O., FN 218, S. 110.

<sup>219</sup> Ebd.

<sup>220</sup> Signatur 4.5-5-4.5-7. 4.5-6/ Vorwort des Findbuches zum Kapitel 4.5-6

<sup>221</sup> Stoff, a.a.O., FN 218, S. 112.

klinischen Abschnitt auf. Zwei Jahre später waren es bereits über 300 Studenten.<sup>222</sup>  
Der vorklinische Abschnitt wurde ab 1979 angeboten.<sup>223</sup>

#### 4.4.2 Nur langsame Modernisierung der psychiatrischen Abteilung

Mit der Gründung der MAL 1964 wurde das Krankenhaus ausgebaut und stückweise modernisiert. Lübeck ist jedoch auch ein Beispiel dafür, wie nachhaltig die Vernachlässigung der Psychiatrie trotz Reformforderungen anhalten konnte.<sup>224</sup> Die 68er-Bewegung sorgte bundesweit für große gesellschaftliche Umwälzungen. Die Forderungen nach gesellschaftlichem Wandel machten auch vor der Psychiatrie keinen Halt. Es wurden gemeindenahere therapeutische Angebote sowie eine bessere Eingliederung in die Gesellschaft gefordert. In Deutschland gingen, von den USA und Großbritannien inspiriert, Reformideen von vereinzelt Universitätskliniken aus.<sup>225</sup> So veröffentlichten die Heidelberger Universitätspsychiater Häfner, v. Baeyer und Kisker 1965 einen Forderungskatalog mit dem Titel „*Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik*“. Sie forderten darin unter anderem eine Reduzierung der Betten in den Landeskrankenhäusern sowie eine gemeindenahere psychiatrische Patientenversorgung.<sup>226</sup> Die gesellschaftlichen Forderungen mündeten in Deutschland in der Psychiatrie-Enquête, einer von der Bundesregierung eingesetzten unabhängigen Sachverständigen-Kommission, die 1975 ihren Bericht vorlegte und weitreichende Verbesserungen forderte.<sup>227</sup>

In Schleswig-Holstein waren die Missstände bereits seit den 1950er Jahren bekannt und seit den 1960ern offiziell bestätigt. So wurde beispielsweise bereits 1962 ein Gutachten des schleswig-holsteinischen Landtages in Auftrag gegeben. Im Ergebnis zeigte sich, dass es in der psychiatrischen Versorgung seit den 1950er Jahren zu keinen wesentlichen Verbesserungen gekommen war. Der Bauzustand der Landeskrankenhäuser wurde bemängelt, Überbelegungen und Personalmangel ebenfalls als Probleme benannt.<sup>228</sup>

---

<sup>222</sup> Hans Schönherr, „Medizinische Akademie im Aufbau – aus 14 Studenten 1964 wurden bis heute über 300 – Erweiterungsbauten geplant“, *Lübecker Nachrichten*, 24. September 1966.

<sup>223</sup> o.V., „Das Fundament für die Universität Lübeck gelegt“ – 300 zusätzliche Studienplätze in Humanmedizin“, *Kieler Nachrichten*, 30.03.1979.

<sup>224</sup> Borck und Lingelbach, a.a.O., FN 39.

<sup>225</sup> Vgl. dazu Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1, S. 27ff.

<sup>226</sup> Heinz Häfner et al., a.a.O., FN 3.

<sup>227</sup> Deutscher Bundestag, a.a.O., FN 3.

<sup>228</sup> Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1, S. 74 ff.

Die Sanierungen der einzelnen Einrichtungen ging vor allem in Schleswig-Holstein nur langsam vonstatten. Auch die Psychiatrie-Enquête sorgte zu keiner schlagartigen Verbesserung der Verhältnisse.<sup>229</sup> So beschrieb noch 1988 der Sozialminister Günter Jansen die Zustände in den Psychiatrien als ernüchternd und konstatierte, dass seit Mitte der 1970er Jahre eine Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung nicht vorangetrieben worden sei.<sup>230</sup>

Die Lübecker Abteilung war zwar kein Landeskrankenhaus, aber dennoch waren bauliche Sanierungen dringend nötig. Prof. Schmidt versuchte laut eigenen Angaben bereits seit seiner Anfangszeit 1947 als Klinikdirektor gezielt, Modernisierungen und einen Neubau für seine Abteilungen zu erwirken.<sup>231</sup> Erste Umsetzungen und Transformationen fanden sich im Quellenmaterial allerdings erst 20 Jahre später. In einem Sitzungsprotokoll des Verwaltungsrates vom 16.05.1967 sollte ein Ausbau von drei Räumen im Dachgeschoss auf der geschlossenen Frauenstation erfolgen. Die Pläne sahen einen Hypnoseraum, einen Raum für psychologische Testungen und einen Raum für Verhaltensbeobachtung mit insgesamt 63 Quadratmetern vor.<sup>232</sup> Ob dies umgesetzt wurde, konnte nicht nachvollzogen werden. In einem späteren Schreiben vom 30.08.1968 schrieb der damalige Lübecker Senator über die vom Bauausschuss beschlossenen Pläne, dass anstelle der Baracken ein Neubau entstehen sollte. Er betonte den Bedarf an psychiatrischen Betten: *„Eine Verringerung der Bettenzahlen für Erwachsene kann bei dem derzeitigen Bedarf nicht vorgenommen werden.“*<sup>233</sup> Allerdings hatte die junge MAL Schwierigkeiten sich zu finanzieren und es wurde insgesamt nach Möglichkeiten gesucht, die Kosten für den Ausbau und die Sanierungen einzudämmen. Nur wenige Wochen später wurde in einer erneuten Sitzung des Bauausschusses beschlossen, dass für die Nervenklinik doch kein Neubau errichtet werden sollte. Stattdessen sollte *„anstelle eines Neubaus der Pavillon 25a/b mit einem wesentlich geringeren Kostenaufwand saniert [werden]“*<sup>234</sup> Prof. Schmidt wurde von der Geschäftsführung am 23.09.1968 über diesen Beschluss informiert. Er wandte sich an Senator Steinbrecher und widersprach

---

<sup>229</sup> Siehe hierzu Borck und Lingelbach, a.a.O., FN 39.

<sup>230</sup> Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1, S. 74-77.

<sup>231</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Brief von Schmidt an Senator mit Ablehnung der Sanierung auf Kosten eines geplanten Neubaus 26.09.1968.

<sup>232</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 133: Sitzung des Bauausschusses vom 22.05.1967.

<sup>233</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Schreiben von Senator über geplanten Ersatzbau für psychiatrische Nervenklinik 30.08.1968.

<sup>234</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Auszug aus Niederschrift über Sitzung des Verwaltungsrates am 27.09.1968.

vehement. Zuerst bemängelte er, dass weder er noch seine Oberärzte in die Entscheidung mit einbezogen worden waren und betonte, „*daß ein Neubau von der Fakultät einstimmig befürwortet und vom Verwaltungsrat (Anfang des Jahres [1968]) beschlossen worden [war].*“<sup>235</sup> Die „Scheinlösung“, wie er den Beschluss nannte, bezeichnete er als „Stückwerk“, welches ein Provisorium verewige, das „*nach dem Barackenräumungsprogramm längst abgeschafft sein sollte*“.<sup>236</sup> Zudem nutzte er für seine Argumentation die zu der Zeit aktuellen gesellschaftlichen Forderungen, die psychiatrische Versorgung besser aufzustellen, und nannte die Absage des Neubaus ein Politikum:

*Psychiatrisch Kranke, lange genug disqualifiziert, sollten jetzt endlich auch nach außen hin die notwendige Aufwertung erhalten. Hierzu gehört nicht nur das ärztliche Handeln, auch die adäquate Klinik.*<sup>237</sup>

Im Abschlussteil seines Briefes hieß es weiter:

*Nachdem ich mich fast zwei Jahrzehnte um einen Neubau bemüht habe, darf ich nunmehr vor meiner Emeritierung – gut 4 Jahre – meinen Nachfolger nicht mit der Hypothek eines Dauerprovisoriums belasten. Als Klinikleiter und Arzt kann ich unter keinen Umständen der vorgeschlagenen Notlösung zustimmen.*<sup>238</sup>

Schmidts Widerspruch führte dazu, dass bereits einige Tage später, am 27.09.1968, der Verwaltungsrat in seiner Sitzung beschloss „*in Zusammenarbeit mit dem Klinikdirektor und dem Bauamt der Medizinischen Akademie erneut im Bauausschuß [zu] beraten*“.<sup>239</sup> Hierbei sollte es jedoch nur um Sanierungen gehen. Um weiteren Druck auszuüben, forderte Schmidt bauliche Gutachten an, die die baulichen Mängel offiziell machen sollten. Im Ergebnis wurde der desolate Bauzustand bestätigt. Die Baracke war zu eng und zugig. In der Nacht wurden die Heizungen abgestellt, so dass die Pflege in der Nachtschicht und das ärztliche Personal insbesondere im Winter im Kalten arbeiteten. Das Küchenpersonal musste in einer zu kleinen Küche arbeiten, von

---

<sup>235</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Brief von Schmidt an Senator mit Ablehnung der Sanierung auf Kosten eines geplanten Neubaus 26.09.1968.

<sup>236</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Schreiben von Prof. Schmidt an den Senator Steinbrecher vom 26.09.1968.

<sup>237</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Schreiben von Prof. Schmidt an den Senator Steinbrecher vom 26.09.1968.

<sup>238</sup> Ebd.

<sup>239</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Auszug aus Niederschrift über Sitzung des Verwaltungsrates am 27.09.1968.

den Wänden blätterte Farbe ab. Anamnesegespräche zwischen Patienten und Ärzten konnten kaum vertraulich geführt werden, da die Wände dünn und hellhörig waren. Das Personal musste improvisieren, um den klinischen Ablauf zu gewährleisten. So wurde beispielsweise auf der Station 25 die Morgengymnastik aufgrund fehlender Räumlichkeiten auf dem Flur durchgeführt (s. Abbildung 7).



Abbildung 7: Foto (Hans Kripgans) aus den Lübecker Nachrichten 21.02.1969: Zu sehen sind Patienten während der Morgengymnastik auf dem Flur der Station 25.

Zusammenfassend stellte der begutachtende Medizinaldirektor fest: „*Ich empfehle, die Baracke wegen der aufgeführten Nachteile durch einen festen Bau zu ersetzen.*“<sup>240</sup>

---

<sup>240</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Zusammenfassung Gutachten über Baracken der Nervenklinik 11.12.1968.

Bei einer weiteren Sitzung des Bauausschusses im Februar 1969 setzte sich dieser nun für einen Neubau ein. Jedoch sollte dieser *„Neubau an ein großes Institutsgebäude angehängt werden.“*<sup>241</sup> Schmidt wandte sich erneut an den Senator und opponierte. Er befürchtete, dass dieser Neubau drohte, *„in den Planungsschlingen eines Institutskomplexes für unbestimmte Zeit niedergehalten zu werden“.*<sup>242</sup> Inwieweit die Verhandlungen im Detail weiterbehandelt wurden, ließ sich aus dem Quellenmaterial nicht entnehmen. Fest steht jedoch, dass sich Schmidts Befürchtungen bewahrheiteten. Trotz der *„Dringlichkeit einer zeitgemäßen Unterbringung der Kranken, die [...] ein Vierteljahrhundert nach Kriegsende noch immer in den Baracken behandelt [wurden]“*, kam es zu keinem Neubau.<sup>243</sup> Von der Politik vernachlässigt und vergessen, bestritt das Personal seit Gründung des Krankenhauses Ost seinen Alltag in zunehmend baulich veralteten und baufälligen Gebäuden. Die Baracken hielten sich hartnäckig. Noch heute befindet sich die Ambulanz der Neurologie der Universitätsklinik Lübeck in der Baracke der ehemaligen Station 25a/b.<sup>244</sup> Fast 15 Jahre nach Absage des Neubaus beanstandete Schmidts Nachfolger Prof. Dilling 1984 die maroden Zustände der Stationen 5 und 6, die in den ursprünglichen Gebäuden der Heilanstalt Strecknitz untergebracht waren: *„Dringend notwendig ist die Modernisierung der Stationen 5 und 6, die immer wieder von Patienten und besonders auch von den Besuchern als unmodern und unakzeptabel beurteilt werden.“*<sup>245</sup> Erst mit dem Bau des Zentralklinikums im Jahre 1991 wurden Räumlichkeiten frei. Allerdings war es wieder nicht die Psychiatrie, die in einen Neubau zog, sondern die Medizinische Klinik I wurde im modernen neuerrichteten Zentralklinikum untergebracht.<sup>246</sup> Einige Jahre später zogen nach einer Grundsanierung unter Prof. Dilling 1996 ein Teil der psychiatrischen Abteilung in das zuvor von der Med. Klinik I genutzte Haus 3 ein.<sup>247</sup>

---

<sup>241</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Brief von Schmidt an Senator Steinbrecher 09.02.1969.

<sup>242</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Brief von Schmidt an Senator Steinbrecher 09.02.1969.

<sup>243</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62: Brief von Schmidt an Senator Steinbrecher 09.02.1969.

<sup>244</sup> Lageplan Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck, siehe online unter: [https://www.uksh.de/uksh\\_media/Lagepläne/Allgm\\_+Campus+Lübeck/Flyer\\_Luebeck\\_Campus+Lotse\\_allg.pdf](https://www.uksh.de/uksh_media/Lagepläne/Allgm_+Campus+Lübeck/Flyer_Luebeck_Campus+Lotse_allg.pdf) / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025.

<sup>245</sup> Dilling, a.a.O.; FN 36, S.6.

<sup>246</sup> o.V., „Zwei Minister gratulierten der Lübecker Universität, *Lübecker Nachrichten*, 09.11.1991; o.V., „Die Atmosphäre gefällt“, *Lübecker Nachrichten*, 09.11.1991, S. 11, siehe online unter: <https://www.uni-luebeck.de/50jahre/seite/artikel/zentralklinikum-ingeweiht.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025.

<sup>247</sup> H.-D. Hellmann, „Fit für das normale Leben – Mit Millionenaufwand wird Lübecks Uni-Psychiatrie saniert“, *Lübecker Nachrichten*, 03.09.1996, S. 14, siehe online unter: <https://www.uni->

Aus heutiger Sicht ist es erstaunlich, wie früh sich Schmidt – bereits vor rund 80 Jahren – wiederholt für einen Neubau einsetzte, und dass dieser aber bis heute nicht realisiert wurde. Die erst 20 Jahre nach der Psychiatrie-Enquête erfolgte Grundsanierung der psychiatrischen Gebäude stimmt mit den Ergebnissen der jüngeren Forschung über die Psychiatrie-Enquête und den Zeitraum von 1975 bis 1990 überein<sup>248</sup>: Obwohl es Initiativen zur Etablierung sozialpsychiatrischer Strukturen gab, hielten sich veränderungsresistente Strukturen und zurückhaltende Investitionen in die Psychiatrie hartnäckig.<sup>249</sup>

## 5 Diagnostische und therapeutische Praxis in der psychiatrischen Abteilung

Bei der Patientenaufnahme erfolgte zunächst die Anamnese. Protokolliert wurde diese überwiegend in der direkten Rede der Patienten. Dann folgten die internistischen und neurologischen Aufnahmeuntersuchungen sowie eine kurze psychiatrische Exploration. Der weitere Krankenhausaufenthalt wurde in den Verlaufsbeobachtungen festgehalten. Desweiteren kamen in die Akte Untersuchungsbefunde, die Stationskurve, Arztbriefe und je nach Fall Egodokumente, Briefe von Angehörigen sowie Verwaltungsschreiben.

### 5.1 Die Patientenakte

#### 5.1.1 Aufbau der Patientenakte

Mit Ende des Zweiten Weltkriegs und dem Ende der Nazi-Zeit wurde 1947 ein neues Krankenblatt für das gesamte Krankenhaus bzw. für alle Abteilungen eingeführt. In den neuen Aufnahmebögen gab es weder für die Anamnese noch für die körperliche oder neurologische Untersuchung vorgefertigte Vordrucke. Zudem fielen alle Fragebögen weg. Vor 1947 hatte es Fragebögen zu familiären und eigenen psychiatrischen Vorerkrankungen gegeben, die die Patienten selbst ausfüllen mussten.<sup>250</sup> Abbildung 8 zeigt ein Exemplar des neuen Krankenblattes. Im oberen Teil

---

[luebeck.de/aktuelles/nachricht/artikel/gebaeudesanierung-im-altbereich-des-campus.html](http://luebeck.de/aktuelles/nachricht/artikel/gebaeudesanierung-im-altbereich-des-campus.html) / Tag des letzten Zugriffs: 15.07.2025.

<sup>248</sup> Borck und Lingelbach, a.a.O., FN 39.

<sup>249</sup> Beyer<sup>b</sup> et.al, a.a.O., FN 6, S. 82 ff.

<sup>250</sup> Im oberen Abschnitt des Krankenblattes wurden die Abteilung, die Unterbringungsklasse, Tag der Aufnahme und Entlassung sowie die Patientenstammdaten erfasst. Darunter fielen der Name,

wurden Patientenstammdaten erfasst. Im unteren Abschnitt befindet sich ein blanko Feld für die Anamnese. Ein kleiner rechteckig eingerahmter Bereich mit weiteren Fragen zu ansteckenden Krankheiten, Berufskrankheiten oder sogenannten Krüppelleiden zielte auf Umstände, die weiteres Handeln der öffentlichen Verwaltung erforderlich machen würden. Es sei erwähnt, dass sich in der untersuchten Stichprobe keine Akte fand, in der diese Felder markiert wurden, was zeigt, dass diese Rubriken für die Psychiatrie offenbar wenig Relevanz hatten.

---

Geburtstag, Beruf, Familienstand, Kostenträger, Einweisender Arzt, Diagnose bei Aufnahme sowie die Diagnose bei Entlassung. Bei Frauen wurde oftmals „Ehefrau“ oder „Hausfrau“ als Beruf eingetragen oder der Beruf des Ehemannes notiert.

**Städtische Krankenanstalten Süd und Ost, Lübeck**  
 Städtisches Krankenhaus Ost  
 Ratzeburger Allee  
 Psychiatrische Abteilung

Abt. 6 Klasse ..... Kr. Reg. Nr. .... Aufnahme-tag: 17. III. 47  
 Zuname: [redacted] geborene: ..... Beruf: Rechnerin  
 Vorname: [redacted] Geburtstag: [redacted] Familienstand: ledig  
 Wohnung: [redacted] Kostenträger: 704 - Lübeck

Diagnose:  
 a) bei der Aufnahme: schwere Arteriosclerose Einweisender Arzt: Dr. Niemann  
Geistesstörung  
 b) bei der Entlassung: senile Demenz Hat Bericht erhalten am: .....  
 Entlassungstag: 4. 5. 47

Entlassungsbefund:  
 Geheilt, arbeitsfähig, nicht arbeitsfähig, gebessert, ungebessert in weitere ärztliche Behandlung W. H. Witzgalla  
(Zutreffendes unterstreichen)

Gestorben am ..... 194 ..... vor nach mittags ..... Uhr.

Operation und Datum: ..... durch ..... R. St. Nr. ....

Gewicht bei der Aufnahme: ..... kg Erbkrankheit: ja - nein  
 „ „ Entlassung: ..... kg

**Krankengeschichte:**

Pat. kommt nach tief. Traumbildung durch den  
 ein unruhigen Pat. mit Wankbewegungen in Tätigkeit  
 der Nicht. Frau Frieda Brubow 1970 Haus 6 am  
 und geht dem Wachsack zu.

Olygother Traumann: (Nicht. Frieda Brubow wohnt bei Traumann)  
Familie: Schwester und Bräutigam der Pat. am längeren  
 geboren mit 64 bzw. Ende 50. Keine Verwandten.  
Erzogen: Keine nachh. Krankheiten bekannt

Todes: Seit 1942 war Pat. auffällig, sehr unruhig; der Zustand wurde  
 mit dem Brombeerengetränk auf Lübeck in Zusammenhang gebracht, wo  
 Pat. mit dem Hauskett total abtraunte. 1945 gab der Sohn

Zur Beachtung	
und Beantwortung durch den Abteilungsarzt.	
ist gemeldet	
a) ansteckende Krankheit?	ja nein
b) Berufskrankheit?	ja nein
c) Krüppelleiden?	ja nein
(Zutreffendes unterstreichen)	
Dr. ....	

Abbildung 8: Krankenblatt ab 1947

Auf das Krankenblatt folgten einige blanko Seiten, also ohne vorgezeichnete Linien oder Felder. In Rahmen der Entnazifizierung waren die „eugenischen“ Punkte in den

Anamnesebögen höchstwahrscheinlich gelöscht worden, da Lübeck 1947 noch unter britischer Besatzung stand.<sup>251</sup>

Die Entwicklung von der Heilanstalt Strecknitz über eine Einrichtung der NS-Eugenik zu einer Abteilung innerhalb eines städtischen Krankenhauses lässt sich anhand der Veränderungen in den Krankenblättern gut nachzeichnen.

Bei allen psychiatrischen Patienten wurde routinemäßig eine körperliche Untersuchung durchgeführt, regelhaft die Vitalparameter (Blutdruck, Puls, Temperatur) erhoben, Blut abgenommen und ein EKG geschrieben sowie eine Röntgenaufnahme der Lunge gemacht. Lagen weitere Erkrankungen vor, die einer Röntgenaufnahme bedurften, wurden diese ebenfalls durchgeführt.<sup>252</sup> Über die internistische Standarddiagnostik hinaus wurden teils spezifischere Untersuchungen wie die Stoffwechseluntersuchung durchgeführt, um den Umsatz der Patienten festzustellen. Neurologisch wurden routinemäßig vor allem die Reflexe überprüft. Zudem wurde häufig eine Liquorpunktion mit Lues-Serologie durchgeführt. Weitere Untersuchungen konnten eine Elektroenzephalographie (EEG) und eine Pneumoencephalographie sein, wobei diese keine Routineuntersuchungen darstellten.<sup>253</sup> Aus der untersuchten Stichprobe erhielten nur 19 Patienten ein EEG und 15 Patienten eine Pneumoencephalographie.

Zur kompletten Krankengeschichte gehörte darüber hinaus die Verlaufsbeobachtung, die den Krankenhausaufenthalt dokumentierte. Sie enthielt wiederholt Explorationen, Diagnostik und Therapien sowie erneute psychiatrische Befunde, die während des Krankenaufenthaltes durchgeführt wurden. Sowohl inhaltlich als auch vom Dokumentationsstil her beinhalteten die Verlaufsbeobachtungen verschiedenste

---

<sup>251</sup> Nach der Auflösung der Heilanstalt Strecknitz im Jahre 1941 wurden sukzessive neue Krankenblätter mit der Überschrift „Städtisches Krankenhaus Ost, Ratzeburger Allee“ eingeführt. Diese Krankenbögen waren jedoch um einige „eugenische“ Punkte ergänzt worden. So gab es ein Terminfeld für eine eventuell geplante „Unfruchtbarmachung“ Hinzu kamen bei der körperlichen Untersuchung noch Fragen zum Körperbautyp (nach Kretschmer) und dem „Rasseanteil“ hinzu. Diese Felder waren bei den gezogenen Akten jedoch nicht ausgefüllt worden.

<sup>252</sup> Siehe hierzu HPA: Signatur 49AU/AN0300: Krankengeschichte: z. B. Röntgen des Knies bei einer vorliegenden Arthrose.

<sup>253</sup> Die Patienten, die ein EEG erhielten, wiesen Diagnosen wie eine Epilepsie, organische Hirnveränderungen, Psychosen u.a. auf. Auf einem EEG-Befund mit Ergebnisbeschreibung (HPA: Signatur 54ER/OS0810) fand sich oben rechts das Datum und eine Nummer: 23.09.1954; EEG 386/54. Dies könnte ein Hinweis auf eine laufende Untersuchungsnummer im Jahre 1954 sein. So wären 1954 bis Ende September 386 EEGs durchgeführt worden.

Eine Pneumoencephalographie wurden bei Patienten mit Verdacht auf Hirntumoren oder hirnorganischen Veränderungen durchgeführt, die sich abbilden ließen. Bei der Pneumoencephalographie wurde den Patienten Liquor entnommen und stattdessen Luft zugeführt. Diese Untersuchung diente der röntgenologischen Darstellung der Liquorräume im Gehirn und ging mit starken Kopfschmerzen einher, weshalb es vorkam, dass Patienten diese Untersuchung ablehnten.

Eintragungen. Häufig gab es zu Notizen, in denen das Personal Verhalten, Stimmung oder Kommunikationsweise der Patienten festhielt, wie z. B.: „*Heute überraschend heiter*“.<sup>254</sup> Teilweise gab es täglich Einträge. Der größte Abstand betrug etwas mehr als eine Woche. Der Umfang variierte von ein paar Wörtern bis hin zu längeren Absätzen von einer Viertel Seite.

Schriftliche Einwilligungen von Angehörigen zu Eingriffen wie Elektroschockbehandlungen oder Pneumoencephalographien wurden direkt in der Verlaufsbeobachtung niedergeschrieben: „*Ich bin mit der Durchführung einer Schocktherapie bei meinem Mann einverstanden. Über die Therapie bin ich unterrichtet worden. [Unterschrift]*“.<sup>255</sup>

Es kam regelmäßig zu erneuten „*Explorationen*“, die wieder im Stil der Anamnese, sprich mit fast ausschließlicher Protokollierung der direkten Rede des Patienten, geführt und dokumentiert wurden. Dabei wurde wie im Aufnahmegespräch nach dem aktuellen Befinden gefragt. Vereinzelt fanden Chefvisiten statt, die in der Akte mit „*Chef*“ gekennzeichnet wurden. Diese wurden ebenfalls „*Explorationen*“ genannt. Das Gesagte der Patienten wurde wieder wortgetreu aufgeschrieben, die von Prof. Schmidt gestellten Fragen wurden in Klammern gesetzt. Daraus lässt sich schließen, dass diese Dokumentation der wörtlichen Rede der Patienten direkt seinen Vorgaben entsprach bzw. für seinen psychiatrischen Behandlungsstil charakteristisch war. Allerdings muss auch erwähnt werden, dass unklar bleibt, wie selektiv die O-Töne notiert wurden. Grundsätzlich erfolgten die Chefvisiten bei allen Patienten unabhängig vom Versicherungsstatuts, allerdings ist nicht ersichtlich, in welchen Zeitabständen die Visiten stattgefunden haben und welches Patientenkielntel genau vom Chefarzt visitiert wurde und welches nicht. Den Handschriften zufolge führte der Chefarzt die Exploration durch, während ein Assistenzarzt die Visite dokumentierte. Kurz vor der Entlassung fand ein abschließendes Gespräch statt, dass erneut mit „*Exploration*“ markiert in der Verlaufsbeobachtung dokumentiert wurde und im Wesentlichen dem Aufnahmegespräch glich. Darunter fand sich manchmal eine erneute psychische Untersuchung und eine abschließende Diagnose. Das Abschlussgespräch fand sich nicht regelhaft in jeder Verlaufsbeobachtung. Es scheint im Stationsablauf jedoch ein vorgesehener Bestandteil gewesen zu sein, wie folgendes Zitat vermuten lässt: „*Der Versuch einer abschließenden Exploration schlägt fehl*“.<sup>256</sup>

---

<sup>254</sup> HPA: Signatur 49UR/CK088 Verlaufsbeobachtung vom 16.03.1949.

<sup>255</sup> HPA: Signatur 49UR/CK088 Verlaufsbeobachtung vom 08.03.1949.

<sup>256</sup> HPA: Signatur 51AR/IE0834 Verlaufsbeobachtung vom 18.12.1950.

Die Dokumentation der Krankengeschichte erfolgte im Laufe der Jahre zunehmend per Schreibmaschine. Wurde handschriftlich notiert, haben die Ärzte direkt in die Akte geschrieben. Bei den in Schreibmaschinenschrift verfassten Anteilen haben entweder die Ärzte selbst oder die Arztschreiberinnen die Akte weitergeschrieben. Hierfür dürfte es Notizen gegeben haben, die dann abgetippt wurden. Dies führte zu einer besseren Lesbarkeit, allerdings auch zu einem höheren bürokratischen Aufwand. Wie in Abbildung 9 zu sehen, wurde in den Akten zum Teil alternierend in Handschrift und in Schreibmaschinenschrift dokumentiert.

