

Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt

von

Dr. Hermann Simon

Direktor der Provinzialheilanstalt Gütersloh

Ἐν ἀρχῇ ἦν ὁ λόγος, καὶ ὁ λόγος ἦν
πρὸς τὸν θεόν, καὶ θεὸς ἦν ὁ λόγος . . .
Πάντα δι' αὐτοῦ ἐγένετο, καὶ χωρὶς αὐτοῦ
ἐγένετο οὐδὲ ἓν ὃ γέγονεν.

Ev. Joh. I. Vers 1, 3.



Berlin und Leipzig 1929

Walter de Gruyter & Co.

vormals G. J. Göschen'sche Verlagshandlung — J. Guttentag, Verlagsbuchhandlung
Georg Reimer — Karl J. Trübner — Veit & Comp.

Zur Einführung

Dies Buch soll kein Lehrbuch der Psychiatrie oder der Geisteskrankenbehandlung sein. Es ist auch kein wissenschaftliches Buch, das neue Wege weisen oder für die in ihm behandelten Gedanken die Abstammung und die literarische Zugehörigkeit beurkunden will. Hätte ich mir diese letztere Aufgabe gesetzt, dann wäre das Buch nie fertig geworden, da ja eine ungeheure und mir nur zum geringen Teil zugängliche Schriftenfülle, besonders auch aus älterer Zeit, hätte durchgearbeitet werden müssen. Die Arbeit entstammt der Praxis und richtet sich an alle, die mit der Anstaltsfürsorge der Geisteskranken sich praktisch zu beschäftigen haben: in erster Linie den Facharzt, dann aber auch an den Anstaltsgeistlichen und den Verwaltungsbeamten. In der Hand des unterrichtenden Arztes wird sie auch bei der Unterweisung des Pflegepersonals verwertbar sein.

Der erste Teil behandelt eingehend die in Gütersloh übliche Arbeitstherapie. Er erschien 1927 im Band 87 der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Ihm sollte ursprünglich lediglich noch ein kurzer Anhang über erzieherische Einwirkungen auf die Kranken und die praktischen Auswirkungen der gesamten aktiveren Therapie folgen. Da aber mittlerweile die Fachwelt, sowohl in Deutschland wie im Auslande, sich mehr und mehr mit den Gütersloher Erfahrungen beschäftigte, erschien doch eine etwas eingehendere Behandlung der sich hier aufdrängenden biologischen und psychologischen Zusammenhänge angezeigt. Auch der ärztliche Praktiker hat, wenn seine berufliche Tätigkeit sich über die tote und inhaltlere Schablone erheben soll, nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, sich um das ‚Warum‘ seines Tuns und seiner Erfahrungen zu kümmern, besonders wenn diese Erfahrungen in der einen oder anderen Richtung von dem Üblichen abweichen. Es ist nicht zu verkennen, daß die aus unseren Erfahrungen gezogenen Schlußfolgerungen oft mehr an die ältere, wie an die neuere und neueste Psychiatrie und Psychologie anklingen. Ob das immer ein Fehler ist?

Beim Überlesen der Arbeit sagte ich mir zunächst, daß das Zurückgehen auf die allereinfachsten biologischen Zusammenhänge vielleicht entbehrlich sein würde, da ja dem einigermaßen naturwissenschaftlich Denkenden diese Dinge geläufig und selbstverständlich sind. Aber die Unterhaltung mit sehr zahlreichen — jungen und alten — Fachkollegen belehrte mich darüber, daß doch in unseren psychiatrischen Kreisen dieses biologische Denken, besonders in Beziehung auf die psychiatrische Berufsarbeit, doch recht wenig üblich ist. Jeder Arzt weiß wohl diese einfachen Dinge; aber man denkt nicht daran, daß sie in all' ihrer Einfachheit die Grundlage aller Psychiatrie sind. In letzter Linie ist auch alle Psychiatrie nichts anderes, als angewandte Biologie, und angewandte Logik.

Gütersloh, den 22. Juni 1929.

Dr. Simon.