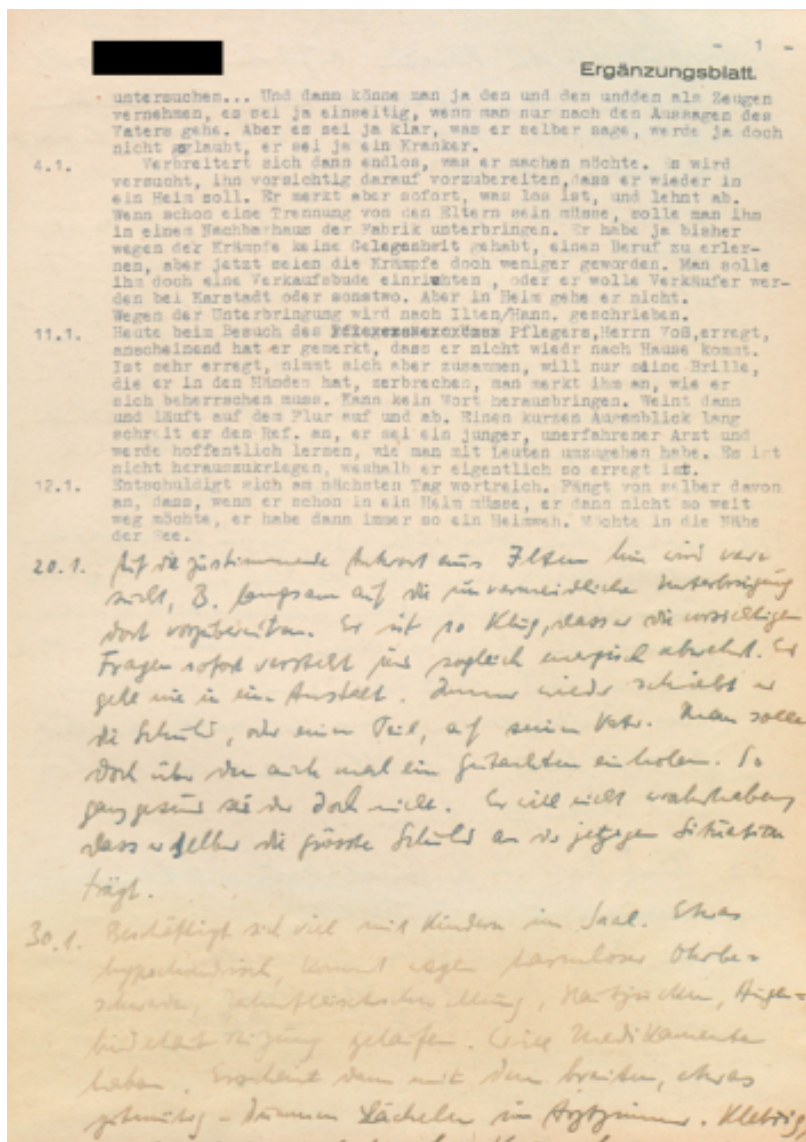


Abbildung 9 Verlaufsbeobachtung Sign.: 50RN/ER0323

Der Aufbau zeigt, dass zwar weniger vorgegebene Formulare, aber trotzdem standardisierte Abläufe in der Dokumentation gab und jeder Patient einen vorgegebenen Ablauf durchlief.

### 5.1.2 Besonderheit: Ausführliche Anamnese im O-Ton

Insgesamt zeigte sich, dass die Lübecker Nervenärzte die psychiatrische Krankengeschichte so erfassten, wie damals in der deutschen Literatur empfohlen. Allerdings hebt sich die Anamnese deutlich von der Literaturempfehlung ab und zeichnete sich durch eine teils seitenlange Dokumentation des O-Tons der Patienten aus.<sup>257</sup> Die wörtliche Wiedergabe wurde in der Literatur zwar für einzelne Passagen in der Anamnese empfohlen, diente aber vorrangig der Illustrierung von pathologischen Zuständen bzw. charakteristischen oder pathognomischen Symptomen wie „*Abschweifen, Zerfahrenheit, Wortneubildung, Umständlichkeit*“.<sup>258</sup> Die Lübecker Praxis, seitenlange Protokolle der O-Töne anzufertigen, wurde in der Literatur nicht explizit als Methode beschrieben. Zudem fanden sich beispielsweise in den (wenigen) Arztbriefen aus dem Landeskrankenhaus Neustadt an die Lübecker Psychiatrie keine direkten Zitate der Patienten, so dass diese gründliche Dokumentation als eine Besonderheit der Lübecker psychiatrischen Abteilung angesehen werden kann. Darüber hinaus gab es laut Kloos zwei Formen der Anamnese: Zum einen die objektive Anamnese, die Angaben von Anderen über den Patienten enthielt, heutzutage oftmals Fremdanamnese genannt, zum anderen die subjektive Anamnese, die aus Angaben bestand, die ein Patient über sich selbst machte. Beide Anamneseformen seien wichtig, um ein umfassendes Bild zu erhalten.<sup>259</sup> In den untersuchten Patientenakten zeigte sich, dass ungefähr bis 1948 genau diese Unterteilung in objektiv und subjektiv vorgenommen wurde. Ab 1948 wurde dann hauptsächlich die subjektive Anamnese durchgeführt, da überwiegend die Aussagen der Patienten dokumentiert wurden. Diese Veränderung fällt zeitlich mit der vermehrten Dokumentation von O-Tönen, mitsamt Sprachfehlern und Dialekten, der Patienten zusammen. Die Änderungen im Protokollierungsstil dürften im Zusammenhang mit der Übernahme der Klinikleitung durch Prof. Schmidt im Jahre 1947 stehen, auch wenn sich für diese Vermutung keine entsprechenden Belege finden ließen. Die Länge und detailgetreue Wiedergabe der direkten Rede ist bemerkenswert, da weder in den Patientenakten noch in den Verwaltungsunterlagen

---

<sup>257</sup> In der Literaturrecherche fand sich oft der Begriff „Vorgeschichte“ für den heutzutage gängigen Begriff „Anamnese“. Zum besseren Verständnis wird in der vorliegenden Arbeit der Begriff „Anamnese“ benutzt.

<sup>258</sup> Gottfried Ewald, *Neurologie und Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 4. Auflage (München-Berlin: Urban&Schwarzenberg, 1959), S. 547.

<sup>259</sup> Gerhard Kloos, *Grundriß der Psychiatrie und Neurologie mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungstechnik*, 3. Auflage (München: Verlag von Rudolph Müller & Steinicke, 1953), S. 21.

Hinweise gefunden wurden, dass stenographiert wurde. Es konnte hingegen rekonstruiert werden, dass die Schreibkräfte teilweise während der Aufnahmegespräche direkt im Untersuchungszimmer mit einer Schreibmaschine Gespräche dokumentierten.<sup>260</sup>

Zuerst wurde notiert unter welchen Umständen und mit welcher Erstdiagnose der Patient in die Klinik kam. Die dann folgende direkte Rede wurde mit Dialekten, Sprechpausen und grammatikalischen Fehlern notiert. Gedankenstriche könnten Sprechpausen oder Auslassungen markieren. Unterbrochen wurde die dokumentierte direkte Rede wiederholt durch Zwischenfragen des Untersuchers, die in Klammern gesetzt und oftmals nicht komplett ausformuliert wurden.

Inhaltlich erfragte der Untersucher standardmäßig den Grund des Kommens, die Biografie, Angaben zum Sozialstatus sowie die Arbeitsverhältnisse. Die niedergeschriebenen Aussagen aus den Anamnesen wurden ernst genommen und in die Arztbriefe übernommen: „*Ich höre immer Stimmen [...] (Stimmen?) Immer verfolgt werden. Sowie ich aufwache. [...] An den Wänden sehe ich manchmal Zeichen.*“ Im Arztbrief hieß es: „*Außer solchen akustischen Sinnestäuschungen scheint [die Patientin] auch optisch zu halluzinieren (Zeichen sah ich immer ...Streifen...Lichtstreifen)*“.<sup>261</sup>

Bei Bedarf wurden Dritte – Ehepartner, Eltern oder Nachbarn beispielsweise – zur Anamnese befragt. Dies war vor allem der Fall, wenn Patienten nicht ansprechbar oder dement waren. Auch bei diffusen oder widersprüchlichen Aussagen wurden Angehörige hinzugezogen. Die Aussagen dieser dritten Personen folgten unmittelbar auf die Anamnese der Patienten z. B. mit dem Hinweis „*Angaben vom Ehemann*“ oder „*Mutter*“. Der Dokumentationsstil glich dem der Patientenanamnesen. Bei minderjährigen Patienten wurden regelhaft die Eltern befragt.

Auch die Fremdanamnesen wurden für die Beurteilung der Patienten ernst genommen und verwendet. So wurde beispielsweise auch der Ehemann der oben zitierten Patientin befragt. Er berichtete: „*Nachts wurde [die Patientin] wach, machte Licht, ging überall rum, sagte da ist einer im Haus.*“<sup>262</sup> Seine Aussage wurde im Arztbrief identisch

---

<sup>260</sup> Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.151: Gutachten zur Gründung der Medizinischen Akademie Lübeck/Januar 1963: Hier geht hervor, dass für eine zukünftige Personalplanung für die psychiatrisch/neurologische Abteilung 2 Schreibkräfte als Arztgehilfinnen vorgesehen waren. Das Gutachten beschreibt zwar eine noch nicht umgesetzte Personalplanung, jedoch ging es hier um die entstehenden Personalkosten, so dass angenommen werden kann, dass die aufgezählten Professionen auf den Stationen bereits eingesetzt wurden.

<sup>261</sup> HPA: Signatur 56HR/ED0520: Anamnesegespräch vom 08.06.1956.

<sup>262</sup> HPA: Signatur 56HR/ED0520: Fremdanamnese des Ehemanns vom 08.06.1956.

wiedergegeben: „Der Ehemann berichtete, die Pat. sei nachts plötzlich aufgestanden, habe Licht gemacht, gemeint es sei jemand im Haus.“<sup>263</sup>

Das Beispiel einer anderen Patientin zeigt, wie sehr die Ärzte von der Fremdanamnese abhängig sein konnten und welches Gewicht diese hatten. Die Patientin litt an einer Schizophrenie, die erst im höheren Alter eingesetzt hatte. Sie war alleinstehend und hatte keine näheren Verwandten in der Umgebung, so dass eine Bekannte befragt wurde. Ihre Aussagen über gute Schulleistungen und spätere Leistungen als Buchhalterin wurden im Arztbrief übernommen und positiv ausgelegt, um zu betonen, dass die Patientin bis zum Eintritt der Erkrankung ein gesellschaftlich akzeptables Leben geführt hatte. Somit bildeten die Aussagen der Bekannten eine wichtige und hier einzige Grundlage für die Vorgeschichte der Patientin, die auf die Beurteilung einen Einfluss hatte.

Generell kam es bei den Anamnesen auch auf die Art und Weise des Gesagten an. Dabei ist allerdings zu beachten, dass man nur das erfährt, was den Ärzten als protokollierungswürdig erschien. Was wiederum bedeutet, dass die Auswahl des Festgehaltenen einem gewissen Zweck dienen musste.

Wofür wurde die ausführliche Dokumentation im Alltag genutzt? Der ausführliche Dokumentationsprozess fiel auch den Patienten auf. In Ausnahmefällen sind Äußerungen darüber festgehalten. So sagte eine Patientin während des Stationsaufenthaltes: „Sie schreiben ja jedes Wort auf. Dann mag ich bald gar nichts mehr sagen, wenn Sie jedes Wort aufschreiben.“<sup>264</sup> Auf die Aussage wurde nicht eingegangen, auch die Patientin geht laut Protokollierung nicht weiter darauf ein, spricht weiter und beantwortet weitere Fragen zu Ihrer Krankheitsgeschichte.

Bei einem anderen Patienten notierten die Ärzte, dass er darum bat, „das Aufschreiben seines ‚Romans, zu lassen, er könne sich nicht frei aussprechen, wenn er das Gefühl habe, die Sachen würden auch von anderen gelesen werden können“.<sup>265</sup> Auf seinen Wunsch, „dass wörtliches nicht aufgeschrieben würde“, wurde eingegangen. Allerdings, so wurde angemerkt, müssten Notizen gemacht werden, „da eine Unterlage für die Behandlung vorliegen müsse“.<sup>266</sup> Diese Aussage zeigt einen ersten offensichtlichen Grund für die Dokumentation: Sie bildete die Grundlage für die Behandlung. Das erklärt aber noch nicht die übermäßige Nutzung der direkten Rede.

---

<sup>263</sup> Ebd.

<sup>264</sup> HPA: Signatur 56NG/ET0538 Verlaufsbeobachtung vom 18.04.1956.

<sup>265</sup> HPA: Signatur 54AN/OG0605 Verlaufsbericht, ohne Datum.

<sup>266</sup> Ebd.

Therapeutische Absichten konnten bei dieser Aufschreibep Praxis nicht ausgemacht werden. Jedoch liefern die Arztbriefe einen Hinweis auf den Grund für die ausgedehnte Nutzung der direkten Rede: Sie dienten der Unterstreichung der Symptome und der davon abgeleiteten Diagnosen und erklärten damit den Behandlungsverlauf, wie z. B. die Verordnung einer Elektroschockbehandlung als schlüssige Therapie.

Darüber hinaus konnte die Art und Weise des Gesagten eine Krankheit genauer illustrieren oder den zwischenmenschlichen Umgang plastischer darstellen. Durch die direkte Rede wurde z. B. auf Schwierigkeiten im Patientenumgang oder den sozioökonomischen Status aufmerksam gemacht. Im Arztbrief wurden Herausforderungen oder eventuelle Antipathien gegenüber den Patienten anderen ärztlichen Kollegen schriftlich mitgeteilt.

Im Fall von Pat. (Sign. 53IN/ÜN0604) kommen die genannten Aspekte zum Tragen. So fanden sich in der Patientenakte Unterlagen zu mehreren Voraufenthalten. Die Diagnose lautete: „*Epilepsie, Dämmerzustand, Wesensveränderung*“. Sie war verwitwete Hausfrau mit mehreren Kindern. Ein klarer Hinweis, welcher sozialen Schicht die Patientin angehörte, fand sich nicht. Vor allem bei nicht berufstätigen Frauen lief die Einordnung über den Beruf des Mannes, der in diesem Fall aber auch nicht notiert war. Bei einer erneuten Einweisung im Jahre 1952 stand zu Beginn der Anamnese, dass die Patientin nur unter Protest und mithilfe von zwei Krankenpflegern auf die Station gebracht werden konnte. Das darauf folgende dokumentierte Aufnahmegespräch (s. Abbildung 10) ist auf mehreren Ebenen erwähnenswert:

*Sie sind ein Mongole – dine Fratze – ich hab dich nicht nach Strecknitz gebracht – du willst das bloss nicht zugeben, dass du auch schon halbverrückt bist.. [...] (Warum zu uns) na, weil ich nen Anfall had hev – oder meist du vielleicht ich bin so verrückt, wie ich mir geben tu – ihr Schlappschwänze, ihr Feiglunge (Wann war der Anfall) [...] vorgestern Nacht [...]*<sup>267</sup>

---

<sup>267</sup> HPA: Signatur 53IN/ÜN0604 Aufnahmegespräch vom 19.12.1952.

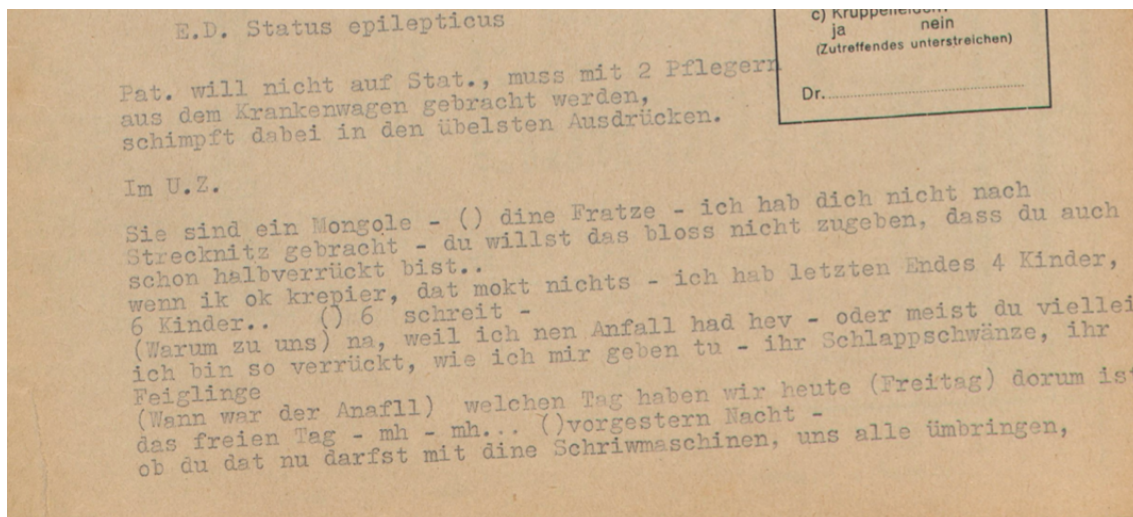


Abbildung 10 Sign.:53IN/ÜN0604: Anamnese bei Aufnahme

Auffällig ist, dass hier der plattdeutsche Dialekt dokumentiert wurde, während ansonsten meistens auf hochdeutsch dokumentiert wurde. Im Gegensatz zum Plattdeutschen und den Beleidigungen seitens der Patientin, muten die Fragen des Arztes, die auf hochdeutsch dokumentiert sind, sachlich und professionell an. Die psychiatrische Diagnostik lief standardisiert ab, aber weitere verbale Besonderheiten wie „*warte, warte, warte, warte – warte, warte, warte, warte – mit ihr könnt ihr machen wat ihr wollt, aber mi kriegt ji nicht klein*“ wurden erfasst, um das Kranksein der Patientin zu illustrieren. Notiert wurden weitere Beleidigungen wie „*wenn du auch Krankenträger limt hest, den Dr.-Titel, den hest Du di schalt, da büst Du viel zu doof*“. Allerdings wurde auch positives Verhalten in Bezug auf die Interaktion mit dem Personal festgehalten, so dass der Eindruck entsteht, dass sich um Objektivität gegenüber der Patientin bemüht wurde: „*Verlangt eine Tasse zu trinken, bedankt sich bei der Schwester...*“<sup>268</sup> Auf die verbalen Angriffe wurde nicht eingegangen und der Faden der Befragung immer wieder aufgenommen, dennoch vermittelt die Akte eine gereizte Stimmung während der Anamnese. Interessant ist zudem, dass die Aberkennung des Dr.-Titels als Zitat in den Arztbrief an den ärztlichen Kollegen übernommen wurde.

Die direkte Rede diente also wohl primär der Dokumentation von Symptomen, die Mithilfe der wörtlichen Wiedergabe plastisch und detailreich dargestellt wurden. In den Arztbriefen ließen die Ärzte die Patienten nicht für sich selbst sprechen; vielmehr ließen sie die Patienten für die Ärzteschaft sprechen. Mit der wörtlichen Rede lieferten die Patienten selbst den stärksten Beweis für ihre Krankheit. Die sich darauf

<sup>268</sup> Ebd.

bezogenen Therapien bildeten nur die logische Konsequenz dessen, was der Patient zuvor an Krankheit eigens lieferte. Darüber hinaus konnten die Ärzte mittels der direkten Rede ihren Kollegen gegenüber ein Bild von den Patienten zeichnen. Dies konnte dann tatsächlich gegen den Patienten genutzt werden.

### 5.1.3 Psychischer Befund

Am Ende des Aufnahmeverfahrens verfasste der zuständige Arzt auf Grundlage der Anamnese noch einen psychischen Befund. Hier schrieben die Untersucher nun *über* den Patienten, also aus ihrer Perspektive, und achteten dabei auf verschiedenste Aspekte in der sozialen Interaktion. Die Länge dieses psychischen Befunds variierte zwischen wenigen Sätzen und einer halben Seite, wie in Abbildung 11 zu sehen. In allen Befunden ließ sich eine grobe Struktur erkennen: Zur möglichst genauen Beschreibung wurden zum Teil viele Adjektive aneinandergereiht, allerdings fand keine systematische Abfrage statt, so dass die Erhebung stark vom jeweiligen Untersucher abhing. Der Dokumentationsstil unterschied sich von der bisherigen Dokumentation und enthielt, anders als die Dokumentation der Anamnese, keine direkte Rede mehr.

Psychisch: Voll orientiert. Herr M. greift ins Wort ein. Hält  
dem ihm begründenden Arzt die Hand wie er  
sich redet sofort auf ihn zu. Es handelt sich um  
Kleiner mit dem Vater, der umhergeht und  
ist. Es ist schwierig, den Fall zu behalten, da Pat. sehr  
beobachtet spricht, niemals abschweift, nicht in Einzelheit  
sich Nebensächlichkeiten verhält sich unständig. Er  
wird in der gleichen Dinge anfängt. Er verlangt, dass man  
sein Vater auch in der Seele, dass man nicht in den  
anderen, sondern sich ihm glauben soll. Mehrere Mal  
äußert er, dass man ihn doch nicht für voll nehmen.  
Schließlich kommt er immer wieder auf sexuelle Dinge  
zu sprechen. Er scheint sehr bemüht zu sein, dass er  
keine Trägheit zum Coitus hat. Im Grunde ist er  
ganz fürnehmlich, hat Sinn für Humor, geht auf Scherz ein.  
Bemüht sich im Laufe des Abends.

Abbildung 11 Sign.50RN/ER0323: Psychiatrische Exploration

In dem Beispiel aus Abbildung 11 wurden das Verhalten und die Stimmung beschrieben: *„Wirkt gereizt und leicht erregt. Hält dem ihn begrüßenden Arzt die Hand weit entgegen und redet sofort auf ihn ein.“*<sup>269</sup> Zudem wurde noch eine Charakterbeschreibung und die zwischenmenschliche Schwingungsfähigkeit erfasst: *„Im Grunde wirkt er ganz gutmütig, hat Sinn für Humor, geht auf [...] ein.“*<sup>270</sup> Da die Untersucher bei der psychischen Untersuchung das erste Mal über die Patienten schrieben, kann man hier etwas über die Haltung der Untersucher gegenüber den Patienten erfahren, beispielsweise, dass die Gesprächsführung für die Untersucher eine Herausforderung darstellen konnte.

#### 5.1.4 Verlaufsbeobachtung

Wie anschließend weiter mit den Patienten verfahren wurde, erfährt man in der Krankenakte durch die Verlaufsbeobachtungen. Diese protokollierten den Aufenthalt in der Klinik bis zur Entlassung des Patienten. Neben den Visiteneinträgen wurden Einträge über Situationen im Stationsalltag getätigt. Hier beobachtete das Pflegepersonal das Verhalten der Patienten und bewertete dies, was als Teil der psychiatrischen Diagnostik gewertet werden kann. Beispielsweise wurden bei einer schizophrenen Patientin Stimmungsschwankungen und Aussagen während der Visite und im Verlauf des Tages genau beschrieben:

*Pat. ist weiterhin demonstrativ missmutig. Lässt sich gehen, ist auffallend schwankend: am Morgen bei der Visite kaum anzusprechen, am Mittag um Erlaubnis zu einem Spaziergang in die Stadt bittend. Wenn im Tagesraum Spässe erzählt werden, lacht die Pat. stets offen mit.*<sup>271</sup>

Dass die Patientin *„weiterhin demonstrativ missmutig“* war, zeigt, dass ein bereits beobachtetes Verhalten dadurch erneut bestätigt wurde und somit eine Beurteilung bzw. Diagnose festigen konnte. Die Patientin wurde offen auf ihre gedrückte Stimmung angesprochen: *„(Traurig oder...) ich habe mit der Welt nichts mehr im Sinn, ich mag die Welt nicht mehr...die ist nicht schön...alles gefällt mir nicht...ich komme nicht zurecht mit der Welt [...]“*<sup>272</sup> Das fassten die Ärzte als mögliche Selbstmordgedanken auf, und fragten die Patientin explizit, ob Selbstmordgedanken vorhanden seien:

---

<sup>269</sup> HPA: Signatur 50RN/ER0323: Psychiatrische Exploration.

<sup>270</sup> Ebd.

<sup>271</sup> HPA: Signatur 51IL/SL1214: Eintrag in Verlaufsbeobachtung vom 07.02.1951.

<sup>272</sup> HPA: Signatur 51IL/SL1214: Eintrag in Verlaufsbeobachtung vom 07.02.1951.

„(Selbstmord) ach was, Selbstmord, so ein Quatsch...(Pat. wirkt maulend-trotzig in ihren Antworten).“<sup>273</sup> Im Arztbrief fanden die Selbstmordgedanken keine Erwähnung, doch aber ihre Stimmungsschwankungen:

*Bei weiterer Beobachtung blieb die Patientin demonstrativ misstrauisch und trotzig, war dabei aber auffallend schwankend in ihrer Stimmungslage: wenn Spässe erzählt wurden, konnte sie laut und offen mitlachen.*<sup>274</sup>

Hier wurde die Dokumentation aus der Patientenakte wieder nahezu wörtlich in den Arztbrief übernommen.

Am Ende eines Aufenthalts in der Klinik fand eine abschließende Exploration statt, die so genannte „Nachexploration“. Die Dokumentation dieser in Kombination mit den durchgeführten Therapien diente dazu, die Therapierfolge zu dokumentieren. Die Patienten berichteten erneut von sich selbst und wurden zur Krankheitseinsicht befragt, vor allem bei stattgehabten Sinnestäuschungen oder schizophrenen Schüben, wie die folgenden zwei Beispielen zeigen: „(Krank gewesen) ja, natürlich. – . jedenfalls weiß ich, dass ich, dass ich mit den Nerven kaputt war...dass ich sehr abwesend war.“<sup>275</sup> Bei einer anderen Patientin mit schizophrenem Schub stand in der „Nachexploration“: „Die bei der Aufnahme bestehenden Inhalte sind jetzt nicht mehr [...] Im Gegenteil! Die Patientin freut sich auf ihre Häuslichkeit und ihren Ehemann! Wir sind ja so viele Jahre nicht zusammen gewesen.“<sup>276</sup> Diese Aussagen nach Durchführung mehrerer Elektroschocks wurde als Grundlage genommen, den Behandlungserfolg darzustellen: „Wir gaben einige Elektroschocks und sedierten mit Megaphen-Atosil. Danach war die Pat. ihrem Wesen entsprechend freundlich, sehr ordentlich und penibel. Sie dachte jetzt nur fürsorgend an den nach 12 Jahren Kriegsgefangenschaft aus Rußland zurückgekehrten Ehemann.“<sup>277</sup>

Die Befunde sowie die Aussagen der Patienten dienten als Grundlage, um im Arztbrief den Verlauf genau darzustellen und Therapieentscheidungen oder Diagnosen zu begründen. Auch wurden im Arztbrief wieder „O-Töne“ der Patienten und Angehörigen verwendet. In allen bisherigen Teilen der Krankenakte waren Therapieentscheidungen

---

<sup>273</sup> Ebd.

<sup>274</sup> HPA: Signatur 51IL/SL1214: Arztbrief vom 17.04.1951.

<sup>275</sup> HPA: Signatur 51IL/SL1214 Verlaufsbeobachtung vom 14.04.1951.

<sup>276</sup> HPA: Signatur 56HR/ED0520: Verlaufsbeobachtung vom 30.06.1956.

<sup>277</sup> HPA: Signatur 56HR/ED0520: Arztbrief vom 30.07.1956.

kein Verhandlungsgegenstand . Erst in den Arztbriefen fand eine Herleitung statt, weshalb man sich für die jeweilige Therapie entschieden hatte.

### 5.1.5 O-Ton: Ausdruck einer gehörten Patientenstimme?

Wie oben beschrieben, wurde die Anamnese der Patienten in ungewöhnlicher Breite in direkter Rede in die Patientenakten aufgenommen. Die schriftliche Korrespondenz über die Patienten hingegen fand weitestgehend mit anderen Kliniken, Behörden oder den Angehörigen statt. Dennoch zeigten sich durch die Analyse des gesamten Behandlungsverlaufs Hinweise auf eine eigene Patientenstimme. So fiel durch die vom Personal gemachten Einträge zunächst auf, dass die körperlichen und psychischen Grenzen der Patienten weitestgehend geachtet und gewahrt wurden. In mehreren Fällen nutzen die Patienten ihre Stimme, um die Durchführung von Untersuchungen wie z. B. der Pneumoencephalographie zu verweigern, die als Nebenwirkung mit starken Kopfscherzen einherging. Dies wurde in der Akte notiert und respektiert.<sup>278</sup> So auch bei einer Patientin, die die Ärzte immer wieder beleidigte. Bei der Aufnahme *„Weigert[e] [sie] sich [...], sich näher [körperlich] untersuchen zu lassen“*.<sup>279</sup> Eine andere Patientin – eine Jugendliche mit geistiger Behinderung – konnte ihre Stimme ebenfalls einsetzen. Nachdem sie im Untersuchungszimmer befragt worden sei, hätte die Pflege das Mädchen am Arm gestützt. Allerdings habe die Patientin die Berührung ab mit den Worten *„Lassen Sie mich bitte los“* abgelehnt. Als die Schwester sie erneut am Arm in den Saal habe führen wollen, sagte sie ihr: *„Ich will allein gehen.“* Sie *„[ging] danach ruhig selbstständig in den Saal“*. Diese Situationen zeigen, dass die Patienten im Umgang mit dem Personal durchaus eine Stimme hatten und persönliche körperliche Grenze ziehen konnten. Allerdings hatte diese Grenzziehung ihrerseits Grenzen. Drohte der Stationsablauf gestört zu werden, endete die Rücksichtnahme auf die Patienten. So wurde das junge Mädchen zuvor noch *„unter heftiger Gegenwehr schreiend in das UZ [Untersuchungszimmer] gezogen“* und die ältere Patientin aufgrund von Unruhe abends sediert.<sup>280</sup> Derartige Vorgänge, die auch aus anderen Einrichtungen bekannt sind, belegen, dass Sedierungen oder Fixierung durch das Personal zur Unterbindung von Störungen oder als gezielte Bestrafung in der Nachkriegszeit gängige Praxis waren.<sup>281</sup> In der Gesamtschau der Akten aus Lübeck

---

<sup>278</sup> HPA: Signatur 54HR16, 60AR/AC0848.