1. Teil. Zur Arbeitstherapie.

Die Arbeit gibt im Wesentlichen Gedankengänge wieder, welche vom Verf. in verschiedenen Vorträgen (Vereinigung deutscher Anstaltsdirektoren, Jena 1923, D. Ver. f. Psychiatrie, Innsbruck 1924, Ver. d. Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens, Hannover 1926, niederländ. Ver. f. Psychiatrie und Neurol., Amsterdam 1927) behandelt worden sind. Die mancherlei Erörterungen, die sich in der Folge an die genannten Vorträge angeschlossen haben, werden im Folgenden berücksichtigt. Doch ist es im Rahmen eines Aufsatzes ganz unmöglich, alle die Fragen, welche hier auftauchen, erschöpfend zu behandeln. Manches mag heute dem Leser durch die Entwicklung der Anstaltsfürsorge in den letzten Jahren überholt scheinen. Ich habe aber trotzdem im Wesentlichen an der ursprünglichen Fassung der ersten Vorträge festgehalten, da dieselben bisher nicht im Druck erschienen sind und ihrerseits ja gerade den Anstoß zu mancherlei Änderungen in der Praxis gegeben haben.

Schon die Fassung des Themas zeigt, daß nicht beabsichtigt ist, etwa der Therapie der Geisteskrankheiten grundsätzlich neue Wege zu zeigen. Eine „aktive“ Therapie treiben ja alle Ärzte — mehr oder weniger! Denn jede wirkliche Therapie ist aktiv, ist Handeln; einfaches Abwarten ist keine Therapie. Ich lege den Nachdruck auf den Comparativ „aktivere“, und möchte, aus den Erfahrungen der Anstaltspraxis heraus, zeigen, daß man schon durch zielbewußte Anwendung allbekannter, z. T. sogar uralter Behandlungsformen noch viel mehr erreichen kann, als wir früher allgemein angenommen haben.

Wenn wir einem Ziele zu fortschreiten wollen, werden wir öfter auch rückwärts schauen und prüfen müssen, ob wir bisher auch immer uns auf dem richtigen Wege befunden haben, und ganz besonders, ob wir von eingeschlagenen richtigen Wegen nicht mehr oder weniger

abgekommen sind. Ein ganz flüchtiger Rückblick¹⁾ auf die Entwicklung der Geisteskrankenfürsorge in den letzten 150 Jahren zeigt uns, daß diese Fürsorge sich lange Zeit hindurch in der Hauptsache auf die unsozialeren Elemente unter den Kranken erstreckte und in erster Linie in sicherer Verwahrung und in Vorkerkungen bestand, daß die Kranken gehindert wurden, andere Menschen zu stören und zu schädigen. Man sorgte, mehr oder weniger gut, für ihr leibliches Wohl, im übrigen aber dafür, daß sie gut eingesperrt waren. Wo das nicht genügte, griff man zu immer stärkeren Zwangsmaßnahmen, wie das ja bei *Kraepelin* so erbaulich nachzulesen ist. Die von dem Franzosen *Pinel* im Beginn des 19. Jahrhunderts angebahnte Wandlung in der Richtung einer freieren Behandlung kam zunächst — obwohl auch in den Nachbarländern von einsichtigen Psychiatern aufgenommen (*Reil, Jacobi* u. A.) — nur einem verhältnismäßig kleinen Kreis von Kranken zu gut.

Eine allgemeinere und gründlichere Wandlung bahnte sich erst an, als man um die Mitte des vorigen Jahrhunderts unter der aus England erschallenden Losung: „No-restraint!“ alle Zwangsmittel aus der Irrenanstalt zu beseitigen trachtete und an deren Stelle den Kranken, auch den unruhigen und störenden, möglichste Bewegungsfreiheit gewährte. Selbst die Türen der Anstalt sollten unverschlossen sein („Opendoor-System“); einem Kranken ernstlich entgegen zu treten mußte möglichst vermieden werden; nur sollte dafür gesorgt werden, daß durch die Kranken nicht allzugroßer Schaden angerichtet würde.

Mehr oder weniger ausgesprochener Grundsatz war, daß es der Kranke in der Anstalt „gut haben“ und möglichst seinen individuellen Neigungen und Wünschen leben solle.