<sup>279</sup> HPA: Signatur Sign.:53IN/ÜN0604: Anamnese bei Aufnahme.

<sup>280</sup> HPA: Signatur 51AR/IE0824, Eintrag in Verlaufsbeobachtung, ohne Datum.

<sup>281</sup> Beyer<sup>b</sup> et.al, a.a.O., FN 6, S. 239; Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1.

fiel aber ein eher zurückhaltender Einsatz der genannten Maßnahmen auf. In einem Fall wurde sogar aufgeschrieben, dass ein Patient eine Fixierung explizit wünschte, „weil er dem Festmachen eine heilende Wirkung zugesprochen habe“.<sup>282</sup> Die Notiz belegt, dass eine Fixierung ohne jeglichen Grund nicht haltbar und eine Begründung nötig war. Sie diente wahrscheinlich der juristischen Absicherung. Zudem gingen sie hier auf den Wunsch des Patienten ein.

Abgesehen von der direkten körperlichen Integrität, die verletzt oder gewahrt werden konnte, gab es noch weitere Ebenen, die die Patienten unmittelbar betrafen. Folgende Beispiele sollen illustrieren, dass die Patientenstimmen genutzt und gehört wurden: Ein Patient drohte, seine Therapie zu beenden, sofern er kein Einzelzimmer bekäme. Die Ärzte wollten „seine Isolierungstendenz“ eigentlich „nicht unterstütz[en]“, trotzdem bekam er aufgrund seiner Androhung des Behandlungsabbruchs ein Einzelzimmer. Außerdem hielt das Personal in seinen Notizen fest, dass es ihm „vorher versprochen“ worden war und dem deshalb stattgegeben werden musste.<sup>283</sup> Allem Anschein nach lag den Ärzten daran, sich an ihr Wort zu halten. Darüber hinaus schien es ihnen sehr wichtig zu sein, die Behandlung nicht zu beenden. Dennoch verließ der Patient nach einer „Evipan-Injektion [...] das Krankenhaus unter Protest, [schrieb] einen beleidigten Brief, droht[e] mit Publikation!“<sup>284</sup> Der Patient bediente sich also einer weiteren Eskalationsstufe: Der Öffentlichkeit. Allerdings blieb es bei der Drohung und weitere Konsequenzen blieben aus.

Ein anderer Patient fühlte sich im Krankenhaus sichtlich wohl und versuchte, wie dem Arztbrief zu entnehmen ist, die Entlassung hinauszuzögern: „Wir danken für die Einweisung des [...], der vom 23.5.-22.11.51 hier war. Der Patient, den wir so lange bei uns hatten und der sich zuletzt nicht recht entschließen konnte, das Krankenhaus zu verlassen.“<sup>285</sup> Den Patienten war also ein gewisser Einfluss auf die Modalitäten während ihres Aufenthaltes möglich.

Die Patienten besaßen mit der Öffentlichkeit sogar einen Hebel, den sie gegen die Ärzte nutzen konnten. Zur vollständigen Darstellung gehört jedoch auch, dass es zur Dokumentation von Willensäußerungen oder Beschwerden kam, die keinerlei Folgen oder Auswirkungen hatten. Vielmehr konnten die Lübecker Psychiater dann auch noch ihr Ignorieren penibel protokollieren:

---

<sup>282</sup> HPA: Signatur 52ON/AV0414: Verlaufsbeobachtung vom 10.10.1952.

<sup>283</sup> HPA: Signatur 54AN/OG0605.

<sup>284</sup> HPA: Signatur 54AN/OG0605, Verlaufsbericht, ohne Datum.

<sup>285</sup> HPA: Signatur 51UG/RE0100.

*Herr Dr., was ist nun eigentlich los mit dir, ich will doch sterben, nun hört er wieder nicht zu...Sie kenn ich nicht (zu Ob. [Oberarzt] Funk)..Herr Dr., warum denn bloss...(Pat. soll in d. Wachsaal) Herr Dr., habe Sie doch gebeten, geben Sie mir doch eine Spritze...*

*Psychisch: redet pausenlos, sich bald dem, bald dem zuwendend. Anscheinend voll orientiert, redet alle richtig mit Namen an. Ist gekränkt, weil er in den Wachsaal verlegt wird.<sup>286</sup>*

Der Vorwurf, dass der Arzt dem Patienten „wieder“ nicht zuhört, wurde dokumentiert, aber unkommentiert gelassen. Die emotionale Auswirkung der Verlegung in den Wachsaal auf den Patienten wurde zumindest als „gekränkt“ registriert, mehr aber auch nicht. Und auch bei folgendem Patienten zeigt sich, wie akribisch teilweise dokumentiert und letztendlich ignoriert wurde: Das Personal versuchte, einem Patienten die Verlegung in ein Heim nahezubringen – *„Es wird versucht ihn vorsichtig darauf vorzubereiten, dass er wieder in ein Heim soll. Er merkt aber sofort was los ist, und lehnt ab.“<sup>287</sup>* Der nächste und letzte Satz des Eintrags macht deutlich, dass seine vielfach dokumentierten Ablehnungen keine Wirkung haben: *„Wegen der Unterbringung wird nach Iten/Hann. geschrieben.“* Die Nachricht scheint den Patienten allerdings nachhaltig aufgeregt zu haben, da die weiteren Verlaufsbeobachtungen hauptsächlich davon handeln, ihn überzeugen zu müssen, in ein Heim zu gehen. Weiter heißt es: *„Es ist nicht herauszukriegen, weshalb [der Patient] eigentlich so erregt ist.“<sup>288</sup>* Interessant ist, dass der Patient von sich aus kritisierte, nicht ernst genommen und somit nicht gehört zu werden. Und auch diese Kritik wurde vom Personal penibel dokumentiert: *„Aber es sei ja klar, was er selber sage, werde ja doch nicht geglaubt, er sei ja ein Kranker.“<sup>289</sup>* Diese Eintragung weist zunächst darauf hin, dass das Personal tatsächlich zuhört. Allerdings verhalten die Stimmen der Patienten aber und die direkte Rede nutzte hier tatsächlich nur einer Dokumentation des vermeintlichen Krankseins der jeweiligen Patienten.

Insgesamt bekommt man durch das Lesen der ausführlichen Dokumentation der Anamnese im O-Ton einen detaillierten Einblick in das Erleben der Patienten. Anfänglich entstand der Eindruck, dass die Patienten in einem besonderen Maße

---

<sup>286</sup> HPA: Signatur 51UG/RE0100, Verlaufsbeobachtung vom 11.08.1951.

<sup>287</sup> HPA: Signatur 50RN/ER0323.

<sup>288</sup> Ebd.

<sup>289</sup> Ebd.

gehört wurden und im Sinne einer Agency eine Patientenstimme hatten. Tatsächlich war in einem kleineren Radius ein gewisser Spielraum vorhanden, vor allem was den Stationsalltag und körperliche Eingriffe betraf, allerdings nur solange der Stationsablauf nicht zu sehr gestört wurde. Außerdem änderte eine Vormundschaft oder die gesetzliche Vertretung durch einen Angehörigen die eigene Handlungsfähigkeit deutlich. Die Klinik respektierte die Wünsche der Angehörigen und handelte teilweise nach ihnen. Dabei ist anzunehmen, dass viele Angehörige im Sinne der Patienten handelten. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass es auch zu Situationen und Entscheidungen kam, in denen es in erster Linie um die Befriedigung der Bedürfnisse der Angehörigen ging. Die eigentliche Deutungsmacht in der psychiatrischen Abteilung des Lübecker Krankenhauses Ost lag also bei der Institution und den Angehörigen. Zudem war in der weiteren Recherche in Bezug auf die Protokollierungsweise im O-Ton kein Versuch zu erkennen, den Patienten eine besonders große Rolle im Sinne eines ausgeprägten Mitspracherechts zu geben oder die Patienten selbst zu ermächtigen. Vielmehr diente die Protokollierung einer genauen Dokumentation des jeweiligen Falles. Somit hob sich die psychiatrische Abteilung im Aspekt der O-Ton-Protokollierung vor allem in administrativer Art und Weise ab.

### **5.1.6 Diagnostik**

Standen kognitive Einschränkungen wie eine Demenz oder eine Intelligenzminderung im Raum, wurden weiterführende Untersuchungen wie Leseproben, Schriftproben, „*Agnosie-Prüfungen*“, das Lösen von Rechenaufgaben oder die Ergänzung von Sprichwörtern durchgeführt.<sup>290</sup> Für die Durchführung eines spezifischen Intelligenz-Tests nach Binet-Simon gab es nur ein Beispiel.<sup>291</sup>

Bei folgendem Fallbeispiel stand der geistige Abbau in Folge einer Epilepsie im Raum. Sorgfältig sind Rechenaufgaben, Wortpaare und das Vervollständigen von Sprichwörtern protokolliert (Abbildung 6):

---

<sup>290</sup> Bei einer „Agnosie-Prüfung“ wird getestet, inwieweit ein Patient Gegenstände durch Ansehen, Fühlen oder einen anderen Sinn erkennen kann.

<sup>291</sup> HPA: Signatur 49AN/AH0616: In diesem Fall wurde der Intelligenztest nach Binet-Simon durchgeführt.

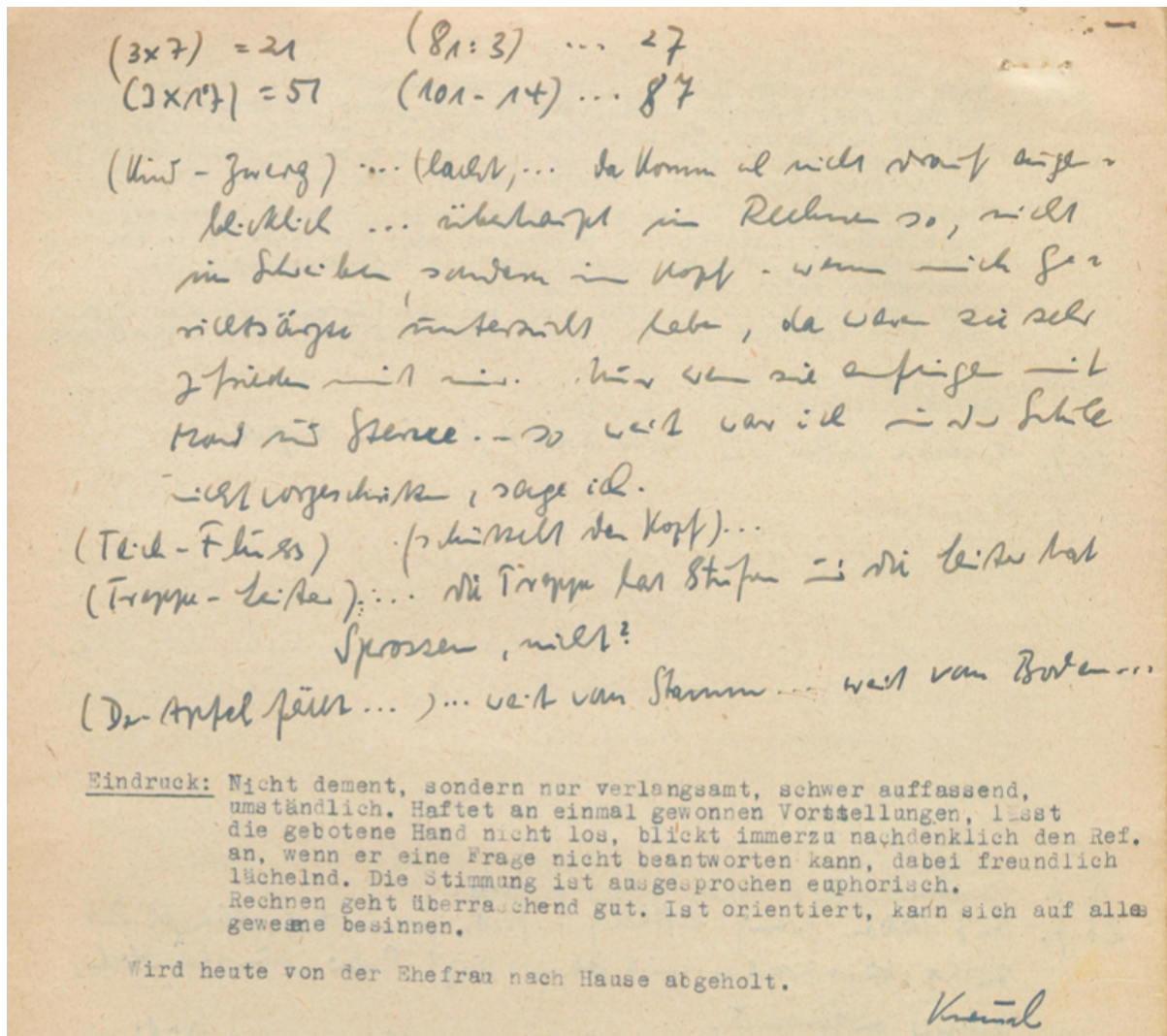


Abbildung 6 Sign. (51AL/NG0591): Verlaufsbeobachtung letzter Eintrag kurz vor Entlassung vom 27.07.1950.

Die Untersuchung lief nach üblichen Standards ab und diente der Überprüfung der Intelligenz sowie einer möglichen Demenz. Die Ergebnisse flossen in den Arztbrief mit ein, wo der Patient zwar als sehr verlangsamt, aber weder als dement noch die Intelligenz als beeinträchtigt beschrieben wurde.<sup>292</sup>

<sup>292</sup> Der Zeitpunkt der Untersuchung kurz vor der Entlassung verwundert, da diese Untersuchungen meistens zu einem früheren Zeitpunkt des Aufenthaltes stattfanden. Daher liegt es nahe, dass die Ärzte sich vor der Entlassung ein aktuelles Bild des Krankheitszustandes machen wollten, um diesen dem niedergelassenen Arzt schriftlich mitzuteilen.

## 5.2 Die unterschiedliche Rolle der Diagnose in Patientenakte und Gutachten

Diagnosen gab es in der psychiatrischen Abteilung Lübecks in zwei verschiedenen Formaten, die unterschiedliche Funktionen einnahmen. Zum einen gab es die Patientenakten mit akuten Behandlungsfällen. Diese stellten den Regelfall dar. Zum anderen wurden von der Klinik regelmäßig psychiatrische Gutachten erstellt. Diese erfolgten meist im Auftrag öffentlicher Institutionen, wie Gerichten oder Behörden. Die häufigsten Anlässe waren Erwerbsminderungen aufgrund von erlittenen Kriegsverletzungen.<sup>293</sup>

Folgendes Fallbeispiel illustriert die Herleitung und den Umgang mit Diagnosen bei einer jugendlichen Patientin zur Akutbehandlung in der Lübecker Psychiatrie: In den Jahren 1953 bis 1956 wurde sie insgesamt sieben Mal in Lübeck zur stationären Behandlung aufgenommen. Vier dieser Aufenthalte fielen allein in das Jahr 1956. Die Diagnosen veränderten sich im Verlauf. Sie machte innerhalb von drei Jahren eine „Karriere“ von einem Mädchen mit *„Erschöpfungszustand mit mancherlei Ängsten in der Pubertät“* hin zu einer jungen Frau, die im letzten Aufenthalt die Diagnose einer manifestierten Schizophrenie erhielt.

Im Aufnahmebogen gab es zwei verschiedene Felder für die Diagnose bei Aufnahme und die Diagnose bei Entlassung. Die Felder wurden zwar nicht regelmäßig ausgefüllt, zeigen jedoch, dass davon ausgegangen wurde, dass sich die Diagnose während des Aufenthaltes verändern konnte. Bei unserer Patientin war dies der Fall. Am 12.04.1953 wurde die damals 15-jährige Schülerin erstmalig mit der Verdachtsdiagnose einer endogenen Psychose aufgenommen und schließlich am 12.06.1953 mit der Diagnose *„Ängste in der Pubertät“* wieder entlassen. Nach der Aufnahme wurde die Verdachtsdiagnose erst wieder im Arztbrief erwähnt. Weder in der psychiatrischen Exploration noch bei der Verlaufsbeobachtung finden sich Vermerke zu dieser Diagnose. Vielmehr stand das Verhalten im Vordergrund, welches in der Verlaufsbeobachtung ausführlich beschrieben wurde. Auch am Tag nach der Aufnahme wurde genau beschrieben, wie sich die Patientin verhielt, dass sie *„verstört [und] ängstlich“* gewesen sei. Unterstrichen wurden die Aussagen *„ich bin hier ja unter*

---

<sup>293</sup> Die gestellten Diagnosen basierten auf dem Würzburger Schlüssel von 1933. Berichte oder Statistiken über Diagnoseverteilungen oder Entwicklungen lagen keine vor. Erst ab 1979 fanden sich für die psychiatrische Abteilung statistische Aufarbeitungen der Diagnosen, zusammengetragen vom späteren Direktor Prof. Dilling.

*Leichen“ und „es ist ja alles [das Essen] vergiftet“.* In den Diagnosekriterien für eine Schizophrenie nach Kurt Schneider ist eine Wahnwahrnehmung ein Symptom ersten Ranges und somit ein hartes Kriterium für eine Schizophrenie.<sup>294</sup> Die notierten wahnhaften Aussagen wurden auch als mögliche Diagnosekriterien markiert, aber nicht näher erläutert. Als Therapie erhielt die Patientin eine Insulinkur über mehrere Wochen, deren Erfolg mit *„Pat. wirkt im ganzen schon etwas lockerer, isst schon allein“* festgehalten wurde. Erst im Arztbrief wurde die Frage der Diagnose wieder aufgegriffen. Allerdings kamen die Ärzte zu dem Schluss, dass der Verdacht einer Psychose sich nicht bestätigt fand, da *„das, was sie vorbrachte, [...] nicht zur Diagnose eines schizophrenen Prozesses [ausreichte]“*.<sup>295</sup> So fanden sich im Arztbrief auch keine O-Töne, die die Diagnose bestätigten. Sogar die Insulinkur, die zum damaligen Zeitpunkt eine spezifische Behandlung der Schizophrenie war, wurde nicht genannt. Nach dem Aufenthalt fand die Erstdiagnose nur nochmals Erwähnung, als die Krankenkasse für die Kostenerstattung um eine Diagnose bat. Wieder betonte die Abteilung, dass sich *„der Verdacht einer Geistesstörung [...] nicht bestätigt“* habe. Insbesondere im Brief an den einweisenden Arzt zeigt sich, dass die Ärzte sorgfältig alle Faktoren einbezogen, die den Zustand der Patientin hätten beeinflussen können:

*Wenn man hinzunimmt, dass dieses Kind in der Pubertät steht, dass es an vegetativen Störungen leidet (schläft wegen kalter Füße nicht ein), dass eine Grippe vorangegangen war, dass das an sich zarte Mädchen einen sehr zeitraubenden, anstrengenden Schulweg hat und dass sie schliesslich in ihrem Ehrgeiz zu intensiv Schularbeiten gemacht hat, dann ist die Annahme eines Erschöpfungszustandes mit Nachtängsten naheliegend. Der Verdacht auf eine Hebephrenie liess sich nicht genügen belegen.*<sup>296</sup>

Die Diagnose einer Schizophrenie vergaben die Ärzte also nicht leichtfertig. Aber der zweite Aufenthalt gab Anlass, die Diagnose zu überdenken, weil eine deutliche psychotische Symptomatik vorlag. Das wurde im Arztbrief ausführlich mit O-Tönen belegt:

*Auch die nächtlichen Ängste, die schon im vergangenen Jahr den Verdacht auf eine Psychose geweckt hatte, wurden wieder berichtet: „Die haben mich immer*

---

<sup>294</sup> Kurt Schneider, *Klinische Psychopathologie*, (Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1950).

<sup>295</sup> HPA: Signatur 50NG/ET0538: Arztbrief vom 16.06.1953.

<sup>296</sup> Ebd.

*angeleuchtet,...auf dem Koffer leuchtete eine Taschenlampe auf, da konnten sie mich beobachten, die Polizei und die öffentlichen Stellen [...].“<sup>297</sup>*

Jetzt, da die Psychose anhand vieler O-Töne dargestellt werden konnte, wurde auch die Therapie im Arztbrief erwähnt. Die Patientin erhielt hohe Dosen Megaphen und eine Elektroschocktherapie. Eine weiterführende EKT-Behandlung wurde erneut mit dem klinischen Zustand begründet, da die Psychose wiederholt einsetzte und die Entlassung verhinderte. Mit Bedauern bestätigten die Ärzte die Verdachtsdiagnose einer Hebephrenie: *„An der im Vorjahr schon erwogenen Diagnose Hebephrenie wird man leider jetzt nicht mehr zweifeln können.“<sup>298</sup>* Bei den weiteren Aufenthalten war die Patientin nun bekannt und wurde teils sofort mit einer Insulinkur oder einer Elektrokrampftherapie behandelt: *„Bei der letzten Aufnahme, als die Pat. sehr laut u. aggressiv war, hatten wir eine Insulinkur gemacht“* und *“wir begannen sofort mit Elektroschockbehandlungen und mußten in den ersten Tagen sedieren.“<sup>299</sup>*

Trotz der Schizophrenie-Diagnose, stand bei der Patientin die Zustandsverbesserung im Vordergrund, wie ein Schreiben an das Wohlfahrtsamt verdeutlicht. Das Amt wollte eine ärztliche Stellungnahme, ob eine „Behandlung, Pflege oder Bewahrung in einer Anstalt unbedingt erforderlich“ sei.<sup>300</sup> Die Frage einer möglichen Unterbringung in einer Anstalt tauchte hier erstmals von Seiten des Wohlfahrtsamtes auf und wurde nicht von den Ärzten vorgeschlagen. Die Ärzte wollten sie jedoch in keine Anstalt verlegen, was für die damalige Zeit untypisch war. Stattdessen lautete die Antwort: *„Die Pat. war schon wiederholt bei uns und konnte bisher jedesmal gut wiederhergestellt nach Hause entlassen werden.“<sup>301</sup>* Zuvor hatten sie eine ambulante Megaphenkur empfohlen, damit sie zu Hause bleiben konnte. Dies ist ein Hinweis auf eine Veränderung der therapeutischen Behandlung im Zuge der Einführung von Psychopharmaka (vgl. Kap.5.3.4). Am 31.08.1956 wurde die Patientin zum letzten Mal mit der Diagnose „Schizophrenie“ entlassen. Über ihren weiteren Verbleib gaben die Unterlagen keinen Hinweis.

Die Herleitung der Schizophrenie-Diagnose erfolgte nach den damaligen Standards und lieferte die Grundlage für die anschließende teils invasive Therapie. Auch administrativ wurde eine Diagnose relevant, wenn es zum Beispiel um die

---

<sup>297</sup> HPA: Signatur 50NG/ET0538: Arztbrief vom 20.10.1956.

<sup>298</sup> Ebd.

<sup>299</sup> HPA: Signatur 50NG/ET0538: Schreiben an das Gesundheitsamt vom 20.09.1956 + Arztbrief vom 25.04.1956.

<sup>300</sup> HPA: Signatur 50NG/ET0538: Brief der Wohlfahrtsamtes vom 26.04.1956.

<sup>301</sup> HPA: Signatur 50NG/ET0538: Antwortschreiben an das Wohlfahrtsamt vom 02.05.1956.

Finanzierung des stationären Aufenthaltes ging. Auffällig ist aber, wie zurückhaltend die Diagnosevergabe anfangs geschah, selbst als manifeste Diagnosekriterien wie der Vergiftungswahn vorlagen. Dies erweckt den Eindruck, dass sich die Ärzte im Klaren darüber waren, dass die Vergabe dieser schweren psychiatrischen Diagnose, insbesondere im jungen Alter, folgenreiche Konsequenzen nach sich ziehen konnte. Vor allem, dass von einer Unterbringung in einer Anstalt abgeraten und eine ambulante Behandlung im familiären Umfeld empfohlen wurde, zeigt einen umsichtigen Umgang mit dem weiteren Verbleib der Patientin. Dies hebt sich deutlich von den Forschungsergebnissen der Studie „*Leid und Unrecht*“ ab, in denen bereits Kinder, die als „schwer erziehbar“ galten, in Heimen untergebracht wurden.<sup>302</sup>

Anhand des genannten Fallbeispiels wird deutlich, dass die akute Versorgung und die Therapien im Vordergrund standen. Das bestätigte auch Dilling rund 20 Jahre später in einem Bericht über die Entwicklung der Lübecker Psychiatrie.<sup>303</sup>

Der Zweck eines medizinischen Gutachtens ist naturgemäß ein anderer als der einer Akutbehandlung. In einem Aspekt unterscheiden sich die beiden Formen ganz besonders: Im Gegensatz zu Behandlungen, die in der Patientenakte dokumentiert werden, ist der Sinn und Zweck der Dokumentation in der Akte eines Gutachtenfalls die Generierung oder Überprüfung einer Diagnose. Wie verhielten sich also die Lübecker Ärzte bei den Gutachten im Gegensatz zu den akutmedizinischen Patientenakten Zunächst ist zu bedenken, dass die Rolle der Ärzte bei Gutachten eine andere war; sie handelten als Dienstleister im Auftrage Dritter. In Lübeck waren dies meistens öffentliche Institutionen wie Gerichte oder Behörden. Die meisten Gutachten befassten sich mit der Frage, ob und in welchem Umfang Gründe für eine Erwerbsminderung aufgrund von erlittenen Kriegsverletzungen vorlagen oder nicht. Die Beurteilung hatte erheblichen Einfluss auf den weiteren beruflichen Werdegang und die finanzielle Situation der begutachteten Person. Je nach Einschätzung des Gutachters fielen z. B. die Höhe und Dauer für bewilligte Zahlungen unterschiedlich aus.

Die Anfertigung von Gutachten erfolgte regelmäßig und neben der normalen Patientenversorgung. Die Patienten für Gutachten blieben nur wenige Tage oder, wie in einem Fall, sogar nur ambulant zur Begutachtung in der Klinik. Es wurde wie bei allen anderen Patienten auch eine Akte angelegt, sogar eine Stationskurve mit der

---

<sup>302</sup> Beyer<sup>b</sup> et.al, a.a.O., FN 6, S. 75f.

<sup>303</sup> Horst Dilling, „Die Entwicklung der Psychiatrie in Lübeck“, *Lübeckische Blätter*, 130. Jhg., 1979, S. 328.

täglichen Erhebung der Vitalparametern wurde hinzugefügt. Die Anamnesen hingegen waren ausführlicher, dokumentierten aber ebenfalls den O-Ton der Patienten. Allerdings wurden sie im Hinblick auf die zu untersuchende Frage angefertigt. Anders als bei den akuten Fällen zielte bei Gutachtenpatienten bereits die Anamnese auf eine Diagnose ab, während die Diagnose in den Akutfällen bis zum Schluss offenbleiben konnte. Zudem wurde nicht therapiert, sondern nur eine ausführliche apparative Diagnostik durchgeführt. Auch hier wurden für invasive Verfahren Einwilligungen eingeholt. In einem Fall wurde beispielsweise ein Patient über das Procedere der Pneumencephalografie aufgeklärt, die Entscheidung über die Durchführung wurde aber dem Patienten überlassen: *„Das Elektroencephalogramm ist frei von krankhaften Befunden. Eine Luftfüllung wurde nach reiflicher Überlegung abgelehnt.“*<sup>304</sup> In den Gutachten wurden sorgfältig alle Untersuchungsbefunde einzeln aufgelistet, während in den Arztbriefen für die Akutfälle die diagnostischen Ergebnisse oftmals zusammengefasst dargestellt wurden. In den Gutachten wurde also eine gründliche Legitimationsgrundlage für eine spätere Diagnose bzw. den Grad der Erwerbsminderung geschaffen. Während bei den Patientenakten der Akutfälle im Entlassungsbrief nur die aktuelle Diagnose notiert wurde, die für den akuten Handlungsbedarf relevant war, wurden bei Gutachten alle Diagnosen aufgeführt. Diese spielten für die Beurteilung der Erwerbsminderung eine Rolle, wie folgendes Beispiel zeigt: *„Restsymptom verschiedener schizophrener Schübe. Zustand nach Magenresektion (Billroth II), Magenschleimhautentzündung, Kreislauf labilität.“*<sup>305</sup> In der abschließenden Beurteilung wurden Verhalten und Befunde detaillierter dargestellt als bei den Akutfällen, um eine Diagnose bzw. den Grad einer Minderung der Erwerbsfähigkeit besser herzuleiten. Dafür wurde auch zu bereits vorliegenden Krankenhausberichten aus anderen Häusern oder vorher angefertigten Gutachten Stellung genommen. Neben den erhobenen Untersuchungsbefunden wurde oftmals beurteilt, inwieweit die Patienten in den Schilderungen ihrer Beschwerden glaubwürdig erschienen. Die Art und Weise, wie sie sich in der Anamnese und während der Untersuchungen verhielten, wurde genau beobachtet und bewertet, wie die folgenden zwei Beispiele illustrieren:

---

<sup>304</sup> HPA: Signatur G54EL/RO0316.

<sup>305</sup> HPA: Signatur G52RN/UB0803: Schreiben an die Seekasse (Rentenversicherungsanstalt für Seeleute) vom 13.10.1952.

*[Die Patientin] ist eine einfache, aber offenbar nicht besonders schwachsinnige Frau mit einer gewissen Indolenz, d. h. sie neigt eher dazu, ihre Beschwerden geringer einzuschätzen als sie sind und sie kann sicher ein[en] kräftigeren Stoss vertragen und aushalten als andere Frauen.*<sup>306</sup>

Die beschriebene Robustheit oder vielleicht auch das Herunterspielen der Beschwerden veranlasste den Gutachter zu folgender Aussage: „Aus diesem Grunde wird man die von ihr vorgebrachten Beschwerden glauben können.“<sup>307</sup>

Ein gegenteiliges Beispiel veranschaulicht folgende Episode, bei der ein Patient gezielt auf die Vortäuschung von Symptomen getestet wurde:

*[Er] rannte beim Blindgang aber demonstrativ gegen Schränke und Stühle, wobei er sich jedoch mit geschlossenen Augen immer wieder abfing. Trotzdem besteht wohl doch eine Kleinhirntaxie, die [der Patient] lediglich übertreibt.*

Die aufgedeckte Übertreibung hatte aber keinen Nachteil für den Patienten. Im Gegenteil wurde empfohlen, „dem Wunsch [...] eine sitzende Arbeit zu vermitteln oder [sich] in einem entsprechenden Beruf ausbilden zu lassen, nach Möglichkeit nachzukommen“.<sup>308</sup>

In den Gutachten ging es in den meisten Fällen um eine finanzielle Unterstützung durch den Staat, was bedeutet, dass zwei Interessen aufeinanderstießen. Der Staat wollte wissen, ob und inwieweit er finanziell aufkommen musste, die zu begutachtende Person hingegen hatte ein Interesse daran, eine möglichst hohe finanzielle Zuwendung zu erhalten. Die Ärzte agierten also als dritte Instanz und sollten den Grad der Erwerbsminderung prüfen. Es stand daher von Anfang an eine Diagnose zur Prüfung im Raum und somit im Fokus. Therapeutische Konsequenzen ergaben sich aus einer Diagnosevergabe bei Gutachten nicht. Das Ausmaß einer Erwerbsminderung wurde in den meisten Fällen in Prozent angegeben, eventuell wurde eine Nachuntersuchung empfohlen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Diagnose sowohl in den Patientenakten für die Akutpatienten als auch in den Gutachten eine wichtige, aber grundsätzlich unterschiedliche Rolle spielte. In den Patientenakten für die Akutpatienten wurde durch die Diagnostik sorgfältig eine Diagnose hergeleitet. Diese

---

<sup>306</sup> Sign. Archiv IMGWF (Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung: Sign. G59NT/TE0611.

<sup>307</sup> Ebd.

<sup>308</sup> HPA: Signatur G50DM/AN1013.

legte dann ein passendes Therapieschema fest und legitimierte es. In Vordergrund standen nicht das Finden und Festlegen einer Diagnose, sondern die akute Behandlung von Symptomen. In den Gutachten hingegen ging es in erster Linie um die Bestätigung einer Diagnose und die Ermittlung der Grundlage für eine Erwerbsminderung, nicht um die Behandlung.

### 5.3 Therapien

Die Lübecker Nervenärzte wendeten ein breites therapeutisches Behandlungsspektrum an, darunter „*roborierende*“ Allgemeinmaßnahmen zur Gesundheitsunterstützung, Sedativa, Schocktherapien als invasive Therapie, Insulinkuren, Elektroschocktherapien und Psychopharmaka. Psychochirurgie, Physio-, Ergo-, Sozio- oder Arbeitstherapien waren hingegen kein Bestandteil des Therapieangebots. Die angeführten therapeutischen Maßnahmen bilden das typische Spektrum ab, wie es in den Psychiatrien in der BRD zu jener Zeit üblich war.<sup>309</sup> Therapeutisch hielten die Lübecker Ärzte auch an den invasiven Therapien fest, vor allem der Schocktherapien. Noch bis 1960 war sie das klare Haupttherapieregime. Die in den 1950er Jahren neu auf den Markt gekommenen Psychopharmaka hingegen stellten keine große therapeutische Wende dar. Sedativa kamen regelhaft, teils jedoch sehr zurückhaltend zum Einsatz. Neurologische und psychiatrische Fälle wurden gleich behandelt. Neben den psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen wurden, nach konsiliarischer Hinzuziehung, auch Erkrankungen aus sämtlichen Fachbereichen selbstverständlich auf der psychiatrischen Station mitbehandelt.<sup>310</sup>

#### 5.3.1 „Roborierende Maßnahmen“ und „Kuren“

Ein Großteil der Patienten erhielt während des Aufenthalts in der Klinik gesundheitsunterstützende Therapien, die in den Arztbriefen „*roborierende Maßnahmen*“ genannt wurden. In der Dokumentation wurden sie vor allem als Ergänzung zu den eigentlichen Therapien beschrieben, bildeten aber dennoch eine oft genutzte Therapiesäule. Zu diesen Maßnahmen zählten heiße Bäder, Massagen,

---

<sup>309</sup> Engelbracht, a.a.O., FN 39; Hanrath, a.a.O., FN 2, S. 118.; Sparing, a.a.O., FN 39, S. 261-300.

<sup>310</sup> Insgesamt ist zu erwähnen, dass die hier erhobenen Ergebnisse und Zahlen von qualitativer Natur und somit quantitativ nicht belastbar sind.

Aderlässe und Fichtelnadelbäder.<sup>311</sup> Zur allgemeinen Entspannung und Beruhigung wurden Bäder, Massagen oder Baldrian verordnet.

In einzelnen Fällen war von einer Psychotherapie die Rede wie bei einem Patienten, der an Depressionen litt: „*Bekommt Sedativa und Psychotherapie.*“<sup>312</sup> Auch wenn dieses Beispiel aus dem Jahr 1950 stammt, fand sich erst für 1967 ein Nachweis für eine neu eingestellte Diplom-Psychologin.<sup>313</sup> In keiner der untersuchten Patientenakten wurde näher auf dieses Therapieverfahren eingegangen und es spielte eine marginale Rolle. Häufiger wurde von gesonderten Gesprächen gesprochen, die zur akuten Beruhigung von Patienten dienten.

Seit den 1930er Jahren wurden in den Psychiatrien Kuren angewandt. In Lübeck fanden sich einzelne Fälle, in denen eine Malaria-Kur zur Behandlung von Syphilis durchgeführt wurde, eine Apomorphin-Ekelkur zum Alkoholentzug sowie in zwei Fällen Schlafkuren, die bei Depressionen angewandt wurden, obwohl diese in den 1950er Jahren eigentlich schon als überholt galten.<sup>314</sup>

Die Durchführung von Schlafkuren bis ins Jahr 1955 zeugt davon, dass an eher veralteten Verfahren festgehalten wurde. Auffällig ist zudem, dass diese therapeutischen Maßnahmen kaum in der Patientenakte dokumentiert wurde. Im ersten erwähnten Fall einer Schlafkur wurde eine „*Pacatal-Atosil-Somnifen*“-Schlafkur durchgeführt, nachdem die Patientin bei einem vorherigen Aufenthalt bereits eine Megaphen-Schlafkur erhalten hatte, die jedoch nicht zum gewünschten Erfolg geführt hatte. Bei der zweiten Patientin konnte nicht einmal festgestellt werden, welche Medikamente verwendet wurden, es war im Arztbrief lediglich von einer „*Schlafkur*“ die Rede.<sup>315</sup> Für wie viele Tage die Schlafkuren jeweils durchgeführt wurden, konnte aus den Akten ebenfalls nicht entnommen werden.

Für den Einsatz von Arbeitstherapien nach Hermann Simon (1867-1947) im städtischen Krankenhaus Ost konnten keine Hinweise gefunden werden. Es fanden sich vereinzelt Einträge, dass Patienten bei der Vorbereitung der Mahlzeiten beispielsweise zum Kartoffelschälen egebunden wurden. Der Einsatz als feste Arbeitskräfte konnte jedoch nicht nachgewiesen werden. Die Patienten konnten sich

---

<sup>311</sup> In sechs Fällen kam es zum Aderlass, wobei um die 450ml Blut entnommen wurden. Die Diagnosen dieser Patienten waren überwiegend internistisch oder neurologisch und reichten von „Coma Diabetikum“, Apoplexie bis hin zum dekompenzierten Hypertonus.

<sup>312</sup> HPA: Signatur 50OI/IP0327: Verlaufsbeobachtung vom 03.11.1950.

<sup>313</sup> Sign. 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck Nr.12: Personaleinstellungen vom 15.02.1967.

<sup>314</sup> Balz (2010), a.a.O. FN 46, S. 76.

<sup>315</sup> HPA: Signatur 55UT/ZE0105: Arztbrief vom 14.10.1955.

frei in den Gärten bewegen, allerdings fanden sich auch hier keine Hinweise darauf, dass eine therapeutische Aktivierung über landwirtschaftliche Tätigkeiten initiiert wurde. Auch fanden sich keine Hinweise auf Therapien, in denen Handarbeiten o. ä. durchgeführt wurden. Das Fehlen der Arbeitstherapie im landwirtschaftlichen oder im gastronomischen Bereich könnte auf die Einbettung der Abteilung in ein städtisches Krankenhaus zurückzuführen sein. Die Arbeiten in den genannten Bereichen wurde von Angestellten erledigt, die genau dafür eingestellt worden waren.

Hermann Simon, Psychiater und Direktor der Provinzialheil- und Pflegeanstalt in Gütersloh, hatte das Konzept der systematischen Arbeitstherapie in den 1920er Jahren entwickelt. Er sprach sich gegen den verwahrenden Charakter psychiatrischer Patienten und für eine körperliche Aktivierung aus. Er war der Überzeugung, dass eine Tätigkeit einen stabilisierenden und bessernden Effekt habe.<sup>316</sup> Die Patienten wurden erst an einfache und dann immer anspruchsvollere Arbeiten im Handwerk, in der Landwirtschaft und in der Handarbeit herangeführt. Die Arbeitstherapie verbreitete sich und fand in vielen Anstalten Anwendung. Auch in der ehemaligen Heilanstalt Strecknitz gehörte die Arbeitstherapie nach Simon noch fest zum Therapiekonzept.<sup>317</sup> Der therapeutische Ansatz zum Wohle der Patienten wandelte sich in Deutschland jedoch zunehmend. Als Arbeitskräfte, die kein Geld kosteten, wurden die Patienten als feste und billige Arbeitskräfte in vielen Anstalten mit eingeplant.<sup>318</sup>

### 5.3.2 Sedativa

In der Psychiatrie waren Sedativa in der Nachkriegszeit ein breit eingesetztes Medikament und sie wurden ungeachtet der teilweise gravierenden Nebenwirkungen gezielt und zwangsweise zur Ruhigstellung, zur Erleichterung des Stationsalltages und aus disziplinarischen Gründen eingesetzt.<sup>319</sup> Für Schleswig-Holstein arbeiteten Beyer et al. vor allem für das Landeskrankenhaus Hesterberg erschütternde Zustände heraus. Eine therapeutische Absicht war bei den überwiegend chronisch erkrankten Patienten nicht gegeben, so dass die Sedierungen fast ausschließlich zur „besseren Führung“ der überfüllten Anstalt dienten.<sup>320</sup>

---

<sup>316</sup> Hermann Simon, *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt* (Berlin und Leipzig: Walter de Gruyter & Co., 1929); S. 32.

<sup>317</sup> Schepermann und Dilling, a.a.O., FN 64, S. 40 ff.

<sup>318</sup> Sophie Ledebur, „Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* in Wien“, Phil. Diss., Wien, 2011, S 292ff.

<sup>319</sup> Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1, S. 7; Beyer<sup>b</sup> et.al, a.a.O., FN 6, S. 194. Hähner-Rombach und Hartig, a.a.O.; Wagner, a.a.O., FN 5, S. 105; Sparing, a.a.O., FN 39, S. 297; Hanrath, a.a.O., FN 2, S. 302f.

<sup>320</sup> Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1, S. 155 ff.

Für Lübeck zeigte sich in der Recherche, dass der Einsatz von sedierenden Medikamenten fest zur medikamentösen Praxis gehörte. Dabei konnte jedoch beobachtet werden, dass bei Unruhe eine Sedierung zur Ruhigstellung zurückhaltender als in anderen psychiatrischen Anstalten durchgeführt wurde. Zudem konnten keine Sedierungen aus disziplinarischen Gründen nachgewiesen werden.

Folgende Sedativa fanden Verwendung: Paraldehyd, Somnifen, Luminal, Veronal, Opium, Morphin, Belladenal (Phenobarbital), Bellergal, Evipan, Dominal, Doriden (Gluthetimid) und das pflanzliche Beruhigungsmittel Baldrian. Der Einsatz erstreckte sich von leichten Einschlafstörungen über eine Sedierung zur Ruhigstellung bis hin zur Schlafkur. Dass Sedativa selbstverständlich und regelhaft zum Alltag gehörten, zeigt sich daran, dass zum einen mehr als die Hälfte aller Patienten ein Sedativum erhielt, zum anderen wurden in den Verlaufsbeobachtungen und Arztbriefen die Präparate oftmals nicht genauer benannt, sondern nur als Sedierung bezeichnet, was für eine allgemeine Akzeptanz und Selbstverständlichkeit dieser Praxis spricht. Über die tatsächliche Wirkung auf die Patienten fanden sich insgesamt nur wenige Hinweise – in einer Krankenakte heißt es hierzu nur: *„Tief sediert, z. Zt. keine Exploration möglich“*.<sup>321</sup> Außerdem hatten die Sedativa einen begleitenden und keinen primär therapeutischen Charakter. Vielmehr waren der klinische Zustand und der Grad der damit einhergehenden Störung des stationären Umfeldes ausschlaggebend. Bei leichter Unruhe oder Einschlafstörungen wurden Sedativa wie Paraldehyd oder Pacatal gegeben. Auch Baldrian wurde hierfür verwendet. Bei stärkerer Erregung oder gar Aggressionen kamen Sedativa wie Somnifen zum Einsatz oder es wurde mit Megaphen zu einer anderen Substanzklasse gegriffen. In solchen Fällen stand die Beseitigung der Störung und die Aufrechterhaltung des stationären Alltages klar im Vordergrund, wie das folgende Beispiel zeigt: *„Heute Abend plötzlich wieder schwerster Erregungszustand. [...] wird sofort aggressiv, als man ihn beruhigen will. Als er sediert werden sollte (er störte alle andern. Pat.), wehrte er sich verzweifelt gegen die Todesspritze.“*<sup>322</sup> Es wird anschaulich dargelegt, dass bei einem erregten Patienten zunächst versucht wurde, beruhigend auf ihn einzuwirken, bevor er medikamentös sediert wurde. Explizit wird die Störung der Mitpatienten als Grund und Rechtfertigung genannt, woraus geschlossen werden kann, dass eine solche

---

<sup>321</sup> HPA: Signatur 57UT/AH0457: Verlaufsbeobachtung.

<sup>322</sup> HPA: Signatur 55DO/AN1090: Verlaufsbeobachtung vom 08.09.1955

Sedierung einer besonderen Rechtfertigung brauchte. Prof. Schmidt äußerte sich zu diesen Situationen folgendermaßen:

*Die Anwendung unmittelbaren Zwangs ist daher bei uns nur ausnahmsweise erforderlich, etwa bei bewußtseinsgestörten, unruhigen Patienten, die ziellos hinausdrängen oder planlos aggressiv werden. Begütigender Zuspruch und Beruhigungsspritze, äußerstensfalls kurzes Festhalten bis die Spritze wirkt, sind die im Grunde ärztlichen Mittel unseres Zwangs.<sup>323</sup>*

Schmidts Haltung, Beruhigungsspritzen und körperlichen Zwang nur in Ausnahmefällen anzuwenden, findet sich in einem Fall bestätigt, bei dem ein medikamentenabhängiger Patient zur Beruhigung statt eines Medikamentes sogar nur Wasser als „Scheininjektion“ verabreicht bekommen sollte. Der Patient gab an, „nicht ohne Mittel“ sein zu können.<sup>324</sup> „Besonders zur Nacht konnte er anfänglich nur durch Scheininjektion (Aqua dest.), dann allerdings gut, ruhiggestellt werden.“<sup>325</sup> Zudem wurde auf die Verhältnismäßigkeit der verabreichten Sedierung geachtet, wie folgender Stationseintrag zeigt: „Nachdem die Pat. einige Tage ohne Mittel ausgekommen war, wurde sie wieder unruhig.“<sup>326</sup> Man hatte also ausprobiert, ob die Patientin ohne Beruhigungsmittel auskam. Da dies nicht zu funktionieren schien, wurde sie jedoch nicht erneut sediert, sondern es wurden weitere Elektroschocktherapien durchgeführt.

a bei den Patienten in der Lübecker Psychiatrie die Heilung oder zumindest eine Besserung von Symptomen mittels eines breiten Therapieangebots angestrebt wurde, ist es nicht verwunderlich, dass die Patienten nicht dauerhaft sediert wurden. Bemerkenswert bleibt dennoch der zurückhaltende Umgang der Sedativa bei im Alltag störenden Situationen.

Bewertete das Personal eine Situation als extrem oder gefährlich, kam eine Sedierung notfalls unter Zwang durchaus in Betracht. Eine gezielte breit durchgeführte Ruhigstellung der Patienten konnte jedoch nicht festgestellt werden. Überwiegend kamen die Sedativa somit bei psychischer Erregung im Sinne einer symptomorientierten Beruhigung zum Einsatz. Die Lübecker psychiatrische Abteilung

---

<sup>323</sup> Sign. AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr.62: Schreiben von Prof. Schmidt an das Innenministerium Kiel vom 08.02.1973.

<sup>324</sup> Ebd.

<sup>325</sup> HPA: Signatur 59RU/IE0806: Seine häufigen Forderungen nach Medikamenten wurden mehrfach dokumentiert.

<sup>326</sup> HPA: Signatur Stationseintrag vom 25.11.51: 51AR/IE0834.

hob sich in der Gabe von Sedativa somit deutlich von anderen Anstalten ab. Sie zeigte sich im Vergleich abwägender und zurückhaltender.

### 5.3.3 Invasive Therapien – Schockverfahren

In Lübeck galten bis mindestens 1960 die Elektrokrampftherapien (EKT) sowie die Insulinkomatherapie (IKT) als die eigentlich effektivsten Therapien. Für die Durchführung der Cardiazolschocktherapie fanden sich im Untersuchungsgegenstand hingegen keine Hinweise. Die Elektrokrampftherapie kam in der therapeutischen Praxis in Lübeck zentral zum Einsatz, daran änderte auch die Einführung der Psychopharmaka ab 1953 nicht viel. Die Schock- oder Krampftherapien, auch invasive Therapien genannt, hatten in den 1930er ihren Weg in die psychiatrische Behandlung gefunden. Sie wurden in den Psychiatrien überwiegend bei Schizophrenieleiden sowie depressiven Patienten eingesetzt.<sup>327</sup> Durch Auslösen von Krampfanfällen erhoffte man sich eine Symptomverbesserung.

Die Cardiazolschocktherapie hatte Ladislav v. Meduna 1934 entwickelt.<sup>328</sup> Bei dieser Therapie wurde der Wirkstoff Pentetrazol verabreicht, der Krampfanfälle auslöste. Allerdings ging dieses Verfahren mit Todesängsten einher.<sup>329</sup>

Ab 1936 wurde die bereits 1933 von Manfred Sakel entwickelte Insulinschocktherapie eingesetzt.<sup>330</sup> Diese Therapie führte bei den Patienten mittels Insulin eine Hypoglykämie herbei. In der Folge kam es ebenfalls zu Krämpfen sowie zu komaähnlichen Zuständen, die potenziell lebensgefährlichen sein konnten. Anschließend wurde der Hypoglykämie mit Glucose entgegengewirkt. Bei 1% der Fälle führte dieses Verfahren zum Tod.<sup>331</sup>

---

<sup>327</sup> Urs Germann, „Ein Insulinzentrum auf dem Land. Die Einführung der Insulinbehandlung und der therapeutische Aufbruch in der Schweizer Psychiatrie der Zwischenkriegszeit.“, in *„Heroische Therapien“ – Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945*, hg. von Hans-Walter Schmuhl und Volker Roelcke (Göttingen: Wallstein Verlag, 2013), S. 153.

<sup>328</sup> Cornelius Borck, „Die Internationale der invasiven Therapien und die Diskussion in Deutschland“, in *„Heroische Therapien“ – Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945*, hg. von Hans-Walter Schmuhl und Volker Roelcke (Göttingen: Wallstein Verlag, 2012), S. 131.

<sup>329</sup> Norbert Jachertz, „Heroische Therapien, ausgelieferte Patienten“, *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 109, 2012.

<sup>330</sup> Hans-Walter Schmuhl et al., *„Heroische Therapien“ – Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945*, hg. von Hans-Walter Schmuhl und Volker Roelcke (Göttingen: Wallstein Verlag, 2013), S. 12.

<sup>331</sup> Thomas Huonker, *Diagnose: „moralisch defekt“ Kastration, Sterilisation und Rassenhygiene im Dienst der Schweizer Sozialpolitik und Psychiatrie 1890-1970*, (Zürich: Orell Füssli Verlag AG, 2003), S. 215-216; Matthias M. Weber, *Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin: Ideengeschichte eines psychiatrischen Therapiesystems* (München: Urban&Vogel, 1999), S. 126-127.

1938 kam die von Ugo Giletti und Lucio Bini entwickelte Elektrokrampftherapie als Therapieform hinzu.<sup>332</sup> Bei der Elektrokrampftherapie erhoffte man sich durch die Gabe von Strom durch das Gehirn eine Art „Zurücksetzen“ und eine deutliche Symptomverbesserung. Die Patienten wurden liegend fixiert und es wurde mit zwei Elektroden an den Schläfen Strom appliziert. Dies führte mitunter zu starken Muskelverkrampfungen, die zu Frakturen führen konnten. Seit den 1950ern wurden Muskelrelaxanzien gegeben, um den Frakturen vorzubeugen. Weitere Nebenwirkungen waren Amnesie und Gedächtnisverlust.

Trotz der teils gravierenden Nebenwirkungen kam es international in den 1930er Jahren zu einer Radikalisierung der invasiven Therapien, die dann im Nationalsozialismus mitunter zu exzessiven Anwendungen von Elektrokrampftherapien und Insulinkomatherapien führten. Im Jahre 1937 erklärte der Psychiater Gottfried Ewald (1888-1963): „*Wo es um die geistige Gesundheit geht, lohnt sich schon einmal der Einsatz des Lebens.*“<sup>333</sup> Dieser Satz versinnbildlicht die damalige Haltung und das bereitwillige Hinnehmen von gesundheitlichen, teils tödlichen Risiken.<sup>334</sup> Auch der Psychiater Anton von Braunmühl war ein glühender Verfechter der Schocktherapien der die Anwendung dieser Verfahren während des Nationalsozialismus in der Klinik Eglfing/Haar auf die Spitze trieb.<sup>335</sup>

Auch nach dem Zweiten Weltkrieg gehörten die Schocktherapien bis in die 1960er weiter zum festen Therapieregime.<sup>336</sup> Während der Antipsychiatrie-Bewegung in den 1960er und 1970er Jahren und durch Filmen wie „*Einer flog über das Kuckucksnest*“ (1975) gerieten die Schocktherapien in Verruf.<sup>337</sup> Anders als die Elektrokrampftherapie gelten die Cardiazol- und die Insulinschocktherapie heutzutage als obsolet. Das Verfahren der Elektrokrampftherapie wird heute jedoch wieder vermehrt angewandt. Unter dem Namen der Elektrokonvulsionstherapie (EKT) gilt die Therapie vor allem bei schwersten und ansonsten therapieresistenten Depressionen sowie bei

---

<sup>332</sup> Die Elektrokrampftherapie wurde von Ugo Verletti (1877-1963) und Lucio Bini (1908-1964) an der Universitätsklinik in Rom entwickelt. „In Deutschland erstmal 1939 vom Psychiater Friedrich Meggendorfer (1880-1953) in Zusammenarbeit mit der Firma Siemens in der Therapie von Schizophrenen eingesetzt. Siehe hierzu Sylvelyn Hähner-Rombach, „Historischer Rahmen“, in: *Entwicklungen in Der Krankenpflege Und in Anderen Gesundheitsberufen Nach 1945* (Frankfurt: Sylvelyn Hähner-Rombach, Pierre Pfütsch, 2018), S. 71; Schmuhl, a.a.O., FN 336, S. 15.

<sup>333</sup> Schmuhl, a.a.O., FN 336, S.23.

<sup>334</sup> Ebd.

<sup>335</sup> Borck, a.a.O., FN 334, S. 148.

<sup>336</sup> Balz (2010), a.a.O., FN 46, S. 81.

<sup>337</sup> Theodor Schaarschmidt, „Antipsychiatrie: Ich bin nicht verrückt, ich bin Revoluzzer!“, *ZeitOnline*, 2018, siehe online unter: <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-01/antipsychiatrie-psychiatrien-psychologie-patienten/> / Tag des letzten Zugriffs: 15.07.2025.

lebensbedrohlichen Formen der Schizophrenie (Katatonie) als etabliertes Verfahren.<sup>338</sup> Allerdings hat sich mittlerweile die Durchführung verändert: Es werden nicht nur Muskelrelaxanzien gegeben, sondern das Verfahren findet im Beisein eines Anästhesisten in Kurznarkose statt. In über 50% und teils bis zu 80% der Fälle soll eine Rückbildung der Beschwerden eintreten. Als mögliche Nebenwirkungen werden eine Amnesie des Kurzzeitgedächtnisses sowie mögliche Übelkeit und Schwindel nach der Behandlung angegeben.<sup>339</sup> Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) nimmt in einer Broschüre ausführlich Stellung zu diesem Verfahren. Dort heißt es:

*Auftretende Nebenwirkungen wie vorübergehende Schmerzen und ein vorübergehender Verlust von manchen Erinnerungen im Kurzzeitbereich müssen im Vergleich zu den Qualen einer schweren Depression bewertet werden.*<sup>340</sup>

Insgesamt steht die DGPPN dem Verfahren positiv gegenüber und verweist auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse, die eine Wirksamkeit bei den genannten Krankheitsbildern belegen. Andere Stimmen, wie Patientenberichte oder Foren, stehen dem Verfahren nach wie vor kritisch gegenüber.<sup>341</sup>

#### 5.3.3.1 Elektrokrampftherapie im Lübecker Krankenhaus Ost

In Lübeck erhielten laut den 131 gesichteten Patientenakten 54 Patienten eine Elektrokrampftherapie verordnet, was etwa 40% der Patienten entsprach. Davon hatte die Mehrheit eine Schizophrenie-Diagnose, gefolgt von Depressionen. Vereinzelt wurden EKTs bei Patienten mit chronischem Alkoholismus bzw. Alkoholhalluzinosen,

---

<sup>338</sup> Michael Grözinger et al., „Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in 24 Fragen Ein DGPPN-Ratgeber für Patienten und Angehörige“, (DGPPN, 2018), Beschreibung der Elektrokonvulsionstherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Mainz, siehe online unter: <https://www.unimedizin-mainz.de/psychiatrie/patienten/weitere-behandlungsangebote/elektrokonvulsionstherapie-ekt.html> / Tag des letzten Zugriffs: 09.05.2025; CharitéCentrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie "Informationsblatt und Einverständniserklärung Elektrokonvulsionstherapie (EKT) (Patientenexemplar)" (Berlin, 2015).

<sup>339</sup> Ebd.

<sup>340</sup> Grözinger et al., a.a.O., FN 344.

<sup>341</sup> Depression-Heute, „Ärztin: Die Elektroschocktherapie zerstörte mein Leben, siehe online unter: <https://www.depression-heute.de/aerztin-die-elektroschocktherapie-zerstoerte-mein-leben/> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025; Stephanie Kara, „Umstrittene Therapie als letzte Chance Mit Elektroschocks gegen Depression“, *Deutschlandfunk*, 12.02.2017, siehe online unter: <https://www.deutschlandfunk.de/umstrittene-therapien-als-letzte-chance-mit-elektroschocks-100.html> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025.

Psychosen, bei abnormer Persönlichkeit, Epilepsien oder bei akuten Manien eingesetzt. Während eines Aufenthaltes wurden die Sitzungen bis zu 15-mal durchgeführt, wobei das anschließende Verhalten als Erfolg oder Misserfolg interpretiert und dokumentiert wurde, wie folgendes Beispiel zeigt: *„Die letzten Schocks waren ohne jede Wirkung, der Stupor hält an“*.<sup>342</sup>

Dass vor allem die Elektrokrampftherapie als Haupttherapie angesehen wurde und die Psychopharmaka zunächst zu keinem therapeutischen Paradigmenwechsel führten, soll anhand von zwei Fallbeispielen illustriert werden:

Herr G. war 1955 aufgrund einer akuten Psychose Patient in der Klinik und litt an einer *„alten Schizophrenie“* sowie an einem *„hirnatrophischen Prozess links“*. Er war ein klassischer „Drehtürpatient“, der seit 1950 bereits acht Mal für jeweils 2-3 Wochen in Behandlung gewesen war. 1955 verweigerte er jedoch die Behandlung mit einer EKT, was die Ärzte bedauerten, da eine Verbesserung der Psychose für sie somit als ausgeschlossen galt: *„Eine Schockbehandlung lehnte er leider ab, so daß die Psychose unbeeinflusst blieb.“*<sup>343</sup> Als Alternative wurde jedoch nicht auf das seit zwei Jahren verfügbare Megaphen-Atosil zurückgegriffen, sondern auf etablierte „allgemein roborierende Maßnahmen“ wie Fichtelnadelbäder und Baldrian. Diese waren laut Dokumentation auch erfolgreich. Der Patient fühlte sich danach *„freier und lockerer“*.<sup>344</sup> Fünf Jahre später wird Herr T. in der Klinik aufgenommen. Der 22-jährige Student litt ebenfalls an einem psychotischen Schub. Er erhielt eine Serie von Elektrokrampftherapien, Somnifen und ein Fichtelnadelbad. Zudem wurden drei Psychopharmaka gegeben: Megaphen-Atosil sowie Taxilan und Neruocil, die erst seit kurzem zugelassen waren.<sup>345</sup> Im Arztbrief wurde die Therapie mit einem Satz zusammengefasst: *„Wir behandelten sedierend und gaben Elektrokonvulsionen“, unter denen „ein deutlicher Umschwung“* stattfand. Er sei daraufhin wieder *„einsichtig, ruhig, höflich“*.<sup>346</sup> Alle Maßnahmen außer der Elektrokonvulsionen wurden als sedierende Maßnahmen zusammengefasst. Die EKT war in der Beurteilung jedoch die eigentliche Therapie, die zur Besserung beitrug. Der Erfolg wurde an sozialverträglichen Attributen festgemacht. Die Psychopharmaka hingegen wurden mit Sedativa und allgemeinen beruhigenden Maßnahmen auf eine Stufe gestellt.