Zweifellos bedeuteten diese neuen Behandlungsgrundsätze einen großen Fortschritt gegenüber dem, was vorher gewesen war. Es ging aber damit in der Folge, wie so oft in der Therapie: Man verallgemeinerte den an sich wohltätigen Gedanken weit über die ursprünglichen Absichten seiner Väter hinaus zu einem starren Prinzip, ja man kann wohl sagen, zum Schlagwort. Und so kam es dahin, daß viele Anstalten sogar jede Einzäunung der Anstalt und der Wandelgärten peinlich vermieden, es für hochmodern erklärten, wenn eine recht belebte öffentliche Straße mitten durch den Anstaltsbetrieb führte, daß man jeden Zwang und jede, auch noch so kurze Isolierung

¹⁾ Näheres u. a. bei *Kräpelin*, „100 Jahre Psychiatrie“. Berlin, 1918. Auch bei *Paetz*, „Die Kolonisierung der Geisteskranken...“. Berlin, Springer, 1893.

eines störenden Kranken streng verpönte, ohne Rücksicht darauf, was nun aus dem einzelnen Kranken und aus seiner Umgebung wurde. Die Freiheit der Bewegung und die Ungebundenheit des Tuns und Lassens der Kranken artete nur zu oft in richtige „Narrenfreiheit“ aus. Der für die Erziehung jedes Menschen und auch des Geisteskranken zum geordneten Einfügen in eine soziale Gemeinschaft so außerordentlich wichtige Faktor der logischen Reaktion der Umwelt auf sein Verhalten wurde weitgehend außer Wirksamkeit gesetzt, zum großen Nachteil für den Kranken selbst und für seine Umgebung.

Nicht alle Anstalten und nicht alle Verwaltungen haben diese Entwicklung zu einem so starren „No-restraint-System“ mitgemacht; wohl wurden Isolierungen und Zwangsmaßnahmen überall eingeschränkt; hatte man doch bald allgemein erkannt, daß langdauernde und unvorsichtige Isolierungen unter allen Umständen schädlich sind. Man hielt sich aber die Möglichkeit einer Isolierung offen und machte davon sparsamen und vorsichtigen Gebrauch. Diese weise Einschränkung wurde erleichtert durch die seit 50 Jahren in die Therapie eingeführte Bettbehandlung, welche wieder einen großen Schritt nach vorwärts bedeutete, besonders nachdem noch die Dauerüberwachung bedenklicher Kranker hinzutrat und sich mehr und mehr einbürgerte. Als bedeutungsvolle Ergänzung der Bettbehandlung fand sich dann auch noch das Dauerbad ein.

Aber auch hier wurde wieder aus der Wohltat ein starres System, und eine Zeitlang überboten sich manche Anstalten in ihren Veröffentlichungen mit möglichst hohen Prozentsätzen bettbehandelter Kranker (bis zu 60 Prozent des Krankenbestandes und darüber ließ man mancherorts dauernd im Bett, und war noch sehr stolz auf diesen Erfolg!). Das hatten aber wieder einmal die Begründer und ersten Verfechter der Bettbehandlung gar nicht gewollt: Gerade *Cl. Neißer*, der verdienstvolle Vorkämpfer der Bettbehandlung, hat schon in seinen ersten Veröffentlichungen über diesen Gegenstand betont, daß sich diese Behandlungsform nicht für alle Kranke eignet, daß sie nicht zu lange ausgedehnt werden darf, sondern rechtzeitig von einer zielbewußten Beschäftigungstherapie abgelöst werden muß. Im übrigen sind uns kürzere und in ihrer Wirkung auf den Kranken dauernd kontrollierte Bett- und Dauerbadbehandlung auch heute noch wertvolle Hilfsmittel bei der Behandlung schwieriger Kranker; dagegen haben uns unsere Erfahrungen gezeigt, daß die grundsätzlich verallgemeinerte, über Jahre und Monate ausgedehnte Bettlage den Kranken mehr Schaden als Nutzen bringt, und daß dies oft genug