---

<sup>342</sup> HPA: Signatur 51AR/IE0834 Verlaufsbeobachtung 02.-07.11.1949.

<sup>343</sup> HPA: Signatur 55AX/EH0700: Arztbrief vom 03.11.1955.

<sup>344</sup> HPA: Signatur 55AX/EH0700.

<sup>345</sup> HPA: Signatur 60AN/HO1238: Arztbrief vom 09.06.1960.

<sup>346</sup> Ebd.

Ein drittes Beispiel zeigt noch deutlicher, wie sehr die EKT den Psychopharmaka vorgezogen wurde: *„Da die Pat. trotz hoher Dosierung auf Megaphen keine Besserung zeigte, haben wir schließlich eine Elektroschock-Therapie durchgeführt.“*<sup>347</sup> Die EKT wurde als letzte Instanz gesehen und war dem Psychopharmakon somit überlegen. Ein leichter Wandel dieser Haltung ließ sich in den Analysen für die vorliegende Arbeit erst 1960 erkennen. Er wird im Abschnitt *„Psychopharmaka“* genauer ausgeführt (vgl. Kap. 5.3.4).

Bei der Indikationsstellung kamen Elektrokrampftherapien in Lübeck nicht ausschließlich bei Schizophrenien und Depressionen zum Einsatz. Wenn bisherige Therapien keine Besserung brachten, wurde als Versuch auch *„[...] ex juvantibus mit Insulin- und Elektroschocks behandelt [...]“*<sup>348</sup> Dabei verschwammen gerade in solchen Fällen die Grenzen von einer Therapie zu einer forcierten Eingliederung, um den stationären Alltag zu erleichtern, wie folgendes Beispiel zeigt: *„Zustand nach erneuter Schockbehandlung wieder etwas ausgeglichener. Nicht mehr so quengeligfordernd, erregt.“*<sup>349</sup> Der Gesundheitszustand bzw. der Umgang wurden für das Personal angenehmer und somit insgesamt als verbessert gewertet.

Das nächste Beispiel zeigt eindrücklich, wie die EKT unabhängig der Diagnose gezielt genutzt wurde, um das Verhalten zugunsten des Personals zu verändern:

*Wir sahen uns trotz der Hinweise auf eine organische Komponente des Zustandsbildes bei der hochgradigen Unruhe und Neigung zu Aggressivität zum Versuch einer Elektroschockbehandlung veranlasst. Die verabfolgten 5 E-Schocks bewirkten auch eine weitgehende Beruhigung, doch liessen sie die Zeichen einer Demenz in zunehmender Desorientiertheit, sprunghafter Inkohärenz sowie agnostischen und Wortfindungsstörungen deutlicher hervortreten.*<sup>350</sup>

Dabei scheinen sich die Ärzte bewusst gewesen zu sein, dass die Diagnose eines *„dekompensierten Hypertonus“* sowie eine *“organische Wesensveränderung“* nicht in das klassische Diagnosespektrum einer EKT-Behandlung gehörte und rechtfertigten ihr Tun erneut mit der Aggressivität von Patientenseite aus. Während die EKT also durchaus zur Ruhigstellung genutzt wurden, waren die Ärzte deutlich zurückhaltender,

---

<sup>347</sup> HPA: Signatur 56NG/ET0538: Arztbrief vom 20.10.1956.

<sup>348</sup> HPA: Signatur 50OL/IP0327.

<sup>349</sup> HPA: Signatur 55DO/AN1090: Verlaufsbeobachtung vom 12.09.1955.

<sup>350</sup> HPA: Signatur 51RA/IT0292: Arztbrief vom 23.07.1951.

wenn eine Elektrokrampfbehandlung aufgrund von organischen Vorerkrankungen als aussichtslos angesehen wurde. So wurde im folgenden Fall bei einer Psychose, die eine klassische Indikation der EKT-Behandlung darstellte, aufgrund möglicher Komplikationen von der Durchführung abgesehen:

*Die Psychose war therapeutisch insofern schwer angebar, da bei der chronischen Verlaufsform und schlechten Prognose besonders der Hirnschaden eine recht intensive Elektrokonvulsionstherapie verbot.*<sup>351</sup>

Bei einer depressiven Patientin mit Hirnatrophie konnte laut den Ärzten nicht „bis zum endgültigen Erfolg durchbehandel[t] werden“, da sie „Rücksicht auf die Atrophie“ nehmen wollten.<sup>352</sup> Die möglichen Nebenwirkungen wurden in den Akten zwar beschrieben, allerdings wurde ihnen keine größere Bedeutung beigemessen. Folgende Beispiele sollen dies erläutern: Vor Einführung von Muskelrelaxanzien im Jahre 1951, erlitt ein Patient nach Erhalt einer EKT eine Brustwirbelfraktur: „Beim letzten Schock trat eine Infraktion des 5. Brustwirbels auf. Die Beschwerden kla[n]gen innerhalb von drei Wochen ab.“<sup>353</sup>

In der untersuchten Stichprobe fanden sich Belege für die Gabe von Muskelrelaxanzien erstmals 1954.<sup>354</sup> Ab diesem Zeitpunkt konnten in der Recherche auch keine Frakturen mehr im Zusammenhang mit der Durchführung von EKTs nachgewiesen werden. Bei einer Patientin führte ein schwerwiegenderer Verlauf zwar zum Abbruch der EKT-Behandlung – „Beim dritten Elektroschock langandauernder Atemstillstand. Bedrohlicher Zustand. ES-Behandlung kann nicht mehr weitergeführt werden“ –, dennoch fand dieses Vorkommnis nur geringe Beachtung und wurde im Arztbrief nicht erwähnt.<sup>355</sup>

Patienten und Angehörige hingegen begegneten der Elektroschocktherapie hinsichtlich der Risiken mit größerer Skepsis. Es kam vor, dass Patienten die EKT ablehnten oder sich der Behandlung gegenüber zynisch oder abwertend äußerten: „Meine große Klappe könnt ihr mir doch nicht wegschocken.“<sup>356</sup> Da die Nervenärzte von den Schockverfahren überzeugt waren, missfielen ihnen negative Äußerungen über die EKT bei den Patienten untereinander: „auch beeinflusste sie die Mitpat[ienten]

---

<sup>351</sup> HPA: Signatur 60EG/AE0520EKT: Arztbrief vom 23.09.1960.

<sup>352</sup> HPA: Signatur 52RN/EZ0699: Schreiben an vertrauensärztliche Dienststelle vom 25.09.1952.

<sup>353</sup> HPA: Signatur 51US/TA0208.

<sup>354</sup> HPA: Signatur 54ER/AS0928.

<sup>355</sup> HPA: Signatur 55NN/LS0185: Eintrag in Verlaufsbeobachtung am 08.09.1955.

<sup>356</sup> HPA: Signatur 60AR/EN0712: Arztbrief vom 07.09.1957.

durch zahlreiche aufklärende Bemerkungen über die E.-Schockbehandlung schlecht.<sup>357</sup>

Trotzdem wurden die Ablehnung einer EKT-Behandlung grundsätzlich respektiert. Teilweise setzten sich auch die Angehörigen dafür ein, dass die Therapie abgebrochen wurde, wie das folgende Beispiel veranschaulicht: „die Behandlung [...] auf Drängen der Mutter [...] vorzeitig abgebrochen. Keine nennenswerte Besserung.“<sup>358</sup> Im Falle einer anderen Patientin vermutete der Ehemann sogar, dass sich der Zustand der Patientin durch die Elektroschocks verschlechterte. Er reichte Beschwerde ein, worauf die Ärzte Stellung bei der vertrauensärztlichen Dienststelle beziehen mussten: „Wenn der Ehemann meint, dass die Erkrankung durch die Schockbehandlung schlimmer geworden ist, so ist das durchaus begreiflich, sachlich aber nicht richtig.“ Sie äußerten also ein gewisses Verständnis für den Ehemann, zweifelten jedoch nicht am Erfolg der EKT: „Die Depression ist durch die Gabe einzelner Schocks gebessert worden [...]“.<sup>359</sup> Dass die Ärzte die Ablehnung einer EKT dokumentierten und akzeptierten, lag vermutlich auch an der 1954 vom BGH bestätigten Aufklärungspflicht.<sup>360</sup>

### 5.3.3.2 Insulinschockbehandlung im Lübecker Krankenhaus Ost

In der Aktenstichprobe fand sich bei insgesamt 30 Patienten eine Gabe von Insulin. Die Dokumentation war jedoch nicht immer gut nachzuvollziehen und erschien oftmals unvollständig. Von den 30 Patienten erhielten nur 17 Patienten gesichert eine Insulinschockbehandlung (IKT), davon verstarb eine Person in Folge der Behandlung. Die restlichen 13 Patienten bekamen nur eine „kleine Insulinkur“, was eine Einstufung in verschiedene Kategorien nahelegt. Diese Behandlung wurde bei Diabetes Mellitus oder zur Gewichtszunahme bei Untergewicht angewandt. Hierbei bekamen die Patienten über den Aufenthalt verteilt mehrmals geringe Mengen an Insulin verabreicht. Die Gabe von Insulin zur Gewichtszunahme überrascht in den frühen 50er Jahren kaum. Bei der damals vorherrschenden Nahrungsmittelknappheit kann diese Maßnahme ebenfalls als eine „roborierende Maßnahme“ gewertet werden. In einem

---

<sup>357</sup> HPA: Signatur 511L/SL1214: Arztbrief vom 17.04.1951.

<sup>358</sup> HPA: Signatur 500L/IP0327.

<sup>359</sup> HPA: Signatur 52RN/EZ0699: Schreiben an vertrauensärztliche Dienststelle vom 25.09.1952.

<sup>360</sup> BGH Urteil vom 10.07.1954 VI ZR 29/53, o.V., „Aufklärungspflicht Galgen aufgestellt“ *DER SPIEGEL*, 05.12.1961, S. 38-41, siehe online unter: <https://www.spiegel.de/politik/galgen-aufgestellt-a-c5a144b6-0002-0001-0000-000043367721> / Tag des letzten Zugriffs: 15.07.2025; Engelbracht, a.a.O., FN 39, S. 151.

Fall wurden „Insulin-Halbschocks“ dokumentiert, wohingegen bei Insulinschockbehandlungen mit hohen Insulindosen von einem „Vollshock“ geredet wurde. Inwiefern sich die „Halbschocks“ von den „Vollshocks“ klinisch unterscheiden, konnte der Dokumentation nicht entnommen werden. Allerdings sprach Anton von Braunmühl ebenfalls von „Halbschock“ und „Schock“, und unterschied zwischen einer weniger tiefen und einer schweren bzw. komatösen Bewusstlosigkeit.<sup>361</sup> In Lübeck glichen die Indikationen für einen „Vollshock“ den Indikationen für eine EKT und kamen bei Schizophrenien, Depressionen oder Psychosen zum Einsatz, oftmals auch in Kombination mit einer Elektrokrampftherapie. Es wurden dann bis zu 30 oder mehr IKT-Sitzungen durchgeführt.

Die insgesamt seltenere Anwendung der Insulinschockbehandlung im Vergleich zur EKT hing, wie andernorts auch, wahrscheinlich mit den erhöhten Risiken, einer aufwendigeren Durchführung und den deutlich höheren Kosten für die Beschaffung des Insulins zusammen.<sup>362</sup>

In Lübeck verstarb von den 17 Patienten aus der Stichprobe eine Patientin „*infolge [eines] Hirnödems bei Insulin-Coma-Behandlung*“.<sup>363</sup> In einem beigefügten Formular eines Bestattungsunternehmens wurde für Versicherungszwecke die unmittelbare Todesursache erfragt. Hier gaben die Ärzte den Tod infolge eines „*Herz-Kreislaufversagens bei Hirnschwellung*“ an und stufte das Versterben der Patientin nicht als Unfall ein: „*Bei unnatürlicher Todesart: Handelt es sich um Unfalltod usw.: entfällt*“.<sup>364</sup> Somit wurden auch hier die gravierenderen Komplikationen in Kauf genommen und nicht weiter beachtet. Auch fanden sich von Seiten der Angehörigen keine dokumentierten Beschwerden oder Nachfragen zu diesem Fall. Das passt zu den anderen IKTs, bei denen insgesamt wenig Skepsis seitens der Patienten oder Angehörigen in den Akten dokumentiert wurde. Es scheint, als habe es bei den Patienten und Angehörigen wenig Bewusstsein über für die möglichen Risiken gegeben.

---

<sup>361</sup> Der „Halbschock“ träte indes ein, wenn der Patient nicht mehr in der Lage war, selbst zu trinken, und galt als Vorstufe des richtigen „Schocks“. Sofern man sich über die Tiefe des hypoglykämischen Zustandes nicht sicher war, sollte man sich dieser „Trinkprobe“ bedienen, was Braunmühl als „probates Mittel“ sah, welches er „nicht mehr missen“ wollte. Zusätzlich erwähnte er noch den „Nachshock“, bei dem eine Hypoglykämie nach der Behandlung und trotz Nahrungsaufnahme auftreten konnte. Dieser Terminus fand in den Lübecker Akten indes keine Erwähnung.

<sup>362</sup> Hanrath, a.a.O., FN 2, S. 111.

<sup>363</sup> HPA: Signatur 60AR/EN0712.

<sup>364</sup> HPA: Signatur 60AR/EN0712: Ärztl. Gutachten an „Alte Volksfürsorge“ vom 22.09.1960.

### 5.3.3.3 Zwischenfazit

Vor allem die Elektrokrampftherapie wurde von den Lübecker Nervenärzten als Haupttherapieregime angesehen, da sie von der Effektivität überzeugt waren. Ein langsamer Paradigmenwechsel hin zu Gunsten der Psychopharmaka lässt sich Ende der 1950er nur erahnen. Darin unterschied sich die Lübecker Abteilung laut Viola Balz nicht erheblich von anderen psychiatrischen Einrichtungen. Balz schrieb, dass Schockkuren aufgrund ihrer medizinischen Risiken zwar in „Misskredit“ fielen, jedoch *„insbesondere die Insulinkoma- und Elektroschocktherapien [...] auch in den 1950er und 1960er Jahren breit angewendete Behandlungsverfahren [blieben und] deren Einsatz mit der Einführung von Neuroleptika keinesfalls verschwand“*.<sup>365</sup> Diese Beschreibung trifft auch auf die Behandlungspraxis der Lübecker Abteilung zu. Die Lübecker Nervenärzte hielten an den Schockkuren als etabliertes Therapieregime fest. Erst 1960 begann sich ein leichter Trend abzuzeichnen, dass Psychopharmaka an Bedeutung gewannen. Obwohl Schockverfahren in der Stichprobe überwiegend bei Depressionen und Schizophrenien angewandt wurden, kamen Schockbehandlungen bei medikamentöser oder anderweitiger Therapieresistenz versuchsweise ebenfalls zum Einsatz. Ablehnung und Skepsis seitens der Patienten oder Angehörigen wurde meistens akzeptiert, auch wenn dies bei den Ärzten auf Unverständnis stieß. Juristisch verhielt sich die Klinik gesetzeskonform und holte schriftliche Einwilligungen konsequent ein. Allerdings konnte auch ein ambivalenter Umgang in der Indikationsstellung beobachtet werden. Teilweise wurden vorhandene Diagnosen in Bezug auf mögliche Komplikationen abwägend diskutiert und in der Folge von einer Durchführung der EKT abgesehen. Auf der anderen Seite fanden die nicht unerheblichen Nebenwirkungen nur wenig Beachtung. Auch verschwammen die Grenzen zwischen therapeutischem Handeln und der Erleichterung des stationären Ablaufs für das Personal.

Die Insulinschocktherapie nahm in Lübeck eine deutlich kleinere Rolle ein als die Elektrokrampftherapie. Aufgrund der unvollständigen Dokumentation fällt eine Beurteilung der Vergabep Praxis insgesamt jedoch schwer. Vor allem die sogenannten „kleinen Insulinkuren“ sind nachträglich schwierig zu beurteilen. Die geringere Skepsis von Patienten und Angehörigen im Vergleich zur EKT zeugt von einem geringeren Bewusstsein für die Risiken der gefährlicheren Insulinschocktherapie.

---

<sup>365</sup> Balz (2010), a.a.O., FN 46, S. 81.

### 5.3.4 Psychopharmaka

Anfang der 1950er Jahre kündigte sich ein pharmazeutischer Wandel an, der für die Psychiatrie weitreichende Veränderungen mit sich brachte. Die ersten sogenannten „Neuroleptika“, die später auch als Antipsychotika bekannt wurden, kamen auf den Markt. Den Anfang markierte die Einführung des Neuroleptikums Chlorpromazin. Das von der französischen Firma *Rhône-Poulenc* entwickelte Medikament kam 1953 in Deutschland unter dem Handelsnamen *Megaphen* auf den Markt.<sup>366</sup> Als bald wurde es einer großen Anzahl von Patienten zunächst zur Beruhigung verschrieben. Erst im Verlauf kristallisierte sich ein vermeintlich positiver Effekt bei Psychosen, akuten Manien oder Schizophrenien heraus.<sup>367</sup>

Das Medikament erfreute sich zunächst großer Beliebtheit und wurde von der Fachwelt euphorisch aufgenommen.<sup>368</sup> Lange Liegedauern, das Wegfallen von gewaltsamen Fixierungen, Isolierungen und vergitterte Anstaltsfenster schienen fortan der Vergangenheit anzugehören.<sup>369</sup> Der stationäre Alltag änderte sich dramatisch. Auf den Stationen wurde es, aufgrund der hohen Anzahl von sedierten Patienten, ruhiger. Mit der Zeit gab es aufgrund starker Nebenwirkungen der Psychopharmaka, allen voran die Persönlichkeitsveränderungen, jedoch immer mehr kritische Stimmen. Die Patienten wurden „*lethargisch und müde*“ und nahmen stark an Gewicht zu.<sup>370</sup> Aber trotz der Nebenwirkungen überwog der empfundene Vorteil.

Das breite Interesse an den neuen Medikamenten führte dazu, dass Pharmakonzerne auf Kliniken zuzogen, um den Psychiatern Präparate zum Ausprobieren anzubieten und Versuchsreihen zu starten. Das führte zu breitflächigen Medikamentenversuchen an Erwachsenen und Kindern, die gegen ihren Willen sediert wurden. Im Rahmen von Sylvia Wagners 2016 veröffentlichter Arbeit, kam es bundesweit zu einer Aufarbeitungswelle von durchgeführten Medikamentenversuchen in deutschen Heimen und Psychiatrien in der Nachkriegszeit.<sup>371</sup> Das Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung (IMGWF) in Lübeck untersuchte im Auftrag des schleswig-holsteinischen Sozialministeriums diverse Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie verschiedene Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien

---

<sup>366</sup> Balz (2009), a.a.O., FN 46.

<sup>367</sup> Ebd.

<sup>368</sup> Helmchen, a.a.O., FN 47.

<sup>369</sup> Ebd.

<sup>370</sup> Sabine Braunschweig, Einfluss der Neuroleptika auf den psychiatrischen Pflegealltag, in: *Medizin Gesellschaft und Geschichte* 26 (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2007), S. 37–52.

<sup>371</sup> Wagner, a.a.O., FN 5.

in Schleswig-Holstein und betrachtete die Jahre 1949-1975.<sup>372</sup> Für das Lübecker Krankenhaus Ost fanden Beyer et. al. Unterlagen, die davon zeugen, dass Pharma-Referenten dem damaligen Oberarzt Bernd-Ludwig Carrière (1921-2015) im März 1958 Decentan vorstellten, für das er sich interessierte. Decentan wurde in Schleswig-Holstein breitflächig getestet. Im Abschlussbericht der Studie heißt es dazu: *„Der Oberarzt habe ‚lebhaftes Interesse‘ gezeigt, insbesondere die Auswirkungen von Decentan auf das EEG und Schlaf-EEG von Patient:innen hätte Carrières Aufmerksamkeit gefunden und ‚alsbald‘ wollte er mit der Anwendung in Lübeck-Ost beginnen.“*<sup>373</sup> Es konnte eine Erprobung von Decentan an 26 Patienten im Jahre 1966 nachgewiesen werden. Das Interesse an dem Medikament ging damals allerdings vom Oberarzt Dr. Bern Carrière aus, nicht von Prof. Schmidt. Abgesehen von dieser Testreihe konnten Beyer et al. und die vorliegende Arbeit keine weiteren Hinweise auf wissenschaftliche Experimente mit Medikamenten oder Versuchsreihen finden.<sup>374</sup> In Lübeck wurde Megaphen bereits im Erscheinungsjahr 1953 als erstes Pharmakon verabreicht.<sup>375</sup> Weitere Präparate wurden ab ein bis zwei Jahren nach der jeweiligen Markteinführung verwendet. Dabei wurden folgende Präparate verabreicht: Megaphen, Atosil, Decentan, Taxilan, Dominal, Tofranil, Neurocil. Es fand eine breite Anwendung statt, was auch Prof. Dilling 1979 bestätigte, als er schrieb, dass die Psychopharmaka ab 1953 in Lübeck fest zum medikamentösen Repertoire gehörten.<sup>376</sup> Lübeck reiht sich also in die Vergabepaxis anderer damaliger Psychiatrien ein. Allerdings bewirkte die Einführung der Psychopharmaka allein keinen plötzlichen Wandel in der alltäglichen Praxis. Die Psychopharmaka ersetzten die etablierten invasiven Therapien nicht, sondern waren stattdessen eng mit ihnen verwoben. Oftmals wurden sie in Kombination mit den Schocktherapien gegeben. Dabei fiel auf, dass die Medikamente mit einer großen Selbstverständlichkeit gegeben wurden; selbst für stark sedierende Medikamente wurden keine Einwilligungserklärungen eingeholt. Die Gabe der Psychopharmaka schien also, im Gegensatz zu den Schocktherapien, als nicht-invasiv und nicht-zustimmungspflichtig gewertet worden zu sein. Beschwerden oder Zweifel von Seiten der Patienten und

---

<sup>372</sup> Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1.

<sup>373</sup> Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1, S. 139.

<sup>374</sup> Zudem erhielt nur einer der drei Patienten ein EEG, ohne dass gesonderte Notizen gemacht wurden, so dass sich das geäußerte Interesse Carrières an der Wirkung von Decentan auf das EEG zumindest in den Akten nicht widerspiegelt.

<sup>375</sup> HPA: Signatur 53OR/BE0802.

<sup>376</sup> Dilling, a.a.O., FN 307, S. 327.

Angehörigen fanden sich bezüglich der Medikamentenvergabepraxis keine. Zudem wurde bei der Gabe der Psychopharmaka zunächst hauptsächlich die sedierende Wirkung genutzt.

Im Laufe des Jahrzehnts und mit den Zulassungen weiterer Medikamente kamen zunehmend verschiedene Präparate parallel zum Einsatz, was als Hinweis gedeutet werden kann, dass die Psychopharmaka an Bedeutung gewannen. Darüber hinaus wurden den Patienten Psychopharmaka verschrieben, die sie zur Stabilisierung ambulant weiter einnehmen sollten, wie das folgende Beispiel exemplarisch illustriert: Eine 46-jährige Patientin litt an einer stark ausgeprägten Schizophrenie und bekam 1960 zunächst eine Elektrokrampftherapie, die als nicht effektiv eingestuft wurde. Daraufhin erhielt sie über mehrere Wochen eine Taxilankur, worunter es „*schliesslich zum Versinken jeglicher psychotischer Produktivität*“ kam.<sup>377</sup> Somit hatte sich die Stellung der Therapien in diesem Fall umgedreht. Letzte Instanz war nicht mehr die Elektrokrampftherapie, sondern das Psychopharmakon. Der Fall dokumentiert damit beides, das Festhalten der Abteilung an der EKT als vorrangige Therapie und das Umschwenken auf Psychopharmaka. Diese wurden nicht mehr als lediglich sedierend, sondern auch als antipsychotisch wirksam angesehen.

Da der Aktenbestand nur bis 1960 reicht und die folgenden Jahre somit nicht mehr untersucht werden konnten, kann hier nur von einem angedeuteten und keinem gesicherten Wandel gesprochen werden.

Bis auf das in der Firmenkorespondenz dokumentierte Interesse Carrières an Decentan zeigten sich in den Akten keine Hinweise auf experimentierfreudiges Ausprobieren oder Beobachten der neuen Psychopharmaka. Im Gegenteil scheint die Einführung der Psychopharmaka in der Klinik eher zögerlich und lediglich als Begleiter der Schocktherapien gelaufen zu sein. Der Schwerpunkt lag auf der Akutversorgung von Patienten und nicht auf der Forschung. Und weil es ein städtisches Krankenhaus war, verbrachten die Patienten deutlich weniger Zeit auf den psychiatrischen Stationen, als es in Anstaltspsychiatrien oder psychiatrischen Landeskrankenhäusern der Fall war. Daher war auch die Versuchung weniger groß, die Patienten dauerhaft mit Sedativa oder Psychopharmaka zu sedieren, geschweige denn Versuchsreihen durchzuführen.

---

<sup>377</sup> HPA: Signatur 60AR/AD0114: Arztbrief vom 23.06.1960.

## 5.4 Die rechtliche Stellung der Angehörigen

Wie Sebastian von Kielmansegg herausgearbeitet hat, galt in Deutschland bereits seit dem späten 19. Jhd. und insbesondere seit dem Lübecker Impfunglück von 1930 vor der Durchführung von Behandlungen und Untersuchungen eine grundsätzliche Aufklärungs- und Einwilligungspflicht, die auch psychiatrische Einrichtungen einschloss.<sup>378</sup> Bei Vormundschaften galt für Erwachsene das Bürgergesetzbuch und welches durch das Vormundschaftsgericht angeordnet werden konnte.<sup>379</sup> Für Kinder trugen die jeweiligen Eltern die elterliche Sorge und waren somit automatisch der gesetzliche Vormund. Trotz vorhandener rechtlicher Vorgaben beschrieb Cornelia Brink eindrucksvoll, wie nicht einmal der systematische Krankenmord in der NS-Zeit nach 1945 zu einer Umsetzung grundlegender Menschenrechte und Einhaltung juristischer Vorgaben in den Psychiatrien führte. Vielmehr sei die Psychiatrie in der Nachkriegszeit ein nahezu rechtsfreier Raum geblieben.<sup>380</sup> In der Studie zu „Formen von Leid und Unrecht“ zeichnete Kielmansegg für die Kinder- und Jugendpsychiatrie nach, in welchem erschreckend geringem Ausmaß die juristischen Vorgaben in den untersuchten Anstalten Berücksichtigung fanden, und welche menschenverachtende Zustände vorherrschten und Menschenrechtsverletzungen bis zum Ende des Untersuchungsraumes 1990 an der Tagesordnung waren.<sup>381</sup>

Bei der Untersuchung der Patientenakten für die vorliegende Arbeit zeigte sich allerdings, dass die Lübecker Psychiatrie Wert darauf legte, die geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen einzuhalten. Dies kam vor allem in der Umsetzung der Aufklärungs- und Einwilligungspflicht zum Ausdruck, die allerdings überwiegend im Zusammenspiel mit den Angehörigen umgesetzt wurde. Bei einwilligungsfähigen Patienten fanden sich kaum schriftlichen Einwilligungen oder Hinweise auf eine erfolgte Aufklärung vor Untersuchungen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass die Einwilligungen mündlich im Gespräch mit den Patienten erfolgten. Allerdings gab es

---

<sup>378</sup> Sebastian Graf v. Kielmansegg, „Die rechtlichen Anforderungen an Medikamentenversuche“, in: Beyer, Christof et al., *Wissenschaftliche Untersuchung der Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in den Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975*, (Lübeck, 2021), S. 31–62.

<sup>379</sup> Beyer<sup>b</sup> et.al, a.a.O., FN 6, S. 38f.

<sup>380</sup> Brink, a.a.O., FN 37, S. 481; Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1, S. 45.

<sup>381</sup> Sebastian Graf v. Kielmansegg und Sarah Daniels, „Rechtliche Rahmenbedingungen und Kontexte 1949-1990“, in: *Wissenschaftliche Untersuchung zu Formen von Leid und Unrecht bei der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Jahren 1949-1990*, (Lübeck, 2021), S. 38–66.

eine hohe Anzahl an Patienten, die zumindest vorübergehend nicht geschäftsfähig waren, sei es aufgrund einer Psychose, einer Demenz oder anderen psychischen oder neurologischen Einschränkungen. Für diese Patienten wurden dann Angehörige als gesetzliche Vertreter eingesetzt. Ab dem Zeitpunkt, wo Angehörige als Vormund bzw. als gesetzlicher Vertreter auftraten, kam ihnen eine mächtigere Position zu. Zumeist übernahmen Ehepartner oder Kinder diese Rolle und waren dann Ansprechpartner für alle weiteren Entscheidungen. Juristisch legitimiert konnten sie Behandlungen abbrechen oder über den weiteren Verlauf maßgeblich bestimmen. Ein Grund für diese Praxis könnte die bestehende Aufklärungs- und Einwilligungspflicht gewesen sein. Bei invasiven Verfahren wie der Pneumoencephalographie, der Elektrokrampftherapie, den Insulinschockverfahren und bei Verlegungen wurden regelmäßig Einwilligungen von den Angehörigen eingeholt. Teilweise wurden die Einwilligungen der Angehörigen in der Verlaufsbeobachtung niedergeschrieben, teilweise auf anderen Schriftstücke notiert.<sup>382</sup>

Im Verlauf ist eine Veränderung der bürokratischen Form zu erkennen. Anfang der 1950er wurde die Einwilligung handschriftlich im Verlauf der Verlaufsbeobachtung formlos notiert. Später gab es eigens angefertigte Vordrucke mit vorformuliertem Text, die in die Akte gelegt wurden (s. Abbildung 12).

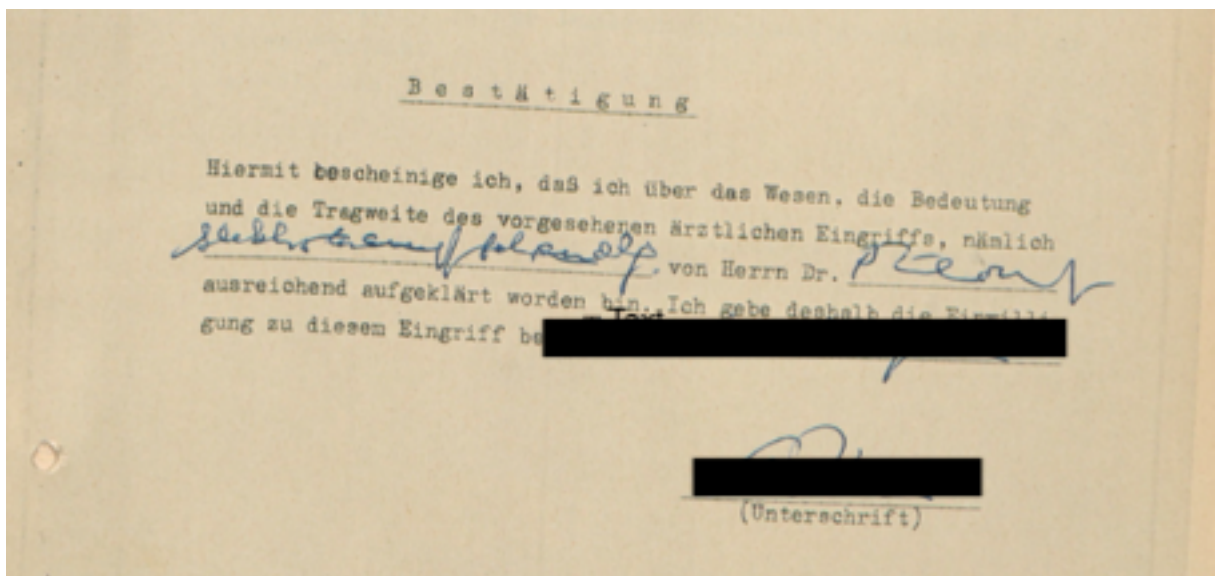


Abbildung 12 Sign.: 58AN/LE0806: Einwilligungserklärung eines Angehörigen zur Durchführung der Elektrokrampftherapie aus dem Jahre 1958.

<sup>382</sup> Da diese Schriftstücke lose in der Akte lagen, könnten sie abhandengekommen sein oder es gab mündliche Einwilligungen.

Selbst wenn die Ärzte therapeutisch anderer Meinung waren, wurde die Einwilligungspflicht strikt eingehalten. Folgender Fall soll dies illustrieren: Die Ehefrau eines Patienten war als gesetzliche Vertreterin eingesetzt. Der Patient lehnte die von den Ärzten als notwendig angesehen Pneumoencephalographie ab: *„[...] Er ist im ganzen recht uneinsichtig, lehnt vor allem die unbedingt notwendige Wiederholung der Encephalographie ab. Sie wird deswegen ausgesetzt, bis die Ehefrau entscheidet. Siehe Arztbrief.“*<sup>383</sup> Die Ärzte drängten auf eine Pneumoencephalographie, da sie einen Hirntumor vermuteten. Trotz der medizinisch dringlichen Indikation wurde die Autonomie des Patienten gewahrt, aber nur so lange bis die Ehefrau über den Fortgang entschied. Die Ehefrau entschied letztlich, ihren Ehemann gegen ärztlichen Rat nach Hause zu nehmen, so dass die Untersuchung nicht wiederholt wurde.

Manche Angehörige schienen sich ihrer mächtigen Position aber auch durchaus bewusst zu sein und wussten diese für sich zu nutzen. Ein Beispiel hierfür ist der Fall eines 26-Jährigen, der im Krankenhaus behandelt wurde.<sup>384</sup> Vordergründig ging es hier um den langfristigen Verbleib des jungen Mannes, der aus einer wohlhabenden Lübecker Familie stammte. Sein Vater war Unternehmer, der den Sohn auf keinen Fall wieder zu sich nehmen wollte, da es *„über kurz oder lang zu grossen Verärgerungen kommen [würde], die ich [der Vater] auf alle Fälle vermeiden [...] möchte.“* Der Vater wollte die Überführung seines Sohnes in ein Heim nach Ilten bei Hannover, welches er sich bereits angeschaut hatte. Sein Sohn lehnte eine Unterbringung in einem Heim mehrmals vehement ab, wurde aber im Verlauf dennoch in das Heim verlegt.

Bis auf einen Brief und ein Gespräch gab es keinen Kontakt zwischen dem Vater und dem medizinischen Personal, dennoch wurde ganz im Sinne des Vaters gehandelt. In dem Brief, der den Briefkopf der Firma des Vaters trägt, inszenierte er sich als fürsorglicher Vater und unterstrich seine Wichtigkeit. Der Wunsch des Vaters wurde zu keinem Zeitpunkt hinterfragt, eher im Gegenteil. Laut Verlaufsbeobachtung wurde dem Patienten *„ganz offen und energisch vorgehalten“*, dass er sich in einer glücklichen Lage befände, da sein Vater vermögend sei und er *„andernfalls wahrscheinlich schon jahrelang in Neustadt sässe“, und dass „nicht mehr so viele Schwierigkeiten machen solle“.*<sup>385</sup> Der Vater war sich des vorherrschenden Rollenverständnisses bzw. des Stolzes des ärztlichen Berufsstandes bewusst, da er in seinem Brief die Kompetenz der Ärzte immer wieder betonte: *„Eine Entscheidung in*

---

<sup>383</sup> HPA: Signatur 55IC/CH0793, Eintrag in Patientenakte 12.08.1955.

<sup>384</sup> HPA: Signatur 50RN/ER0323.

<sup>385</sup> Ebd.

*dieser Beziehung muss ich natürlich Ihnen als Arzt überlassen und sind dieses nur meine persönlichen Ansichten.“* Er spricht dem Arzt die letztendliche Kompetenz und Verantwortung zu. Im letzten Satz bittet er den Arzt aber offen darum, ihn in seinem Anliegen, den Sohn nach Ilten verlegen zu lassen, zu unterstützen: *„Ich wäre Ihnen sehr dankbar, sehr geehrter Herr Dr. Kreusch, wenn Sie mich in dieser Beziehung weitmöglichst unterstützen würden.“*

In diesem Beispiel wurde deutlich im Sinn des Angehörigen gehandelt. Es gab aber auch Fälle, in denen die Klinik konkrete Vorwürfe von Angehörigen zurückwies. Als Rechtfertigung wurden dann z. B. die Handlungen medizinisch genau begründet oder es wurde mit dem Verhalten der Patienten oder der Angehörigen selbst begründet, wie folgendes Beispiel zeigt: Ein Ehepaar stand im Konflikt mit der Klinik, nachdem der Ehemann sich für mehrere Tage in der geschlossenen Abteilung befunden hatte. Von dort hätte er weder telefonisch noch schriftlich Kontakt zu einer Frau aufnehmen können.

In der Krankenakte fand sich von beiden Eheleuten jeweils ein Beschwerdebrief. Der Vorwurf lautete unter anderem, dass die Klinik dem Ehemann seine *„Rechte genommen“* und einen Brief an die Ehefrau *„unterschlagen“* hätte. Die Klinik wies die Vorwürfe zurück und argumentierte mit dem Verhalten der Ehefrau: *„Selbst Sie [die Ehefrau] haben, als Sie ihn abholten, noch geschwankt, ob man ihn wegen der Notwendigkeit der weiteren Klärung nicht doch hier lassen sollte.“* Von einem nicht abgesandten Brief des Ehemannes wisse weder die Pflege noch die Ärzteschaft etwas. Die Verantwortung für die Missstände wurde also den Angehörigen bzw. Patienten zugewiesen. Zudem wurde in der Korrespondenz mit den Angehörigen stets betont, dass die Behandlung dem Wohle der Patienten diene und es immer die Möglichkeit gebe, die Patienten *„jederzeit aus dem Krankenhaus [zu] nehmen [...] und die Behandlung zu Haus oder anderswo“* fortzuführen.<sup>386</sup> Das zeigt, dass das damalige paternalistische Arzt-Patienten-Rollenverständnis in einigen Situationen auch auf die Angehörigen ausgeweitet wurde, wenn auch nur eingeschränkt, da die Angehörigen im Gegensatz zu den Patienten als die kompetenteren Ansprechpartner angesehen wurden. In beschriebenen Fall bekam nämlich nur die Ehefrau eine schriftliche Antwort. Der Brief des Patienten wurde ignoriert.<sup>387</sup>

---

<sup>386</sup> HPA: Signatur 51AL/NG0591: Antwortbrief an Ehefrau des Patienten vom 30.05.1951.

<sup>387</sup> HPA: Signatur 55IC/CH0793: Briefwechsel in Patientenakte.

Sobald die Ärzte einen gesetzlichen Vertreter als ungeeignet ansahen, widersetzten sich die Ärzte und legitimierten dies juristisch. Bei einer an Schizophrenie erkrankten Patientin wurde beispielsweise nach einem Aufenthalt in der Lübecker Psychiatrie eine Verlegung nach Neustadt veranlasst. Der Ehemann holte seine Frau jedoch gegen ärztlichen Rat wieder zu sich nach Hause. Laut der Ärzteschaft war der Ehemann „völlig uneinsichtig hinsichtlich der Erkrankung seiner Ehefrau“.<sup>388</sup> Da die Patientin aus Sicht des hinzugezogenen Amtsarztes „eine Gefahr für ihr eigenes Leben darstellt und die Rechtsgüter anderer gefährdet“, sah der Amtsarzt die Voraussetzungen für die Einleitung eines Entmündigungsverfahrens für gegeben an. Er berief sich dabei auf das Unterbringungsgesetz für Psychisch Kranke.<sup>389</sup>

In den Lübecker Akten fanden sich einige Fälle, bei denen eine Entmündigung eingeleitet wurde. Bei den Verfahren handelte die Klinik, laut Aktenlage gesetzeskonform.

Die Angehörigen spielten in der Lübecker Psychiatrie jedoch nicht nur in der Rolle der gesetzlichen Vertreter eine wichtige Rolle. Wie schon Borck und Mählmann für die frühere Heilanstalt Strecknitz feststellten, fand auch in der Nachkriegszeit in der Lübecker Psychiatrie nach der Einweisung kein „Bruch mit der Familie“ statt.<sup>390</sup> Die Angehörigen waren ein fester Bestandteil des stationären Alltagsgeschehen. Bereits direkt nach der Aufnahme konnten sie für eine Fremdanamnese hinzugezogen werden. Zudem gab es feste Besuchszeiten (1951 war die tägliche Besuchszeit 18:00-18:30 Uhr).<sup>391</sup> Dabei wurde aktiv beobachtet, wer die Patienten besuchte und wie die Interaktionen zwischen Patienten und Angehörigen waren. In den Verlaufsdocumentationen finden sich Einträge wie „bekommt Besuch vom Hausmädchen und Chauffeur, aber nicht von den Eltern“ oder „Hat öfter Besuch [von] seiner früheren Frau. Will aber nichts von ihr wissen und verhält sich ihr gegenüber ‚ingeschnappt‘“.<sup>392</sup> Ob die Ärzte daraus konkrete Schlüsse über die soziale Einbettung der Patienten außerhalb der Klinik zogen, ließ sich jedoch nicht feststellen. Aus den Briefwechseln der Klinik mit den Angehörigen ging hervor, dass die Ärzte die Angehörigen aktiv mit einbezogen, da sie von deren aktiver Mithilfe bei der Versorgung der Patienten abhängig waren. Vor allem wenn die Frage der Versorgung nach

---

<sup>388</sup> HPA: Signatur 58AN/LE0806: Antrag auf Entmündigungsverfahren vom 07.11.1958.

<sup>389</sup> Ebd.

<sup>390</sup> Mählmann und Borck, a.a.O., FN 62, S. 209–239.

<sup>391</sup> HPA: Signatur 51ER/AS0832.

<sup>392</sup> HPA: Signatur SIGNATUR50RN/ER0323: Verlaufsbeobachtung Eintrag vom 03.01.1950; HPA: Signatur 54AN/OG0605: Verlaufsbeobachtung.

Beendigung des stationären Aufenthaltes ungeklärt war, wurden Angehörige aktiv angeschrieben und gebeten, ihre Angehörigen zu sich zu nehmen. Beispielhaft für dieses Szenario ist der Fall folgender Patientin, die senil, pflegebedürftig und alleinstehend war. Ihre nächsten Verwandten lebten in Niedersachsen und wurden vom Stationsarzt angeschrieben:

*Wollen Sie nun bitte uns baldmöglichst Nachricht geben, ob wir Ihre Schwester bis zur völligen Wiederherstellung oder weiteren Klärung (ev. Heimaufnahme) zu Ihnen überweisen können? Da die Sache eilt, bitte ich freundlichst um beschleunigte Antwort.*<sup>393</sup>

Die Abhängigkeit der Abteilung von den Angehörigen und der Druck, unter dem die Ärzte standen, zeigen sich in der Dringlichkeit des Satzes sehr deutlich. Aber trotz des Drucks und der knappen Bettenkapazitäten liest sich der schriftliche Umgang mit den Angehörigen überwiegend respektvoll und höflich. Man richtete sich sogar nach den Bedürfnissen und Möglichkeiten: *„Wie ich hörte, könnten Sie [Ihren Bruder] nur immer am Sonntag besuchen. Da ich Sie wegen [Ihres Bruders] gerne sprechen möchte, bitte ich Sie doch Ihren nächsten Besuch auf Sonntag den 23. Febr. 58 zu legen. Hochachtungsvoll. Dr. Schleuss“.*<sup>394</sup>

Die vorangegangenen Beispiele zeigen, wie gewissenhaft sich die psychiatrische Abteilung an die gesetzlichen Vorgaben hielt und diese achtete. Auch wenn die Entscheidungen den Ärzten aus medizinischer Sicht widerstrebten, konnten sich Angehörige oder Patienten frei entscheiden. Für die Patienten bedeutete die Gesetzestreue auf der einen Seite einen gewissen Schutz, auf der anderen Seite waren die Patienten der Gefahr von Entscheidungen gegen ihren Willen sowie gewaltvollen Erfahrungen ausgesetzt, sofern diese gesetzlich legitimiert werden konnten. Auch Angehörige konnten ihre Entscheidungsvollmacht als gesetzliche Vertreter verlieren, sofern dies aus Sicht der Ärzte gesetzlich legitimiert war. Insgesamt besaßen die Angehörigen aber eine mächtige Position.

Die Patienten waren bei einer Vormundschaft oder als Minderjährige zu einem erheblichen Anteil von ihren Angehörigen abhängig. Aber auch die psychiatrische Abteilung war von den Angehörigen abhängig. Nicht zuletzt stellten sie eine Verbindung zwischen der „geistig gesunden“ Lübecker Außenwelt und dem Inneren

---

<sup>393</sup> HPA: Signatur 53ER/ER1079: Brief vom Stationsarzt an Schwester der Patientin vom 30.10.1953.

<sup>394</sup> HPA: Signatur 58AR/AR0824: Brief an Schwester des Patienten vom 19.02.1958.

der Psychiatrie dar. Als Zeugen des alltäglichen Ablaufs und als kritische Beobachter wirkten die Angehörigen, wenn auch nur mehr oder weniger bewusst, als wichtige Kontrollinstanz. Insgesamt überrascht die Gesetzestreue der Lübecker Psychiatrie im Vergleich zu vielen anderen damaligen psychiatrischen Einrichtungen, in denen die juristischen Vorgaben oftmals übergangen wurden.

## 6 Eine „normale“ Akutpsychiatrie

Wie sind die Ergebnisse zur Rekonstruktion der alltäglichen Praxis der psychiatrischen Abteilung in Lübeck in der Nachkriegszeit vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands einzuordnen? Bereits die Grundstruktur der Abteilung unterschied sich grundlegend von den typischen psychiatrischen Anstalten der damaligen Zeit. Es handelte sich um eine akutmedizinische psychiatrische Station innerhalb eines städtischen Krankenhauses, die schon damals eng in die übrige Infrastruktur des Krankenhauses eingebunden war, wie es heutzutage vielerorts üblich ist. In Schleswig-Holstein war die Lübecker Psychiatrie in dieser Form bis 1969 jedoch einzigartig.<sup>395</sup> Die Lübecker Abteilung bestand aus insgesamt zwei geschlossenen und zwei offenen Stationen mit ungefähr 100 Betten. Die Bettenzahl variierte über den Untersuchungszeitraum nur marginal. Die herkömmlichen Großanstalten umfassten bis zu mehrere hundert Betten, befanden sich oftmals isoliert weit außerhalb von Ortschaften und standen für sich. Der Aufenthalt der Patienten hatte dort oftmals einen verwahrenden Charakter. Als Teil eines allgemeinen Akut-Krankenhauses, verfolgte die Lübecker Abteilung einen kurativen Ansatz. Aus diesem spezifischen Zuschnitt auf Akutbehandlung und Therapie leitete sich ab, dass schwerer erkrankte Patienten nicht längerfristig hier im Krankenhaus bleiben konnten, was kurze Aufenthaltsdauern bedeutete. Sofern es aus Sicht der Ärzte wenig Aussicht auf Besserung gab, wurden die Patienten oftmals ins Landeskrankenhaus Neustadt verlegt. Für das Landeskrankenhaus Neustadt zeigte Bettina Schubert in ihrer Dissertation, dass dort ebenfalls explizit zwischen „Behandlungs-“ und „Bewahrungsfällen“ unterschieden wurde.<sup>396</sup>

---

<sup>395</sup> In Neumünster wurde 1969 im Friedrich-Ebert Krankenhaus eine weitere psychiatrisch/neurologische Abteilung in Betrieb genommen, vgl. hierzu Beyer<sup>a</sup> et al., a.a.O., FN 1, S. 76

<sup>396</sup> Während zwei Drittel der Patienten nach 1 bis 2 Jahren wieder entlassen wurden, verblieb das letzte Drittel mehrere Jahre, teilweise bis zu 8 Jahre und länger in Neustadt. Siehe hierzu: Schubert, a.a.O., FN 2, S. 146ff.

In Lübeck lag aufgrund der Akutbehandlung der Schwerpunkt zudem auf den Diagnosen und daraus resultierenden Therapien. Dabei wurden sowohl psychiatrische als auch neurologische Krankheitsbilder behandelt, wobei der Fokus vermehrt auf der Psychiatrie lag.<sup>397</sup> Der Einsatz von Schocktherapien wie der Elektrokrampftherapie oder der Insulinkomatherapie gehörte zum gängigen Repertoire. Dabei konnte ein starkes und langes Festhalten an Schockverfahren und allgemeinen „*roborierenden*“ Maßnahmen beobachtet werden. Bis Ende der 1950er Jahre galten die Schocktherapien als Haupttherapieregime. Die Einführung der Psychopharmaka im Jahre 1953 führte zu keinem plötzlichen Paradigmenwechsel, sie wurden vielmehr zunächst nur zögerlich und als „Sedativa“ gegeben. Erst gegen Ende der 1950er wurden sie auch als Therapie eingesetzt. Breit durchgeführte Medikamentenversuche, wie für andere Anstalten in Deutschland und Schleswig-Holstein nachgewiesen, gab es in Lübeck keine. Dies könnte ebenfalls an der Struktur des Krankenhauses gelegen haben. Das städtische Krankenhaus Ost war zu der betrachteten Zeit noch keine forschende Einrichtung und die Patienten wurden nur kurz behandelt.

Ein weiterer wichtiger und besonders bemerkenswerter Unterschied zu den in der Landesstudie untersuchten Einrichtungen war die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben vor allem in Bezug auf die Regelungen zu Diagnosen und Schocktherapien. Es fällt auf, dass auf die Einhaltung der juristischen Rahmenbedingungen auch dann streng geachtet wurde, wenn den Ärzten z. B. die Entscheidungen einzelner Patienten aus medizinischer Sicht widerstrebten.<sup>398</sup> So wurden Untersuchungen bei Ablehnung seitens der Patienten auch tatsächlich nicht durchgeführt und bei nicht einwilligungsfähigen Patienten wurde grundsätzlich die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters eingeholt, bevor es zu Verlegungen oder Eingriffen kam (vgl. Kap. 5.4). Gründe hierfür könnten erneut in der Organisationsstruktur der Abteilung als Teil eines städtischen Krankenhauses liegen, denn ein regelkonformer, standardisierter Umgang entlang der juristischen Vorgaben dürfte für alle Abteilungen des Krankenhauses gegolten haben. Für die psychiatrischen Patienten bedeutete dies ein vergleichsweise hohes Maß an Schutz und eine gewisse Garantie individueller Freiheit statt einer automatischen Aufgabe aller Rechte. Allerdings galt dies nur sofern der alltägliche Stationsablauf nicht zu stark gestört wurde. Waren Entscheidungen gegen den Patientenwillen gesetzlich legitimiert, wurden diese teils mit Gewalt durchgesetzt.

---

<sup>397</sup> Dilling, a.a.O., FN 8.

<sup>398</sup> Vgl. hierzu Kap. 5.4.

Auch eine Vormundschaft ging mit einem Verlust des eigenen Wirkungsradius und einer verstärkten Abhängigkeit von den Angehörigen bzw. des eingesetzten gesetzlichen Vertreters einher. Sobald Angehörige als gesetzliche Vertreter agierten, wurde nämlich ihnen ein großes Mitspracherecht zuteil. Sie entschieden z. B. über die Durchführung oder Beendigung von Untersuchungen und Therapien. Auch über den weiteren Verbleib der Patienten mit langfristigen Unterbringungen in Heimen konnten die Angehörigen, auch gegen den Patientenwillen, entscheiden.<sup>399</sup>

Eine weitere Besonderheit der Lübecker Abteilung war die sorgfältige Dokumentation von Verhalten und Äußerungen der Patienten, die im O-Ton festgehalten wurden. Das war eine neue Routine, die kurz nach Schmidts Amtsantritt als Klinikdirektor konsequent eingeführt wurde. Diese Art der Dokumentation der Anamnesen lässt aus heutiger Sicht in der Rückschau vermuten, dass die Patientenperspektive vermeintlich bewusst ins Zentrum gerückt wurde. Diese Vermutung konnte jedoch nicht bestätigt werden. In mehreren Beispielen konnte zwar gezeigt werden, dass die Anliegen der Patienten gehört wurden, gleichzeitig wurden viele Äußerungen der Patienten jedoch ausschließlich zur Befundsicherung dokumentiert und führten zu keiner weiteren Beachtung in den erhaltenen Quellen. Es zeigte sich, dass die Herleitung von Diagnosen nicht leichtfertig erfolgte und bei mehrfachen Aufenthalten auch in Frage gestellt werden konnte.

Mehr noch als für das Ziel, auf Basis einer so gesicherten Diagnose anschließend eine gezielte Therapie medizinisch begründen zu können, dürfte die genaue Dokumentation in der Psychiatrie vor allem der auch damals schon vorhandenen starken Vernetzung medizinischer und juristischer Themengebiete geschuldet gewesen sein. Genauso wie bei den gezielt erstellten Gutachten, die einen klaren beurteilenden und beschreibenden Auftrag hatten, war eine genaue Dokumentation für die Ärzteschaft bei regelhaften Patientenbehandlungen wichtig. Zum einen konnten die gestellten Diagnosen zu gravierenden juristischen Entscheidungen führen und damit für die weitere Lebensführung der Patienten maßgeblich sein. Dies wäre beispielsweise bei einer Entmündigung der Fall. Auch dauerhafte Verlegungen in Landeskrankenhäuser oder Heime fußten auf den gestellten Diagnosen. Aber auch später gestellte Anfragen oder Vorwürfe von Angehörigen bedurften für mögliche Stellungnahmen aus der Rückschau einer genauen und sorgfältigen Dokumentation.

---

<sup>399</sup> Vgl. hierzu S. 108 ff. Fallbeschreibung eines Patienten der von seinem Vater gegen seinen Willen in ein Heim für Epileptiker verlegt wurde.

Somit war die Besonderheit weniger ethischer Natur, sondern hatte eher inhaltlich-administrative Gründe.

Wie auch bei der Einhaltung der juristischen Vorgaben scheint es der Abteilung wichtig gewesen zu sein, auch in ihrer Dokumentation verlässlich genau zu sein. Eindeutige Belege für eine persönliche Vorliebe Schmidts oder Vorgaben von außen fanden sich nicht.

Repressive Maßnahmen wie Sedierungen, Gewalt und Fixierung wurden in Lübeck eher zurückhaltend eingesetzt.<sup>400</sup> Disziplinarische Sedierungen zur Bestrafung bei unerwünschtem Verhalten, wie sie in Anstalten regelmäßig vorkamen, konnten nicht nachgewiesen werden. Zudem fanden sich keine Hinweise auf Isolierungszellen. Hohe Patientenzahlen bei starken Überbelegungen verteilt auf zu wenig Personal, wie sie in den großen Landeskrankenhäusern üblich waren, gab es in Lübeck von vorneherein ebenso wenig. Allein deswegen schon dürfte es zu weniger belasteten Situationen, die Gewalt oder Missbrauch zur Folge gehabt hätten, gekommen sein. Zudem war die Abteilung keine Anstalt abseits der Gesellschaft, sondern lag vor den Toren Lübecks und somit unter den Augen der Öffentlichkeit. Das zeigt sich nicht zuletzt daran, dass die Abteilung immer wieder auch Thema in der lokalen Presse war.

Die Klinik versuchte nicht, sich oder die Patienten abzuschotten. Ebenso wenig wurden die Angehörigen auf Distanz gehalten. Vielmehr wurden die Türen in beide Richtungen offengehalten. Es gab Besuchszeiten, in denen die Angehörigen auf die Stationen durften, und die Patienten der offenen Stationen durften für Besorgungen oder Spaziergänge in die Stadt fahren. Diese Faktoren hatten vermutlich zusätzlich einen protektiven Charakter, der dafür sorgte, dass die Patienten weniger leicht Gewalt und Vernachlässigung ausgesetzt waren.

Trotz der vorhandenen und für diese Zeit typischen, autoritär-paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehungen, herrschte den Patienten gegenüber grundsätzlich eine respektvolle Haltung. Die Fragen, Antworten und Aussagen der Ärzte in den Anamnesen waren auch bei ausfallendem Verhalten von den Patienten aus in einem professionellen Ton gehalten. Wenn über das Verhalten der Patienten einschätzend geschrieben wurde, beinhaltete dies keine abwertende Sprache. Hier ist aber anzumerken, dass die Dokumentation vom Personal selbst getätigt wurde und somit kritisch zu betrachten ist.

---

<sup>400</sup> Beyer<sup>b</sup> et.al, a.a.O., FN 6.

Trotz der eindeutigen Unterschiede zu anderen deutschen psychiatrischen Einrichtungen, zeigten der alltägliche Stationsablauf und die Diagnostik sowie auch die Therapien einige Gemeinsamkeiten. Auf den geschlossenen Stationen wurden die Patienten, wie andernorts ebenfalls üblich, in einem großen Raum, dem sogenannten Wachsaal, untergebracht und vom Personal bewacht. Sofern ein Patient den Tagesablauf stark störte oder aggressiv war, kamen Fixierungen, Sedierungen oder Schocktherapien durchaus zum Einsatz.