auch für frisch in die Anstalt Aufgenommene zutrifft. Vergewärtigen wir uns doch einmal, wie es in einem Wachsaal für unruhige Kranke und dem meist damit in Verbindung stehenden Dauerbad zuzugehen pflegt. Den richtigen Eindruck davon gewinnt man allerdings weniger bei der allgemeinen ärztlichen Visite, als wenn man sich einmal einen halben Tag — möglichst unbemerkt — dort aufhält. Unvergeßlich ist mir ein Bild, das sich beim Besuch einer großen Anstalt vor vielen Jahren darbot: Die Nähe der Großstadt bringt dort starken Zugang aufgeregter Kranker; sie sammeln sich naturgemäß auf der entsprechenden Wachabteilung. Isolierung war streng verpönt. Als ich mit dem mich führenden Kollegen in die Nähe der Wachabteilung für unruhige Frauen kam, hörte man schon großen Lärm, lautes Lachen, Quietschen, Schreien. Beim Betreten des Wachsaals (ausschließlich Bettbehandlung!), bot sich uns das Bild einer Winterlandschaft mit Schneegestöber und Neuschnee im ganzen Lokal: Mehrere jüngere, aufgeregte Kranke hatten unter sich eine Schlacht mit ihren Kopfkissen inszeniert; dabei waren die Federkissen aufgegangen; das weitere optische Bild ergibt sich von selbst; das akustische ist leicht zu ergänzen: der Kampf wurde mit lautem Schreien, Lachen, tollem Umherspringen (die ganze Gesellschaft war im Hemd) begleitet. Andere Kranke heulten, schrien, schimpften von ihren Betten aus, teils die Kämpfenden aufmunternd, teils gegen den Lärm protestierend. Die Pflegerinnen standen völlig machtlos dabei. Unmittelbar anstoßend befand sich das Dauerbad mit einigen besetzten Wannen. Auch hier wieder eine Schlacht, aber zur Abwechslung eine Seeschlacht, die mit Wassergüssen ausgefochten wurde, natürlich unter entsprechendem Schlachtgetöse. In der Mitte stand hilflos, angetan mit langem Gummimantel und Badehaube, die Pflegerin. Der ganze Betrieb hatte im Grunde nichts Abstoßendes; es war bis zu einem gewissen Grade sogar lustig; und wäre ich ein halbwüchsiger Junge gewesen, so hätte ich wohl auch gern mich an dem lustigen Spiele beteiligt. Ähnliche Szenen, meist weniger drastisch und weniger komisch, oft sehr viel häßlicher, sind aber auf unseren Abteilungen für frisch aufgenommene, für unruhige, unsoziale Kranke an der Tages- und Nachtordnung. Wer kennt nicht diese Atmosphäre, die dauernd von Zündstoff geladen ist, das immer wieder von Neuem losbrechende häßliche Schimpfen, Schreien, Heulen, Streiten, das bei keinem Saalgenossen eine wirkliche Ruhe aufkommen läßt? Schon aus diesen äußeren Gründen ist somit für viele Kranke die ärztlich angeordnete „Bettruhe“ gar keine Ruhe. Aber auch innere, in der

Krankheit selbst liegende Gründe lassen oft eine wirkliche „Ruhe“ nicht zustande kommen. Gerade bei den Kranken, die nach unserem ärztlichen Empfinden die Ruhe am nötigsten hätten, bei den psychomotorisch-Erregten und Verwirrten, auch bei ängstlich-unruhigen Kranken ist die „Bettbehandlung“ oft nur ein fortdauernder Kampf zwischen dem Kranken, der in seiner Unruhe und Angst aus dem Bette hinausdrängt und dem Pfleger, der ihn darin zurückzuhalten sucht. Wir erfahren es aber immer wieder, daß dieser fortgesetzte körperliche Kampf die Unruhe und Angst der Kranken regelmäßig steigert. Oder die Kranken, vom Pfleger endlich in Ruhe gelassen, stehen im Hemde, oder auch ohne dieses, neben dem Bette oder an den Türen und Fenstern, kriechen unter die Betten, laufen ruhelos im Saale umher. In anderen Fällen erreichen wir zwar die Ruhe des Körpers, nicht aber die des Geistes, der auch im Bette weiter arbeitet; und es besteht nun — genau wie früher bei der Zellenisolierung — die große Gefahr, daß das Weiterarbeiten des Geistes in abwegiger, krankhafter Richtung erfolgt, zur Ausbildung und Befestigung wahnhafter Gedankengänge führt; oder daß — bei jugendlichen Schizophrenen oder Minderwertigen — erotische Phantasien das ganze Seelenleben beherrschen. Auch abwegige Triebe und Betätigungen sehen wir häufig bei bettbehandelten Schizophrenen, Manischen und Schwachsinnigen: Zerpfücken der Bettwäsche, Spielen an den Geschlechtsteilen usw.; selbst Kotschmierer unter der Bettdecke haben wir gelegentlich trotz guter Überwachung erlebt. Weiterhin führt langdauernde Bettlage genau so zu den verhängnisvollen Folgen der geistigen Isolierung, wie der Zellaufenthalt: Die Kranken verlieren allen geistigen Zusammenhang mit der Umwelt, werden bössartig und heimtückisch.

Der Negativismus kann bei Dauerbettlage die häßlichsten und hartnäckigsten Formen annehmen, die wir überhaupt zu sehen bekommen. Darüber hinaus führt aber die langdauernde Bettlage mit Notwendigkeit zu Abnahme und schließlichem Verlust der geistigen Regsamkeit, zum Stumpfsinn, zur geistigen Verödung. Schon der Geistesgesunde, der durch irgend eine äußere Erkrankung, die an sich den Gesamtkörper nicht schwächt (z. B. Beinbruch), einige Wochen im Bette festgehalten wird, merkt, — vom kranken Körperteil ganz abgesehen — daß er körperlich und geistig schlapper, leistungsunfähiger geworden ist und erst nach mehrtägiger Übung die frühere Regsamkeit und Leistungsfähigkeit wieder gewinnt. Und doch wird der Geistesgesunde auch während der Bettlage eine

gewisse geistige Betätigung (Lektüre, Unterhaltung) gepflegt haben. Und nun malen wir uns eine solche Bettlage ohne jede Betätigung aus und dehnen sie auf viele Monate, Jahre, Jahrzehnte aus — ich glaube, jeder Gesunde würde dabei verdösen, zum geistigen Trottel werden. Wie viel mehr muß das beim Geisteskranken der Fall sein, dessen Regsamkeit und geistige Widerstandskraft ohnehin durch den langdauernden Krankheitsprozeß im Gehirn gemindert ist! Da herrscht allerdings schließlich einmal Ruhe, wenn mit dem Schwund der letzten Regsamkeit auch die unsozialen Betätigungen eingeschlafen sind; aber es ist die Ruhe des Grabes. War der unruhige Bettbehandlungssaal oft genug eine Hölle für jeden, der sich noch einen Rest von Empfänglichkeit für die umgebenden Vorgänge bewahrt hatte, so wird der ruhige Wachsaal für chronisch Kranke zum Friedhof der Geister, wo selbst das körperliche Dahinvegetieren kaum noch Leben genannt werden kann.

Jeder Anstaltsarzt kennt aus seinen Bettbehandlungssälen die Neigung vieler Kranken, sich die Bettdecke dauernd dicht über den Kopf zu ziehen und so Tag und Nacht bewegungslos und starr dazuliegen, ablehnend gegen jeden Versuch der Annäherung. Einfachste physiologische Überlegung führt uns darauf, daß dieses fortgesetzte Wiedereinatmen der unter der Decke abgeschlossenen Atmungsluft den Gasaustausch und damit den ganzen Stoffwechsel nachteilig beeinflussen muß. Ein ausreichender, den normalen Verhältnissen möglichst angepaßter Stoffwechsel wird aber — wie bei allen Krankheiten überhaupt — so auch bei der der Psychose zugrunde liegenden Gehirnerkrankung elementarste Grundlage jeder Art von Therapie bleiben müssen.

Ein weiteres Verhängnis der zum System erhobenen Bettbehandlung, und vielleicht das allergrößte, sehe ich darin, daß die einseitige therapeutische Wertschätzung, die ihr auch heute noch ¹⁾ vielfach gezollt wird, das rechtzeitige aktive Handeln im Kampfe gegen die Auswirkungen der Krankheit verhindert. Das gilt ganz besonders auch für viele frisch Erkrankte. Zweifellos ist die Bettbehandlung — nicht wie *Neisser* und andere sie gewollt, sondern, wie sie sich tatsächlich in vielen Anstalten eingebürgert hatte — für Arzt und Personal außerordentlich bequem, wie jedes Schema in der Therapie. Wo jeder neu ankommende Kranke ohne Rücksicht auf Art und bisherigen Verlauf seiner Krankheit grundsätzlich für

¹⁾ Niedergeschrieben 1924 (Vortrag Innsbruck).