Zudem zeigte sich innerhalb der Abteilungshierarchie des gesamten Krankenhauses Ost eine nachrangige Stellung, die vor allem in baulicher Hinsicht – wie andernorts auch üblich – zu einer Stagnation führte. Schmidt beklagte, im Versuch Ende der 1960er Jahre einen Neubau für die psychiatrische Abteilung zu erwirken, die systematische Vernachlässigung der Psychiatrien als „*Politikum*“. Seine Bemühungen blieben vergeblich. Die „*Baracken*“, die während des Krieges hochgezogen worden waren, sind bis heute Teil der neurologischen Klinik (vgl. Kap. 4.4.2.) und zeigen die Hartnäckigkeit von architektonischen Provisorien.

## 6.1 Prof. Gerhard Schmidts Wirken

Als Schmidt 1947 nach Lübeck kam, war er zuvor Leiter der großen psychiatrischen Anstalt in Eglfing/Haar bei München gewesen. Er hatte diesen Posten, der ihm 1945 von den Amerikanern aufgrund seiner unbescholtenen Haltung im Nationalsozialismus zugewiesen worden war, aufgeben müssen, weil der vormalige, massiv in den Nationalsozialismus verstrickte Leiter Anton von Braunmühl seine Wiedereinsetzung erfolgreich betrieben hatte. Zu Beginn seiner Lübecker Zeit war Schmidt nicht nur wissenschaftlich erfolgreicher, habilitierter Facharzt, sondern verfügte bereits über Erfahrungen als Anstaltsleiter. Er hatte Kontakte in die Elite der deutschen Psychiatrieszene, das macht neben seiner Ausbildung unter Kurt Schneider vor allem Schneiders spätere Stellungnahme zu Schmidts wissenschaftlichen Fähigkeiten deutlich. Zudem verfasste Karl Jaspers 1965 das Geleitwort zu Schmidts Schrift „*Selektion in der Heilanstalt*“.<sup>401</sup>

Als Abteilungsleiter in Lübeck zeigte er eine durchgängig wissenschaftliche Ausrichtung und Orientierung. Er richtete sich in diagnostischer wie therapeutischer Hinsicht nach dem damaligen Wissensstand. Neuerungen setzte er, wenn auch mit

---

<sup>401</sup> Schmidt, a.a.O., FN 9.

einer gewissen Verzögerung, um. So hielt er beispielsweise an den Schocktherapien als etabliertes und altes Therapieregime fest. Auch zeigte sich in der Recherche, abgesehen von der ausführlichen Patientendokumentation im O-Ton, eine wenig deutliche „*Handschrift*“ in Schmidts Leitung. Reform-Impulse oder Reformprojekte in der psychiatrischen Behandlung gab es seinerseits keine. Allerdings sticht Schmidt mit seiner aufrechten Haltung heraus. Auch aus heutiger Sicht zeigte Schmidt eine insgesamt verantwortungsvolle Leitung. Er gehörte zu den wenigen Psychiatern, welche die gesetzlichen Vorgaben strikt einhielten. Das Wohl der Patienten schien für Schmidt im Zweifel über dem Wohle des Personals zu stehen. Diese Haltung zeigte sich bereits in Eglfing/Haar.

Seine Berufung zum Professor verzögerte sich aufgrund seiner politischen Gesinnung auch nach dem Kriege noch um Jahre. Aufgrund der vorherrschenden „*Schlussstrichmentalität*“ der Nazi-Zeit gegenüber, brauchte er über zwanzig Jahre, um einen Verleger zu finden, der sich traute, sein Buch an die Öffentlichkeit zu bringen, welches als eines der ersten Werke die schrecklichen Krankenmorde in der NS-Zeit belegte. Prof. Schmidt gehört somit zu der kleinen Gruppe von frühen Aufklärern innerhalb der Psychiatrie, die die Euthanasieverbrechen direkt nach Ende des Zweiten Weltkriegs als solche benannten. Er reihte sich damit neben Alexander Mitscherlich, Platen-Hallermund und anderen Pionieren ein.<sup>402</sup> Wie in vielen Fällen, wurde von den weiterbestehenden Strukturen aus der NS-Zeit und der sich ausbreitenden „*Schlussstrichmentalität*“ allerdings aktiv versucht, seine Bestrebungen der Aufarbeitung zu unterwandern.<sup>403</sup>

Am Ende seines Lebens erhielt Schmidt 1986 mit der ersten Wilhelm-Griesinger-Medaille doch noch eine späte Anerkennung für sein Lebenswerk.

Die Kombination aus dem verantwortungsvollen Abteilungsleiter Schmidt und der für die damalige Zeit besonderen Struktur der psychiatrischen Abteilung innerhalb eines städtischen Krankenhauses, ergab in der Recherche für die vorliegende Arbeit eine aus heutiger Sicht bemerkenswert normale Akutpsychiatrie. Dies steht in einem starken Kontrast zu den Ergebnissen der Aufarbeitungsprojekte über viele andere damalige psychiatrische Anstalten, wo Gewalt, Vernachlässigung und Missbrauch an der Tagesordnung waren.

---

<sup>402</sup> Dörner, a.a.O., FN 99.

<sup>403</sup> Kersting, a.a.O., FN 39.

## 7 Anhänge

- Anhang 1: Publikationsverzeichnis von Gerhard Schmidt
- Anhang 2: Stellungnahme von Kurt Schneider über Gerhard Schmidts
- Anhang 3: Ethikvotum

Anhang 1: Publikationsverzeichnis von Gerhard Schmidt

Dr.med.habil. Gerhard Schmidt  
Priv.Doz.a.d.Universität Hamburg.

Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten.

- 1.) Beobachtungen über Wirkung und Dosierung des Avertins.  
Diss. Köln, 1931.
- 2.) Untersuchungen an einer kinderreichen Inzestfamilie.  
Münch. Med. Wschr. 1935, S. 1355.
- 3.) Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen.  
Nervenarzt 11, 353 (1938).
- 4.) Selbstmordversuche Jugendlicher.  
Allg. Z. f. Psychiatr. 112, 32 (1939).
- 5.) Der Stehltrieb oder die Kleptomanie.  
Zbl. f. Neur. u. Psychiatr. 92, 1 (1939).
- 6.) Zur Kasuistik der Kleptomanie.  
Mschr. f. Krim. Biol. 30, 460 (1939).
- 7.) Der Wahn im deutschsprachigen Schrifttum der letzten 25 Jahre.  
Zbl. f. Neur. u. Psychiatr. 97, 113 (1940).
- 8.) Zum Wahnproblem.  
Z. Neur. 171, 570 (1941).
- 9.) Psychische und ventrikulographische Beobachtung bei einer  
Kranken mit linksseitigem Stirnhirnkavernom.  
Nervenarzt, 15, 416 (1942).
- 10.) Die Verbrechen in der Schlaftrunkenheit.  
Z. Neur. 176, 208 (1943).
- 11.) Zur Psychopathologie des Alpdrucks.  
Z. Neur. 177, 84 (1943).
- 12.) Zur Klinik der akuten Methylalkoholvergiftung.  
Dtsch. Med. Wschr. 71, 61 (1946).
- 13.) Die Tötung der Geisteskranken.  
(Manuskript 1946, hat der Fakultät Hamburg vorgelegen).
- 14.) Empfindungssensationen und Angst in der Schocktherapie.  
(Zus. mit M. in der Beeck, einem früheren Assistenten von mir).  
Nervenarzt 19, 384 (1948).
- 15.) Liebeswahn.  
Pschr. d. Neur. u. Psychiatr. 18, 623 (1950).
- 16.) Pseudologische Zeugenaussagen von Schulmädchen.  
(Vortrag, Stuttgart 1951; erscheint im Nervenarzt).

gez. Schmidt

Abbildung 13 Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Publikationsverzeichnis (von Schmidt selbst verfasst).

Anhang 2: Stellungnahme von Kurt Schneider über Gerhard Schmidts Eignung als Professor

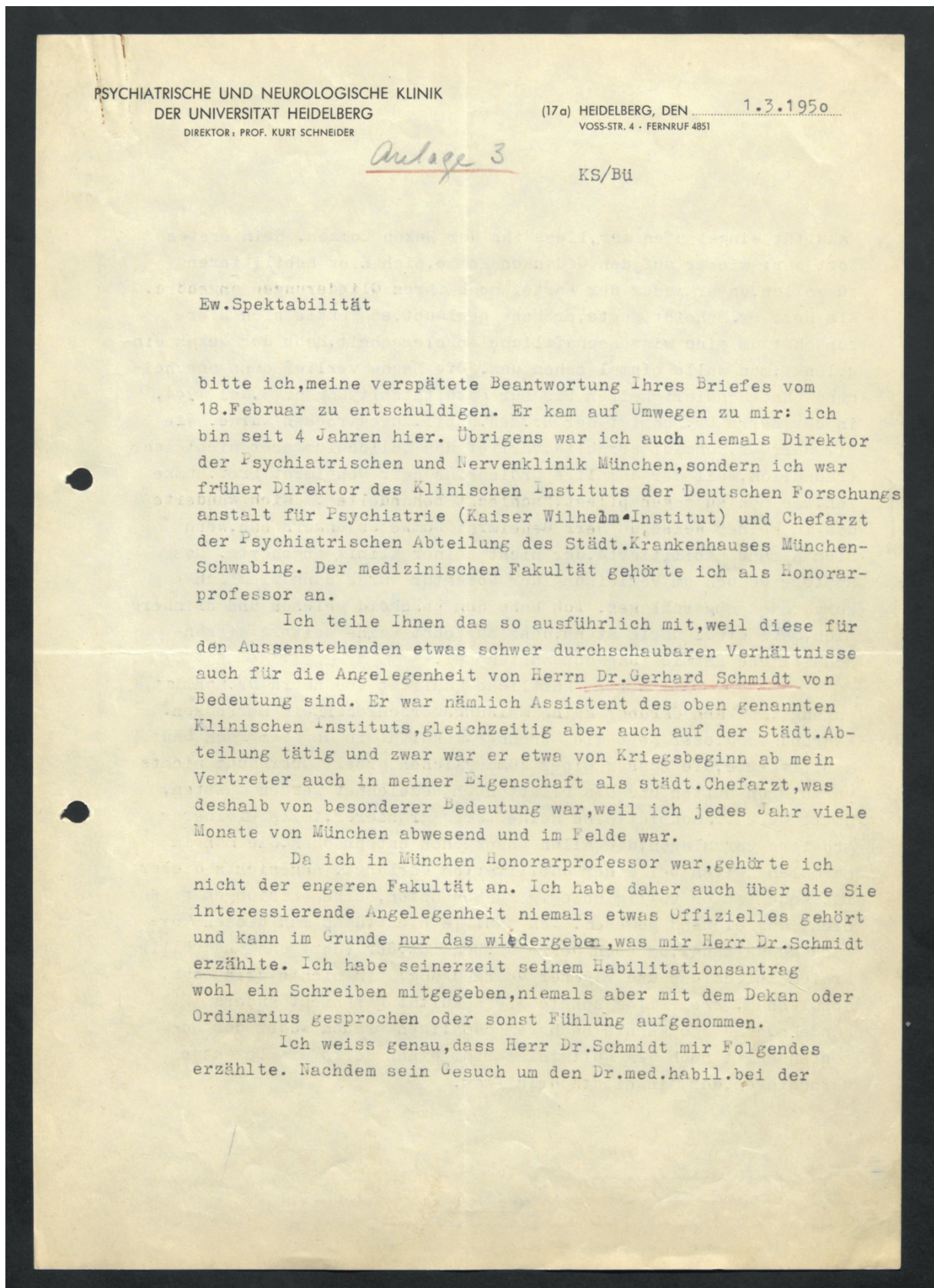


Abbildung 14 Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Brief von Prof. Kurt Schneider an Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg über die Eignung Gerhard Schmidt als Professor 01.03.1950, Seite 1.

Fakultät eingelaufen war, liess ihn der Dekan kommen. Sein erstes Wort war: wie er auf den Gedanken komme, sich hier habilitieren zu wollen, da er weder der Partei noch ihren Gliederungen angehöre. Als Herr Dr. Schmidt sagte, er habe geglaubt, es handle sich hier zunächst um eine wissenschaftliche Angelegenheit, habe der Dekan eingelenkt; man wolle einmal sehen usw. Die Sache verlief dann anscheinend ohne Schwierigkeiten bis zur Fakultätssitzung am 5. Mai 1944, in der Herr Dr. Schmidt der Dr. med. habil. zugesprochen wurde. Wie mir Herr Dr. Schmidt erzählte, verlief das Colloquium aber nicht sehr freundlich, weil der damalige Ordinarius Herr Geheimrat Prof. Bumke ihn, wie man zu sagen pflegt, "schlecht behandelte". Mich wunderte das in keiner Weise, da Herr Geheimrat Bumke es ungern sah, wenn sich jemand habilitierte, der nicht seiner Klinik angehörte. Das spätere Gesuch um Verleihung der Dozentur wurde dann ziemlich kurzerhand abgeschlagen. Ich habe den Bescheid gelesen und erinnere mich, dass etwas darin stand, dass zunächst seine weitere wissenschaftliche Entwicklung abzuwarten sei.

Was die wissenschaftliche Qualität von Herrn Dr. Schmidt anlangt, so kann darüber keine Meinungsverschiedenheit herrschen. Während in dieser Zeit die Münchner Fakultät in unserem Fach Leute habilitierte, die ausser einer kümmerlichen Arbeit überhaupt nichts vorzulegen hatten und als Dilettanten bezeichnet werden mussten, hatte Herr Dr. Schmidt, <sup>selbst seinen Habilitationschrift</sup> eine Reihe teils grösserer, teils kleinerer Arbeiten vorzulegen, die allen Ansprüchen entsprachen, die man in normalen Zeiten bei einer Habilitation verlangt. Angesichts dieser Tatsache ist es völlig abwegig, zu behaupten, seine Leistungen seien nicht ausreichend gewesen. Ich zweifle nicht, dass man diesen Vorwand gewählt hat, um eben Herrn Dr. Schmidt, der (übrigens aus völlig freiem Entschluss und eigener Überzeugung) "in nichts drin" war, abzulehnen. Zweifellos konnte die Fakultät gar nicht anders handeln, denn sie konnte nach dem damaligen Brauch weder der Dozentschaft noch dem Kultministerium einen Herrn als Dozenten vorschlagen, der "in nichts drin" war.

+ In dem sind die Leistungen ja für den Dr. habil. zu bewerten. Es war die wissenschaftliche Qualifikation, nicht die Dozentschaft, für die (damit hinaus) andere Gesichtspunkte mangelnd waren.

Abbildung 15 Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Brief von Prof. Kurt Schneider an Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg über die Eignung Gerhard Schmidt als Professor 01.03.1950, Seite 2.

II.

Es ist für mich gar kein Zweifel, dass Herr Dr. Schmidt, wenn er sich politisch angepasst hätte, 1944 in München Dozent geworden wäre. Übrigens scheint mir das nicht einmal von entscheidender Bedeutung zu sein, jedenfalls dann nicht, wenn ich das zugrunde lege, was hier in Heidelberg üblich ist. Hier ist unter meinem Dekanat Folgendes vorgekommen: ein Herr hatte am 24.11.1944 vor der Fakultät seinen Probevortrag gehalten mit dem Ergebnis des "Dr.med.habil". Es kam dann nicht zur Dozentur aus Gründen, die mir nicht bekannt sind, die aber wohl nicht politischer Natur waren, sondern mit der nahenden Auflösung zusammenhingen. Als er nun in meinem Dekanat 1946/47 um die Dozentur eingab, wurde als Habilitationsalter ohne weiteres der 24.11.1944 festgelegt. Bei Herrn Dr. Schmidt lägen die Dinge insofern etwas anders, als die Universität, von der er den Dr.med.habil. bekam, eine andere ist als die, an der er Privatdozent wurde. Grundsätzlich scheint mir aber doch kein Unterschied zu sein, da man ja die Anerkennung anderer Fakultäten als gleichwertig denen der eigenen Fakultät zu werten pflegt.

Indem ich mich Ew. Spektabilität und Ihrer Fakultät, die mich 1934 durch einen Ruf ausgezeichnet hat, bestens empfehle, verbleibe ich

Ihr ganz ergebener

Kurt Schneider.

Abbildung 16 Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Brief von Prof. Kurt Schneider an Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg über die Eignung Gerhard Schmidt als Professor 01.03.1950, Seite 3.

## Anhang 3: Ethikvotum



UNIVERSITÄT ZU LÜBECK

Universität zu Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · 23538 Lübeck

Herrn  
Prof. Dr. med. Borck  
Direktor des Institutes für Medizingeschichte und Wissenschaft

im Hause

borckimgwf.uni-luebeck.de

### Ethik-Kommission

Vorsitzender:  
Herr Prof. Dr. med. Alexander Katalinic  
Universität zu Lübeck  
Stellv. Vorsitzender:  
Herr Prof. Dr. med. Frank Gieseler  
Ratzeburger Allee 160  
23538 Lübeck

Sachbearbeitung: Frau Janine Erdmann  
Tel.: +49 451 3101 1008  
Fax: +49 451 3101 1024

ethikkommissionuni-luebeck.de

**Aktenzeichen: 20-255**

**Datum: 13. August 2020**

### Sitzung der Ethik-Kommission am 06. August 2020

**Antragsteller: Herr Prof. Dr. Borck**

**Titel: Der stationäre Alltag in der psychiatrischen Klinik des Krankenhauses Ost und die Medikamentenvergabepaxis 1949-75**

Sehr geehrter Herr Prof. Borck,

der Antrag wurde unter berufsethischen, medizinisch-wissenschaftlichen und berufsrechtlichen Gesichtspunkten geprüft.

Die Kommission hat **keine Bedenken**. Sie geht davon aus, dass das Datenschutzkonzept der Studie den Vorgaben des Landesarchivgesetzes sowie des Landesdatenschutzgesetzes genügt.

Die allfälligen Einschränkungen des öffentlichen Lebens haben auch Auswirkungen auf eine Protokoll-konforme Durchführung von Studienvorhaben. Die Kommission erwartet von den Antragstellern, dass bei anstehenden Entscheidungen zuallererst die Sicherheit und das Wohlergehen der Studienteilnehmenden sichergestellt werden. Dies kann u.a. eine Verschiebung des Studienstarts verlangen.

Herr Prof. Dr. Katalinic (Sozialmedizin, Vorsitzender)  
 Hr. Prof. Dr. Gieseler (Onkologie, Stellv. Vorsitzender)  
Hr. Prof. Dr. Borck (Medizingeschichte)  
 Hr. Prof. Dr. Dr. Habermann (Humangenetik)  
 Fr. Hendelkes (Richterin)  
Herr PD Dr. Hummel (Chirurgie)  
Frau Prof. Dr. Krämer (Neurologie)

Hr. Prof. Dr. Lauten (Pädiatrie)  
Frau Martini (Lain)  
Hr. Prof. Dr. Moser (Neurologie)  
 Hr. Petit (Richter)  
 Hr. Prof. Dr. Raasch (Pharmakologie)  
Hr. Prof. Dr. Rehmann-Sutter (Medizinethik)  
 Fr. Prof. em. Dr. Schrader (Plastische Chirurgie)  
 Hr. PD Dr. Vonthein (Biometrie)

## 8 Quellenverzeichnis

### 8.1 Archivalische Quellen

#### Historisches Patientenarchiv im Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck

- 131 Patientenakten aus den Entlassungsjahren 1949-1960
- 32 Gutachten aus den Entlassungsjahren 1949-1960
- 21 Patientenakten mit ausschließlicher Analyse der Krankenbögen aus den Entlassungsjahren 1941-1947

#### Archiv der Hansestadt Lübeck

- 4.5-6 Medizinische Akademie zu Lübeck, Verwaltungsrat
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 1
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat Nr. 12/Verwaltungsdirektor
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 62
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck /Nr. 82
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat Nr. 130/ Bemerkungen zum Krankenhausproblem in Lübeck
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat Nr. 130/Zeitungsausschnitt
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat Nr. 130/Lagepläne KH-Ost/Süd/undatiert
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat Nr. 130/Gutachten über die Krankenhäuser Ost/Süd zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus

- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/ Nr. 133
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Nr. 151

### Personalunterlagen

- 2.7 Entnazifizierungsausschuss, Hauptausschuss „unbetroffen“ Nr. 215/Gerhard Schmidt
- 1972/167/2505/ POS-Personalakte/Prof. Schmidt, Gerhard aus 31.05.1965
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat Nr. 12/Personaleinstellungen
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat Nr. 13, Ärzte A-D
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat Nr. 14, Ärzte E-G
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat Nr. 15/Ärzte H-K
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat Nr. 16/Ärzte L-O
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat/Nr. 17/Ärzte P-S
- 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck/Verwaltungsrat/Nr. 18/Ärzte T-Z
- 1972/167/2505/ POS-Personalakte/Prof. Schmidt, Gerhard aus 31.05.1965

### Staatsarchiv Hamburg

- Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt

## 8.2 Literaturverzeichnis

- **Aly, Götz**, *Die Belasteten. ‚Euthanasie‘ 1939–1945. Eine Gesellschaftsgeschichte* (Frankfurt am Main: S. Fischer, 2013).
- **Bacopoulos-Viau, Alexandra** und Aude Fauvel, „The Patient’s Turn Roy Porter and Psychiatry’s Tales, Thirty Years on“, *Medical History* 60 (2015): S. 1–18)
- Balz, Viola „1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht. Die klinische Konstitution eines erfolgreichen Behandlungsfalls an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg“, in: *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts – Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan*, hg. von Nicholas Eschenbruch et al. (Bielefeld: transcript Verlag, 2009), S. 167–198
- Balz, Viola, *Zwischen Wirkung und Erfahrung-- eine Geschichte der Psychopharmaka – Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950-1980* (Bielefeld: transcript Verlag, 2010), <https://doi.org/https://doi.org/10.14361/transcript.9783839414521.155>
- Balz, Viola, „3. Die Erprobung von Megaphen an der Universitätsklinik Heidelberg – Quellenkritische Überlegungen und erste Ergebnisse“, in: *Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka* (Bielefeld: transcript Verlag, 2014), S. 155–186, <https://doi.org/https://doi.org/10.14361/transcript.9783839414521.155>
- Beeck, Manfred, "Marginalien zur Psychiatrie – Farewell-Matinee“ (Schleswig, 1988), S. 81
- Beddies, Thomas und Dörries, Andrea, *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960* (Husum: Matthiesen, 1999)
- Beddies, Thomas, „Zur Methodologie der wissenschaftlichen Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten“, in: *Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“ Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung* (Tübingen, 2002)
- Beyer, Christof, „Personelle Kontinuitäten in der Psychiatrie Niedersachsens nach 1945 – Abschlussbericht“ (Hannover, 2018)
- Beyer,Christof et al., „Wissenschaftliche Untersuchung zu Formen von Leid und Unrecht bei der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Jahren 1949 bis 1990“ (Lübeck, 2021<sup>a</sup>)
- Blasius, Dirk, *Einfache Seelenstörung – Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945* (Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1994); Burkhart

- Brückner, *Geschichte der Psychiatrie – Basiswissen* (Köln: Psychiatrie Verlag, 2010)
- Borck, Cornelius, „Die Internationale der invasiven Therapien und die Diskussion in Deutschland“, in *„Heroische Therapien“ – Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945*, hg. von Schmuhl, Hans-Walter und Roelcke, Volker (Göttingen: Wallstein Verlag, 2012), S. 131
  - Borck, Cornelius und Schäfer, Armin, „Das psychiatrische Aufschreibesystem“, in: *Das psychiatrische Aufschreibesystem – Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie*, hg. von Borck, Cornelius und Schäfer, Armin (Paderborn: Wilhelm Fink, 2015)
  - Borck, Cornelius, „Stagnation oder Neuanfang Medikamentenversuche und die Frage nach Kontinuitäten in der Psychiatrie vor und nach 1945 – Vortrag Ochsenzoller Nachmittag“ (Hamburg, 2022)
  - Borck, Cornelius und Lingelbach, Gabriele Hrsg., *Zwischen Beharrung, Kritik und Reform – Psychiatrische Anstalten und Heime für Menschen mit Behinderung in der deutschen Nachkriegsgeschichte*, (Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2023)
  - Braunmühl, Anton von, *Die Insulinschockbehandlung der Schizophrenie (unter Berücksichtigung des Cardiazolkrampfes)* (Berlin: Julius Springer, 1938)
  - Braunschweig, Sabine, Einfluss der Neuroleptika auf den psychiatrischen Pflegealltag, in: *Medizin Gesellschaft und Geschichte 26* (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2007), S. 37–52
  - Brink, Cornelia, *Grenzen der Anstalt Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980* (Göttingen: Wallstein Verlag, 2010)
  - Brosch, Sabine, „Späte Rehabilitation: kbo [Kliniken des Bezirks Oberbayern] benennt Platz nach Aufklärer von Nazi-Verbrechen“, *Münchener Merkur*, 03.06.2023, siehe online unter <https://www.merkur.de/lokales/muenchen-ik/haar-ort104496/haar-klinik-kbo-benennt-platz-nach-aufklaerer-von-nazi-verbrechen-92318864.html> / Tag des letzten Zugriffs: 12.07.2025
  - Brückner, Burkhard, *Geschichte der Psychiatrie – Basiswissen* (Köln: Psychiatrie Verlag, 2010)
  - Brückner, Burkhard et al., „Geschichte der Psychiatrie ‚von unten‘ – Entwicklung und Stand der deutschsprachigen Forschung“, *Medizinhistorisches Journal 54* (2019): S. 347–376, <https://doi.org/10.25162/mhj-2019-0010>

- Bundesministerium für Arbeit, „Entwicklung und Ursachen der Arbeitslosigkeit in der Bundesrepublik Deutschland (1946-1950)“, (Bonn, 1950), S. 5ff
- Burleigh, Michael, *Tod und Erlösung: Euthanasie in Deutschland 1900-1945* (Zürich: Pendo, 2002)
- **Coché**, Stefanie, *Psychiatrie und Gesellschaft – Psychiatrische Einweisungspraxis im „Dritten Reich“, in der DDR und der Bundesrepublik 1941-1963*, (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co, 2017) S. 13-16
- **Delius**, Peter, „Das Ende von Strecknitz. Die Lübecker Heilanstalt Strecknitz und ihre Auflösung im Jahre 1941“ Med. Diss., Lübeck, 1987, S. 29f.
- Delius, Peter, *Das Ende von Strecknitz* (Lübeck: Neuer Malik-Verlag, 1988).
- Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung“ (Bonn, Verlag Dr. Hans Heger, 1975)
- Dilling, Horst, „Die Entwicklung der Psychiatrie in Lübeck“, *Lübeckische Blätter*, 130. Jhg., 1979, S. 328
- Dilling, Horst et al., „Lehrstuhl und Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Lübeck 1979-1983“ (Lübeck, 1984)
- Dilling, Horst, „In memoriam Professor Dr. Gerhard Schmidt 1904-1991“, *Der Nervenarzt* (1992) S. 255–256
- Dinges, Martin und Wischnath, Michael, „Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten“, *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 21 (1998), S. 49–59, <https://doi.org/10.1002/bewi.19980210111>
- Dörner, Klaus, „Nationalsozialismus und Lebensvernichtung“, *Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte* 15, (1967), S. 121–152
- Dörre, Steffen, *Zwischen NS-„Euthanasie“ und Reformaufbruch – Die psychiatrischen Fachgesellschaften im geteilten Deutschland* (Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2021)
- **Emirbayer**, Mustafa und Mische, Ann, „What is Agency?“, *American Journal of Sociology* 103 (1998): S. 962–1023, <https://doi.org/10.1086/231294>
- Engelbracht, Gerda, *Von der Nervenlinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost-Bremer Psychiatriegeschichte 1945-1977* (Bremen: Edition Timmen, 2004)
- Ewald, Gottfried, *Neurologie und Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 4. Auflage (München-Berlin: Urban&Schwarzenberg, 1959), S. 547

- **Fangerau**, Heiner et al., *Leid und Unrecht – Kinder und Jugendliche in Behindertenhilfe und Psychiatrie der BRD und DDR 1949-1990*, (Köln: Psychiatrie Verlag, 2021)
- Faulstich, Heinz, *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie* (Freiburg im Breisgau: Lambertus, 1998)
- Friedl, Sophie und Richter, Maren, "Gutachterliche Stellungnahmen zu Prof. Dr. Gerhard Schmidt (1904-1991) und Dr. Maria Weber" (München - Berlin, 2018)
- **Geertz**, Clifford, *The interpretation of cultures: Selected essays* (New York: Basic Books, 1973)
- Germann,Urs, „Ein Insulinzentrum auf dem Land. Die Einführung der Insulinbehandlung und der therapeutische Aufbruch in der Schweizer Psychiatrie der Zwischenkriegszeit.“, in „*Heroische Therapien*“ – *Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945*, hg. von Hans-Walter Schmuhl und Volker Roelcke (Göttingen: Wallstein Verlag, 2013), S. 153
- Gottowik, Volker,, „Zwischen dichter und dünner Beschreibung: Clifford Geertz' Beitrag zur Writing Culture-Debatte“, in *Kulturwissenschaften – Konzepte, Theorien, Autoren*, hg. von Iris Därmann und Christoph Jamme (München: Wilhelm Fink Verlag, 2007), S. 119–142, [https://doi.org/10.30965/9783846744987\\_008](https://doi.org/10.30965/9783846744987_008)
- Grözinger, Michael et al., „Elektrokonvulsionstherapie (EKT) in 24 Fragen Ein DGPPN-Ratgeber für Patienten und Angehörige“, (DGPPN, 2018)
- **Hanrath**, Sabine, *Zwischen „Euthanasie“ und Psychiatriereform-Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: Ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)* (Paderborn: Ferdinand Schöningh GmbH, 2002)
- Hanrath, Sabine, „Strukturkrise und Reformbeginn: die Anstaltspsychiatrie in der DDR und der Bundesrepublik bis zu den 60er Jahren“, in: *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform: die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre.*, hg. von Kersting, Franz-Werner (Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2003), S. 31-61
- Hansen, Edith „Hubert Feiereis und die Geschichte der Psychosomatik in Lübeck“, Med. Diss., Lübeck, 2018.
- Häfner, Heinz et al., „Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik“, in: *Helfen und Heilen 2*, 1965, S. 118–125