mehrere Wochen oder Monate ins Bett kommt, wo das Bett auch das souveräne Heilmittel für die verschiedensten im weiteren Verlaufe der Psychose hervortretenden Schwierigkeiten, für Unruhe, unsoziale Neigungen, Nahrungsverweigerung usw. geworden ist, da wird das therapeutische Nachdenken für den Arzt sehr vereinfacht, und dasselbe trifft für den Dienst des Personals zu. Gerade, wo die Bettbehandlung einen auffallenden äußeren Erfolg aufzuweisen hat, wo z. B. ein vorher aufgeregter und störender Kranker sich unter ihrem Einfluß beruhigt hat, besteht für ihn die Gefahr der verewigten Bettlage, weil es ja „im Bette besser geht wie draußen“, und weil — wenn einmal der Versuch gemacht wird — es oft tatsächlich Schwierigkeiten hat, den Kranken, der sich nun an dauerndes Bettliegen gewöhnt hat, wieder auf eine andere Lebensweise umzugewöhnen.

Die Wurzel alles Übels, das ich Ihnen mit Absicht so eindringlich geschildert habe, liegt in der Untätigkeit. Müßigang ist nicht nur aller Laster — bei unseren Kranken nennen wir es „unsoziale Eigenschaften“ — sondern auch der Verblödung Anfang. Leben ist Tätigkeit! Das gilt für das körperliche wie für das geistige Leben. Kräfte, die nicht gebraucht werden, mindern sich, schwinden. Regsamkeit wird nur durch Betätigung erhalten; sie ist aber die Grundlage aller Leistung. Bei fehlender Betätigung macht sich die noch vorhandene, bei manchen Psychosen sogar zunächst gesteigerte Regsamkeit in abwegiger Richtung geltend, in Manieren, Stereotypen, Unfug, Sammeln, planlosem Umherlaufen, Belästigung der Umgebung. Ein erfahrener Psychiater drückte das einmal mit den Worten aus: „Der Mensch tut nie nichts — tut er nichts Nützliches, dann tut er was Unnützes“. Wir können hinzufügen: Zum mindesten denkt er was Unnützes, Abwegiges. Erfolgreiche Betätigung schafft Befriedigung, innere und äußere Ruhe, untätiges Umherlungern schafft üble Laune, Verdrießlichkeit, Gereiztheit; diese führen wieder zu häufigen Konflikten mit der Umgebung, zu Streit in Worten und Tätlichkeiten, zu anhaltendem lautem Schimpfen und Perorieren. Durch das Zusammenwirken zahlreicher in dieser Weise untätiger Kranker entsteht so das furchtbare Milieu unserer früheren „Unruhigenabteilungen“, von dem später noch die Rede wird sein müssen.

Bei vielen noch in der Entwicklung begriffenen Psychosen besteht die Gefahr, daß sie sich mit ihrem Beiwerk von psychogenen (sekundären) Auflagerungen unter den geschilderten ungünstigen Einflüssen mehr als nötig in einer ungünstigen Richtung entwickeln. Es ist

aber viel leichter, diese Entwicklung von vornherein zu verhüten, als später wieder rückgängig zu machen. Je früher eine aktivere Behandlung im Ablauf der Psychose einsetzt, destomehr hat sie Aussicht auf Erfolg.

Das Ideal aller Therapie ist die Beseitigung der krankmachenden Schädlichkeit. Als organische Grundlage der meisten Psychosen müssen wir ja wohl eine toxische Schädigung unserer zentralen Nerven-elemente annehmen, die ihrerseits wieder ihre Quelle in heute noch unbekanntem Stoffwechselstörungen in irgendeinem Teile unseres Körpers hat. Leider bietet uns diese organische Gehirnschädigung samt ihren unmittelbaren Folgen — trotz einiger hoffnungsvoller Ansätze — noch kaum Angriffspunkte für ein wirksames therapeutisches Handeln. Unser Wirken wird sich demnach einstweilen darauf richten müssen, daß einmal die psychischen Krankheitsäußerungen nicht schlimmere Formen annehmen, als das durch die Art des Grundleidens notwendig bedingt ist, und daß weiterhin jeder Kranke, soweit dies möglich ist, wieder zu einem sozialen und werktätigen Leben zwischen seinen Mitmenschen fähig wird. Diese symptomatische Therapie richtet sich also in der Hauptsache gegen psychische Symptome und wird demgemäß auch im wesentlichen eine Psychotherapie sein müssen. Ihre wichtigsten Hilfsmittel, Beschäftigung und Erziehung, gehören längst zum Rüstzeug der Irrenärzte. Nach unseren Erfahrungen der letzten 20 Jahre glaube ich aber, daß damit noch sehr viel weitergehende Erfolge sich erzielen lassen, als das heute noch allgemein angenommen wird.