- Hähner-Rombach, Sylvelyn, *Entwicklungen in der Krankenpflege und in anderen Gesundheitsberufen nach 1945*, (Frankfurt: Mabuse Verlag, 2018)
- Hähner-Rombach, Sylvelyn, „Historischer Rahmen“, in: *Entwicklungen in Der Krankenpflege Und in Anderen Gesundheitsberufen Nach 1945* (Frankfurt: Hähner-Rombach, Sylvelyn, Pfütsch,Pierre, 2018), S. 7
- Hähner-Rombach, Sylvelyn und Christoph Schweikardt, *Quellen zur Geschichte der Krankenpflege*, hg. von Sylvelyn Hähner-Rombach, 4. Auflage (Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, 2023) S. 25f
- Häusser, Alexander und Maugg, Gordian, *Hungerwinter: Deutschlands humanitäre Katastrophe 1946/47* (Berlin: Propyläen-Verlag, 2009)
- Hellmann, H.-D., „Fit für das normale Leben – Mit Millionenaufwand wird Lübecks Uni-Psychiatrie saniert“, *Lübecker Nachrichten*, 03.09.1996, S. 14, siehe online unter: <https://www.uni-luebeck.de/aktuelles/nachricht/artikel/gebaeudesanierung-im-altbereich-des-campus.html> / Tag des letzten Zugriffs: 15.07.2025
- Helmchen, Hanfried, „Zur Rolle der Psychopharmakotherapie in der Entwicklung der Sozialpsychiatrie“, *Nervenarzt* 89 (2018), S. 88–91
- Hennings, Lena, „Die Entstehungsgeschichte der Rodewischer Thesen im Kontext von Psychiatrie, Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin der DDR“ Med. Diss., Lübeck, 2015
- Huonker, Thomas, *Diagnose: „moralisch defekt“ Kastration, Sterilisation und Rassenhygiene im Dienst der Schweizer Sozialpolitik und Psychiatrie 1890-1970*, (Zürich: Orell Füssli Verlag AG, 2003), S. 215-216
- Hübener, Kristina et al., *Brandenburgische Heil- und Pflegeanstalten in der NS-Zeit* (Berlin: Bebra Verlag, 2002)
- **Jachertz**, Norbert, „Heroische Therapien, ausgelieferte Patienten“, *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 109, 2012
- **Kara**, Stephanie „Umstrittene Therapie als letzte Chance Mit Elektroschocks gegen Depression“, *Deutschlandfunk*, 12.02.2017, siehe online unter: <https://www.deutschlandfunk.de/umstrittene-therapien-als-letzte-chance-mit-elektroschocks-100.html> / Tag des letzten Zugriffes: 18.07.2025.
- Karge, Heike, „Patientenakten aus dem Ersten Weltkrieg als Quelle Historischer Forschung in Südosteuropa“ *Themenportal Europäische Geschichte* (2016),

S. 1–11, siehe online unter <https://www.europa.clio-online.de/essay/id/fdae-1695> / Tag des letzten Zugriffs: 11.07.2025

- Kersting, Franz-Werner, *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre* (Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2003)
- Kersting, Franz-Werner, Abschied von der „totalen Institution“?, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 44 (2004)
- Kersting, Franz-Werner und Schmuhl, Hans-Walter, *Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. Bd. 2: 1914-1955.*, hg. von Hans-Walter Schmuhl (Paderborn: Ferdinand Schöningh, 2004)
- Kersting, Franz-Werner, „Eine wenig beleuchtete Psychiater-Generation: Das Wirken des Lengericher Anstaltsleiters Hans Merguet im Zeichen von ‚Nachkrieg‘ und ‚Reform vor der Reform‘ (1949–1957)“, in: *Zwischen Beharrung, Kritik und Reform – Psychiatrische Anstalten und Heime für Menschen mit Behinderung in der deutschen Nachkriegsgeschichte*, hg. von Cornelius Borck und Gabriele Lingelbach (Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2023)
- Kielmansegg, Sebastian Graf v., „Die rechtlichen Anforderungen an Medikamentenversuche“, in: *Beyer, Christof et al., Wissenschaftliche Untersuchung der Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in den Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975*, (Lübeck, 2021), S. 31–62
- Kielmansegg, Sebastian Graf v. und Dainels, Sarah, „Rechtliche Rahmenbedingungen und Kontexte 1949-1990“, in: *Wissenschaftliche Untersuchung zu Formen von Leid und Unrecht bei der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Jahren 1949-1990*, (Lübeck, 2021), S. 38–66.
- Kloos, Gerhard, *Grundriß der Psychiatrie und Neurologie mit besonderer Berücksichtigung der Untersuchungstechnik*, 3. Auflage (München: Verlag von Rudolph Müller & Steinicke, 1953), S. 21

- Kockelman, Paul et al., „Agency: The relation between meaning, power, and knowledge“, *Current Anthropology* 48, (2007): S. 375–401, <https://doi.org/10.1086/512998>
- Kowaleswki, Stephanie, Medikamentenversuche an Heimkindern „“, *Deutschlandfunk*, 12.12.2018, siehe online unter: <https://www.deutschlandfunkkultur.de/medikamentenversuche-an-heimkindern-das-war-die-hoelle-100.html> / Tag des letzten Zugriffs: 17.07.2025
- Kulenkampff, Caspar, „Erkenntnisinteresse und Pragmatismus – Erinnerungen an die Zeit von 1945 bis 1970“, in: *Sozialpsychiatrie vor der Enquête*, hg. von Hoffmann-Richter, Ulrike et al. (Bonn: Psychiatrie Verlag, 1997)
- Kumbier, Ekkehardt und Steinberg, Holger Steinberg, Hrsg., *Psychiatrie in der DDR – Beiträge zur Geschichte* (Berlin: be.bra.wissenschaft verlag GmbH, 2018)
- Küster, Thomas, *Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen*, hg. von Hans-Walter Schmuhl, *Forschungen zur Regionalgeschichte ; Bd. 26* (Paderborn: Ferdinand Schöningh, 1998)
- **Ledebur**, Sophie, „Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* in Wien“, Phil. Diss., Wien, 2011, S 292ff
- Lohr, Bernhard „Die Euthanasie-Verbrechen von Haar“, *Süddeutsche Zeitung*, 14.04.2017
- Lohr, Bernhard, „Schmerzliche Suche nach der Wahrheit“, *Süddeutsche Zeitung*, 18.04.2017, siehe online unter: <https://www.sueddeutsche.de/muenchen/dachau/vergangenheit-schmerzliche-suche-nach-der-wahrheit-1.3468302> / Tag des letzten Zugriffs 09.12.2023
- Lohr, Bernhard, „Späte Ehre für einen Aufklärer“, *Süddeutsche Zeitung*, 24.04.2023.
- Lohr, Bernhard, „Der unerwünschte Aufklärer – NS Euthanasie“, *Süddeutsche Zeitung*, 30.06.2023
- **Martin**, Daniela, *50 Jahre Im Focus Das Leben. 50 Jahre Universität Lübeck* (Lübeck: Universität zu Lübeck, 2014)
- Mählmann, Sonja und Borck, Cornelius, „Briefflut und Papierstau. Angehörige als Adressaten und Akteure in der Anstaltskommunikation“, in:

*Wahnsinnsgefüge der urbanen Moderne* (Weimar: Böhlau Verlag, 2018), S. 209–239

- Meier, Marietta, „Ordnungsversuche und Grenzziehungen: Krankenakten in der Psychiatrie“, in: *Was Akten bewirken können, Integrations- und Ausschlussprozesse eines Verwaltungsvorgangs*, hg. von Walter Leimgruber und Claudia Kaufmann (Zürich, 2008)
- Mosher, Loren R. Mosher und Feinsilver, David, „Special Report: Schizophrenia“ (Rockville, Maryland: U.S. Government Printing Office, 1971), S. 1
- Muth, Wolfgang, „Nach Lübeck statt ins Land der Hoffnung – Die Passagiere der ‚Exodus 1947‘ in den Lagern ‚Pöppendorf‘ und ‚Am Stau‘“, *Informationen zur Schleswig-Holsteinischen Zeitgeschichte* 50 (2008), S. 304–319, siehe online hierzu: <https://www.ndr.de/geschichte/chronologie/Exodus-1947-Briten-internieren-Holocaust-Ueberlebende-bei-Luebeck,exodus196.html> / Tag des letzten Zugriffs: 27.12.2023
- **NDR**: „Der „weiße Tod“ im Hungerwinter 1946/47, siehe online unter: <https://www.ndr.de/geschichte/chronologie/Hungerwinter-1946-47-Weisser-Tod-und-schwarzer-Hunger,hungerwinter166.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025
- **Osten**, Philipp, *Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen*, hg. von Osten, Philipp, *Medizin, Gesellschaft und Geschichte – Beiheft 35* (Stuttgart: Franz Steiner, 2010)
- o.V., „Rechtsschutz für die Haube“, *DER SPIEGEL*, 25.06.1957, siehe online unter: <https://www.spiegel.de/politik/rechtsschutz-fuer-die-haube-a-05414a9f-0002-0001-0000-000041757832> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025
- o.V., „Medizinische Akademie für Lübeck gebilligt“, *Lübecker Nachrichten*, 1961, siehe online unter: <https://www.uni-luebeck.de/aktuelles/nachricht/artikel/medizinische-akademie-luebeck-gebilligt.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025
- o.V., „Aufklärungspflicht Galgen aufgestellt“ *DER SPIEGEL*, 05.12.1961, S. 38-41, siehe online unter: <https://www.spiegel.de/politik/galgen-aufgestellt-a-c5a144b6-0002-0001-0000-000043367721> / Tag des letzten Zugriffs: 15.07.2025
- o.V., „Wohnheim für Schwesternschülerinnen am Mönkhofer Weg eingeweiht“, *Lübecker Nachrichten*, 1. 11.1972, S. 3

- o. V., „Bett in der Klinik“, *Spiegel*, 28.01.1973, siehe online unter <https://www.spiegel.de/wirtschaft/bett-in-der-klinik-a-4ea5884c-0002-0001-0000-000042713663> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025
- o. V., „Schweizer Garde“ *Spiegel*, 24.06.1973, siehe online unter: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/schweizer-garde-a-2fe15688-0002-0001-0000-000042602457?context=issue> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025
- o.V., „Das Fundament für die Universität Lübeck gelegt“— 300 zusätzliche Studienplätze in Humanmedizin“, *Kieler Nachrichten*, 30.03.1979
- o.V., „Zwei Minister gratulierten der Lübecker Universität, *Lübecker Nachrichten*, 09.11.1991; o.V., „Die Atmosphäre gefällt“, *Lübecker Nachrichten*, 09.11.1991, S. 11, siehe online unter: <https://www.uni-luebeck.de/50jahre/seite/artikel/zentralklinikum-eingeweiht.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025
- o.V., „Ausstellung zum Gedenken an verfolgte jüdische Ärzte eröffnet“, *Deutsches Ärzteblatt*, 15.05. 2023, siehe online unter: <https://www.aerzteblatt.de/news/ausstellung-zum-gedenken-an-verfolgte-juedische-aerzte-eroeffnet-91cba856-f675-4cbd-87a0-239d3104bdbc> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025
- **Porter**, Roy, „The patient’s view – Doing medical history from below“, *Theory and Society* 14 (1985): S. 175–198, <https://doi.org/10.1007/BF00157532>
- **Radkau**, Joachim, „Zum historischen Quellenwert von Patientenakten“, in: *Akten betreuter Personen als archivalische Aufgabe*, hg. von Hey, Bernd und Meyer, Dietrich (Neustadt an der Aisch: Degener & Co, 1997)
- Ralser, Michaela, Tagungsbericht: „Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. Methodisches Vorgehen am Einzelfall“, in: *H-Soz-Kult* (2007) <https://www.hsozkult.de/conferencereport/id/fdkn-120265> / Tag des letzten Zugriffs: 12.07.2024
- Reger, Karl-Heinz und Dilling, Horst, *Geschichte der Psychiatrie in Lübeck: das 19. Jahrhundert* (Lübeck: Schmidt-Römhild, 1984)
- Risse, Guenter B. und Warner, John Harley, „Reconstructing clinical activities: Patient records in medical history“, *Social History of Medicine* 5, (1992), S. 183–205, <https://doi.org/10.1093/shm/5.2.183>
- **Schaarschmidt**, Theodor, „Antipsychiatrie: Ich bin nicht verrückt, ich bin Revoluzzer!“, *ZeitOnline*, 2018, siehe online unter:

<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2018-01/antipsychiatrie-psychiatrien-psychologie-patienten> / Tag des letzten Zugriffs: 15.07.2025

- Schepermann, Kathrin Schepermann und DilliHorst Dilling, *Schicksale Psychiatrischer Patienten der Lübecker Heilanstalt Strecknitz im Dritten Reich* (Lübeck: Schmidt-Römhild, 2005)
- Schlebach, Andreas, „Euthanasie“-Programm: Die „Rassenhygiene“ der Nationalsozialisten“, *NDR*, 29.01.2024, siehe online unter: <https://www.ndr.de/geschichte/chronologie/Euthanasie-Programm-Die-Rassenhygiene-der-Nationalsozialisten,euthanasie100.html> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025
- Schmidt, Andreas, „Heimkinder: Landesbeauftragte Thobaben wirft Landesregierung zu zögerlicher Aufarbeitung vor.“ *NDR*, 27.10.2016, siehe online unter: [https://www.ndr.de/der\\_ndr/presse/mitteilungen/Heimkinder-Landesbeauftragte-Thobaben-wirft-Landesregierung-zu-zoegerliche-Aufarbeitung-vor,pressemeldungsh858.html](https://www.ndr.de/der_ndr/presse/mitteilungen/Heimkinder-Landesbeauftragte-Thobaben-wirft-Landesregierung-zu-zoegerliche-Aufarbeitung-vor,pressemeldungsh858.html) / Tag des letzten Zugriffs: 17.07.2025.
- Schmidt-Langels, Daniela, „Das lange Leiden nach dem Kinderheim“, *Spiegel*, 02.02.2016. Siehe online unter: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/medikamententests-in-deutschland-das-lange-leiden-nach-dem-kinderheim-a-1075196.html> / Tag des letzten Zugriffs: 10.07.2025.
- Schmidt, Gerhard, „Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen“, *Nervenarzt*, (1938), S. 353–358
- Schmidt, Gerhard, „Die Verbrechen in der Schlaftrunkenheit“, *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 176 (1943), S. 208–254
- Schmidt, Gerhard „Schmidt Testimony on the Euthanasia Program“, *Virginia Holocaust Museum*, 1946., siehe online unter: <https://www.vaholocaust.org/wp-content/uploads/2024/03/SchmidtTestimony.pdf> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025
- Schmidt, Gerhard, „Die Krankheit zum Tode – Goethes Todesneurose“, *Forum der Psychiatrie* (1968)
- Schmidt, Gerhard, „Über den Selbstmord als Katastrophenreaktion (Selbstmordepidemie 1945)“, *Bibliotheca psychiatrica et neurologica* 137 (1968), S. 84–90

- Schmidt, Gerhard, „Vom Rassenmythos zu Rassenwahn und Selektion“, *Der Nervenarzt* 54 (1985), S. 337–347
- Schmidt, Gerhard, *Selektion in der Heilanstalt 1939-1945*, hg. von Frank Schneider, 5. Auflage (Berlin Heidelberg: Springer Verlag, 2012)
- Schmidt, Gerhard, „Das unerwünschte Buch“, in: *Selektion in der Heilanstalt*, hg. von Frank Schneider, 5. Auflage (Berlin Heidelberg: Springer Verlag, 2012), S. 117–126
- Schmuhl, Hans-Walter, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, 1890-1945. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft*, 75, 2. Auflage (Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 1992)
- Schmuhl, Hans-Walter et al., „*Heroische Therapien*“ – *Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918-1945*, hg. von Schmuhl, Hans-Walter und Roelcke, Volker (Göttingen: Wallstein Verlag, 2013), S. 12
- Schmuhl, Hans-Walter und Winkler, Ulrike, *Aufbrüche und Umbrüche – Lebensbedingungen und Lebenslagen behinderter Menschen in den v. Bodelschingschen Anstalten von Bethel von den 1960er bis zu den 1980er Jahren* (Bielefeld: Verlag für Regionalgeschichte, 2018)
- Kurt Schneider, *Klinische Psychopathologie*, (Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1950)
- Schochow, Maximilian und Steger, Florian, „Die Patientenakten der geschlossenen venerologischen Einrichtungen Leipzig-Thonberg (1946-1990)“, *Medizinhistorisches Journal* 53 (2018), S. 98–124
- Schönherr, Hans, „Medizinische Akademie im Aufbau – aus 14 Studenten 1964 wurden bis heute über 300 – Erweiterungsbauten geplant“, *Lübecker Nachrichten*, 24. September 1966.
- Schubert, Bettina, „Psychiatrie im Wiederaufbau – Das Landeskrankenhaus Neustadt in Holstein Zwischen Euthanasie-Aktion und Reform“, Med. Diss. Lübeck, 2017
- Simon, Hermann, *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt* (Berlin und Leipzig: Walter de Gruyter & Co., 1929); S. 32

- Sparing, Frank, *Zwischen Verwahrung und Therapie - Psychiatrische Unterbringung und Behandlung im Bereich des Landschaftsverbandes Rheinland von 1945-1970* (Berlin: Metropol Verlag, 2018)
- Sparing, Frank, *Medikamentenvergabe und Medikamentenerprobung an Kindern und Jugendlichen. Eine Untersuchung zu kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland 1953 bis 1975* (Berlin: Metropol Verlag, 2020)
- Stettner, Peter, *Vom Trümmerfilm zur Traumfabrik – Die „Junge Film-Union“ 1947-1952* (Hildesheim: Georg Olms AG, 1992), S. 97
- Stoff, Heiko, *Medizinreform und Mittelbau – Zur Planung Medizinischer Akademien in der westdeutschen Nachkriegsmoderne* (Stuttgart: Franz Steiner Verlag, 2025), S. 109 f
- **Universitätsklinik Mainz:** Beschreibung der Elektrokonvulsionstherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, siehe online unter: <https://www.unimedizin-mainz.de/psychiatrie/patienten/weitere-behandlungsangebote/elektrokonvulsionstherapie-ekt.html> / Tag des letztes Zugriffs: 09.05.2025
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, „Historische Fotografien – Eine Veröffentlichung anlässlich des 10-jährigen Bestehens des UKSH“ (Lübeck: Universitätsklinikum Schleswig Holstein, 2012)
- Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck, Lageplan siehe online unter: [https://www.uksh.de/uksh\\_media/Lagepläne/Allgm.+Campus+Lübeck/Flyer\\_Luebeck\\_Campus+Lotse\\_allg.pdf](https://www.uksh.de/uksh_media/Lagepläne/Allgm.+Campus+Lübeck/Flyer_Luebeck_Campus+Lotse_allg.pdf) / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025
- Universität zu Lübeck Wahrzeichen der Universität, siehe online unter: <https://www.uni-luebeck.de/universitaet/im-ueberblick/campusleben/campus/we2160.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025
- **Wagner, Sylvia,** „Ein nicht länger unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte?“, *Sozial.Geschichte Online* (2017). Siehe online unter: <https://sozialgeschichte-online.org/2017/06/25/ein-nicht-laenger-unterdruecktes-und-verdraengtes-kapitel-der-heimgeschichte/> / Tag des letzten Zugriffs: 16.01.2024.
- Wagner, Sylvia, „Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte – Arzneimittelstudien an Heimkindern“, *Sozial.Geschichte*

- Online 19 (2016), S. 61–114. Sylvelyn Hähner-Rombach und Christine Hartig, „Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen zwischen 1945 und 1978“ (Stuttgart, 2019)
- Weber, Matthias M., *Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin: Ideengeschichte eines psychiatrischen Therapiesystems* (München: Urban&Vogel, 1999), S. 126-127
  - Ansgar Weißer, „Geschichte der Psychiatrie in Westfalen“, in *Psychiatrie in Westfalen*, hg. von Wolfgang Kirsch, Barbara Rüschoff-Thale, und Helga Schuhmann-Wessolek (Münster: Lonnemann GmbH, 2010), S. 7–69.
  - Wunder, Michael et al., *Auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr – Die Alsterdorfer Anstalten im Nationalsozialismus*, 3. Auflage (Stuttgart: Kohlhamer Verlag, 2016)
  - Wehler, Hans-Ulrich, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte 1914-1949* (München: C.H. Beck oHG, 2003), S. 945
  - **Zahra**, Claudia Abu, „Die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der DDR am Beispiel der Hauptstadt Ostberlin. Auswirkungen der Psychiatriereform der 1960er Jahre“, Med. Diss., Berlin, 2015

## ▪ Internetquellen

- CharitéCentrum für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie "Informationsblatt und Einverständniserklärung Elektrokonvulsionstherapie (EKT) (Patientenexemplar)" (Berlin, 2015)
- Von Cranach, Michael, „Ernst Rüdin (17.04.1874 St. Gallen – 22.10.1952 München) und die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie“, *nsdoku.lexikon, NS-Dokumentationszentrum München* (2025), Siehe online unter: <https://www.nsdoku.de/lexikon/artikel/ruedin-ernstdeutsche-forschungsanstalt-fuer-psychiatrie-194> / Tag des letzten Zugriffs: 18.03.2025.
- Depression-Heute, „Ärztin: Die Elektroschocktherapie zerstörte mein Leben, siehe online unter: <https://www.depression-heute.de/aerztin-die-elektroschocktherapie-zerstoerte-mein-leben/> / Tag des letzten Zugriffes: 18.07.2025
- DGPPN: Preisträgerliste der Wilhelm-Griesinger-Medaille, sie online unter: <https://www.dgppn.de/preise/wilhelm-griesinger-medaille.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025
- Geschichte der Lübecker Märtyrer, siehe online unter: <https://www.luebeckermaertyrer.de/de/index.html> / Tag des letzten Zugriffs: 23.06.2025
- Geschichte des Flüchtlingslagers Pöppendorf, siehe online unter: <https://www.poependorfer-lager.de/geschichte> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025
- Institut für Zeitgeschichte München-Berlin: Demokratische Kultur und NS-Vergangenheit.Politik, Personal, Prägungen in Bayern 1945-1975. Projektbeschreibung: <https://www.ifz-muenchen.de/forschung/ea/forschung/demokratische-kultur-und-ns-vergangenheit-politik-personal-praegungen-in-bayern-1945-1975?type=98> / Tag des letzten Zugriffs: 13.06.2025
- Interview mit Dr. Karen Nolte: „Ein Ausflug in Pflegegeschichte und Pflegewissenschaft“ (2022), siehe online hierzu: <https://mittendrin.fdst.de/pflegegeschichte/> / Tag des letzten Zugriffs: 17.07.2025

- Isar-Amper-Klinikum- Region München: Straßenumbenennung in Haar, siehe online unter: <https://kbo-iaak.de/ueber-uns/erinnerungskultur/umbenennung-der-von-braunmuehl-strasse-2019> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025
- Lübecker General Anzeiger vom 05. Oktober 1912, siehe online unter: <https://www.uni-luebeck.de/50jahre/seite/artikel/einweihung-der-heilanstalt-strecknitz.html> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025
- Predigt des Münsteraner Bischofs Clemens von Galen gegen die Krankenmorde der Nationalsozialisten, siehe online unter: <https://www.luebeckermaertyrer.de/de/geschichte/predigten-von-galens/predigt-3.html> / Tag des letzten Zugriffs: 13.06.2025
- Pressemitteilung der Landesregierung Nordrhein-Westfalen: <https://www.land.nrw/pressemitteilung/nordrhein-westfalen-laesst-missbraeuchlichen-medikamenteneinsatz-bei-kindern-und> / Tag des letzten Zugriffs: 18.07.2025
- Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di): Historie der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (ÖTV), siehe online hierzu Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft: <https://www.verdi.de/ueber-uns/idee-tradition/einheitsgewerkschaft/++co++10a3e190-caed-11e3-a495-5254008a33df> / Tag des letzten Zugriffs: 13.07.2025

## 8.3 Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Zeichnung der im Pavillonstil erbauten Heilanstalt Strecknitz</i>	25
<i>Abbildung 2: Entwurf für die „Hamburger Häuser“ aus dem Jahre 1927</i>	26
<i>Abbildung 3: Prof. Gerhard Schmidt, Foto: Angelika Bardehle</i>	29
<i>Abbildung 4 Lageplan des städt. Krankenhaues Ost, undatiert</i>	47
<i>Abbildung 5 DRK-Schwester in typischer Tracht (Datum unbekannt). Bis in die 1970er Jahre hat sich die Tracht kaum verändert. Foto: <a href="https://www.drk-schwesternschaft-luebeck.de/ueber-uns/historie/Tag%20des%20letzten%20Zugriffs%3A%2010.07.2025">https://www.drk-schwesternschaft-luebeck.de/ueber-uns/historie / Tag des letzten Zugriffs: 10.07.2025</a>.</i>	51
<i>Abbildung 6 Signatur AHL (Archiv Hansestadt Lübeck) 4.5-6 Medizinische Akademie Lübeck. Verwaltungsrat/Nr. 130/Gutachten über die Krankenhäuser Süd und Ost zwecks Zusammenlegung zu einem Zentralkrankenhaus.18.06.1957, S. 39 Anlage V.</i>	55
<i>Abbildung 7: Foto (Hans Krippgans) aus den Lübecker Nachrichten 21.02.1969: Zu sehen sind Patienten während der Morgengymnastik auf dem Flur der Station 25.</i>	62
<i>Abbildung 8: Krankenblatt ab 1947</i>	66
<i>Abbildung 9 Verlaufsbeobachtung Sign.: 5ORN/ER0323</i>	69
<i>Abbildung 10 Sign.:53IN/ÜN0604: Anamnese bei Aufnahme</i>	74
<i>Abbildung 11 Sign.5ORN/ER0323: Psychiatrische Exploration</i>	75
<i>Abbildung 12 Sign.: 58AN/LE0806: Einwilligungserklärung eines Angehörigen zur Durchführung der Elektrokrampftherapie aus dem Jahre 1958.</i>	107
<i>Abbildung 13 Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Publikationsverzeichnis (von Schmidt selbst verfasst).</i>	119
<i>Abbildung 14 Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Brief von Prof. Kurt Schneider an Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg über die Eignung Gerhard Schmidt als Professor 01.03.1950, Seite 1.</i>	120
<i>Abbildung 15 Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Brief von Prof. Kurt Schneider an Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg über die Eignung Gerhard Schmidt als Professor 01.03.1950, Seite 2.</i>	121
<i>Abbildung 16 Hamburger Staatsarchiv: Signatur 361-6, Nr. IV 2013/Personalakte Gerhard Schmidt: Brief von Prof. Kurt Schneider an Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg über die Eignung Gerhard Schmidt als Professor 01.03.1950, Seite 3.</i>	122

## 9 Danksagungen

Ich danke meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Cornelius Borck, für die Überlassung dieses spannenden Themas. Seine enge Begleitung, Geduld und konstruktive Kritik haben mich verlässlich durch dieses Projekt geführt.

Prof. Dr. med. Karl Klotz danke ich für die Übernahme der Ko-Betreuung.

Außerdem gilt mein Dank Dr. phil. Christof Beyer und Jonathan Holst für ihre wertvollen Hinweise, die mir besonders in der Anfangsphase den Einstieg in die „Psychatriegeschichte“ erleichtert haben.

Weiterhin möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung für die sehr freundliche und bereitwillige Hilfe bei der Literaturrecherche und organisatorischen Angelegenheiten danken.

Zudem danke ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Archivs der Hansestadt Lübeck, die mich bei der Suche von historischen Dokumenten zur Geschichte des Krankenhauses Ost unterstützt haben.

Für Ihre präzise und verlässliche Arbeit während ihrer Durchführung des Lektorats möchte ich Andrea Hellfritz herzlich danken.

Ganz besonderer Dank gilt meinen Eltern M. E. Dörnte-Alemán und M. Dörnte, ohne deren jahrelange Unterstützung in finanzieller, emotionaler sowie praktischer Hinsicht bei der Kinderbetreuung eine Promotion wesentlich erschwert gewesen wäre. Das Gleiche gilt für meine Großfamilie, die ebenfalls durch ihre bereitwillige Hilfe in der Kinderbetreuung eine große Stütze waren.

Zuletzt möchte ich meinem Mann und Freund M. Hellfritz danken. Sein bedingungsloser Rückhalt, stetes Interesse und Glauben an diese Arbeit haben mir die Kraft gegeben, parallel zu Studium, Arbeit und zwei Kindern, die Promotion fertigzustellen. Zudem verhalfen mir meine Kinder, die nötige Perspektive zu entwickeln, die es im Arbeitsprozess braucht, um die Prioritäten richtig zu setzen.