Daß in einer geregelten Betätigung der Geisteskranken ein starker Heilfaktor steckt, ist den Irrenärzten schon sehr lange bekannt, wie wir aus den lesenswerten geschichtlichen Rückblicken bei *Paetz*¹⁾ und bei *Kräpelin*¹⁾ entnehmen können. Dort finden wir u. a. auch eine Äußerung *Pinels* wiedergegeben, der schon vor weit über 100 Jahren bei der Beschreibung der Anstalt Saragossa sagt: „Die steteste Erfahrung lehrte bei diesem Hospitale, daß die Heranziehung der Kranken zum Feldbau das sicherste und wirksamste Mittel ist, zur Vernunft wieder zu gelangen, und daß Adelige, die jeden Gedanken an mechanische Arbeit mit Stolz und Verachtung von sich stoßen, auch den traurigen Vorzug haben, ihre unsinnigen Verirrungen und ihr Delirium zu verewigen“. Wenn ich jetzt von der modernen Ausgestaltung der Beschäftigungstherapie sprechen will,

¹⁾ s. o.

so kann ich grundsätzlich Neues der uralten Erkenntnis des seligen Pinel auch nicht hinzufügen. Immer wieder wurde seitdem von Irrenärzten der Wert der Beschäftigung betont, und es gab wohl schon im vorigen Jahrhundert keine Anstalt, die nicht davon mehr oder weniger erfolgreich Gebrauch gemacht hätte. Vorbildlich sind darin zunächst englische Anstalten geworden, wo eine Anstalt schon vor 50 Jahren berichten konnte, daß 85% ihrer Kranken mit landwirtschaftlichen Arbeiten beschäftigt seien und daß es bei diesem System möglich sei, „unheilbare Irre und Schwachsinnige in einen Zustand zu versetzen, welcher der Gesundheit nahesteht und die Behandlung im Asyl überflüssig macht“¹⁾. In Deutschland wurde auf Grund solcher Erfahrungen 1876 unter *Koeppé* die Anstalt Altscherbitz gegründet mit dem ausgesprochenen Ziele, die nutzbringende Beschäftigung der Kranken großzügig durchzuführen. Allgemein bekannt ist, in welchem Maße gerade diese Anstalt für die Irrenfürsorge, nicht nur in Deutschland, vorbildlich geworden ist¹⁾.

Leider erfolgen — im Gegensatz zu einer um einige Jahrzehnte zurückliegenden Zeit — Mitteilungen der Anstalten über diese wichtige Seite ihrer Tätigkeit nur recht ungleichmäßig und auch nicht nach einheitlichen Gesichtspunkten. Soweit aus der Zeit vor 1923 Veröffentlichungen vorliegen, bewegt sich der Beschäftigungsgrad im Mittel um 50–60 vom Hundert des Anstaltsbestandes; einzelne Anstalten kamen erheblich höher, sogar bis über 80% hinaus, ziemlich zahlreiche blieben — z. T. erheblich — unter 50%²⁾. Diese Ungleichmäßigkeiten mögen z. T. in Verschiedenheiten der Berechnungsart ihre Ursache haben. Aber darüber kann ein Zweifel nicht bestehen, daß der allgemein anerkannte und über jeden Zweifel erhabene große Segen der Heilbeschäftigung noch einem viel zu großen Teil unserer Kranken vorenthalten blieb. Und für das Wohl dieses Teils unserer Krankenbestände möchte ich hier eine Lanze einlegen, der jetzt noch im Bett der Verblödung entgegendöst, oder dasselbe auf irgendeiner Bank oder auf dem Fußboden besorgt, was im Grunde auf eins hinauskommt; denn nicht das Herausnehmen aus dem Bett ist der Weisheit letzter Kern, sondern die Beseitigung der Untätigkeit, des Umherlungerns mit seinem Gefolge von Manieren, Stereotypen, üblen Angewohnheiten, störenden und unsauberer Neigungen.

Ich komme jetzt zu unseren eigenen Erfahrungen: Als wir

¹⁾ S. *Schmidt*, diese Zeitschrift, Bd. 79 Seite 40. Im gleichen Bande auch andere Arbeiten über Arbeitstherapie und Altscherbitz.

²⁾ s. u. a. bei *Schmidt*, l. c.

1905 die ganz nach meinen Wünschen erbaute Anstalt Warstein zu belegen begannen, rechneten wir noch mit einem erheblichen Prozentsatz bettbehandelter Kranker, weshalb auch dafür geeignete Wachsäle und Dauerbäder in üblicher Ausdehnung vorgesehen waren (für etwa 15% des Krankenbestandes). Nun hatten wir das große Anstaltsgelände in einem sehr unfertigen und wüsten Zustande übernommen, und dabei war der Krankenbestand zuerst nur gering. Das Bestreben, bei der noch im Bau befindlichen Anstalt die umfangreichen Erdarbeiten, die Herstellung der Parkanlagen, Wege usw. neben der großen Gutswirtschaft mit eigenen Kräften zu erledigen, drängte dazu, unter den noch auf der Abteilung herumsitzenden und im Bette liegenden Kranken immer wieder neue Aushebungen für die Arbeit zu veranstalten, und allmählich auch immer kühner auf recht zweifelhafte, unruhige und störende Elemente zurückzugreifen. Das Ergebnis überraschte insofern, als bald eine auffallend günstige Veränderung des ganzen Anstaltsbildes eintrat: es wurde viel ruhiger und geordneter, als es vorher gewesen war, und die gewohnten häßlichen Krankheitsbilder verschwanden allmählich. Die Befürchtung, es möchten sich durch die mit der Arbeit notwendig verbundene größere Bewegungsfreiheit und die Ausrüstung bedenklicher Kranker mit allerlei Werkzeug Gewalttätigkeiten und Unfälle häufen, erwies sich als unbegründet. Im Gegenteil traten gerade die vorher bedenklichen Eigenschaften vieler Kranker, besonders die große Reizbarkeit und die Neigung zu brutalen Gewalttätigkeiten, sehr zurück und verschwanden bei manchen vorher geradezu gefürchteten Kranken ganz. Andere, die vorher immer laut, ablehnend, unzugänglich gewesen waren, wurden freundlich und umgänglich; die Regsamkeit vorher stumpfer Kranker hob sich und mit ihr auch die Arbeitsleistung ganzer Arbeitskolonnen. Bis zu meinem Weggang aus Warstein (1914) waren wir allmählich dazu gelangt, $\frac{9}{10}$ unserer Kranken regelmäßig zu beschäftigen, und gleichzeitig war es in der Anstalt so gut wie völlig ruhig geworden; das ging 1910 schon so weit, daß z. B. ein ausländischer Psychiater, nachdem er zwei Stunden lang durch die damals schon auf über 1000 Kranke angewachsene Anstalt, und zwar gerade durch die schwierigsten Abteilungen, geführt worden war, schließlich den Wunsch aussprach, nun auch noch die „Irrenanstalt“ kennen zu lernen, nachdem er das „Sanatorium“ gesehen habe, und daß es bei der Schwierigkeit der sprachlichen Verständigung kaum gelang, ihm klarzumachen, daß er ja seit zwei Stunden die Irrenanstalt besichtige.

Der Krieg verzögerte die für Herbst 1914 geplante Eröffnung der neuen Anstalt Gütersloh. Die Hungerjahre 1917—1919 hatten den Krankenbestand unserer Provinzialanstalten um etwa ein Viertel vermindert, so daß 1920 die Anstalt nur mit wenigen Kranken (etwa 120) belegt werden konnte, während gleichzeitig wieder dieselben großen Arbeiten zu leisten waren, wie 15 Jahre vorher in Warstein. Da ich mich bei dem kleinen Krankenbestande auch persönlich mehr um die Krankenversorgung kümmern konnte, gelang es von vornherein, die Männer fast ohne jede Ausnahme, die Frauen mit recht wenigen Ausnahmen dauernd zu beschäftigen, wieder mit dem gleichen günstigen Ergebnis auf Ruhe, Ordnung, Munterkeit und Frische der Kranken, wie es in Warstein gewesen war. Inzwischen ist die Anstalt wieder auf fast 800 Kranke gewachsen, der hohe Beschäftigungsgrad und seine günstige Auswirkung auf die Kranken hat sich aber auch bis jetzt aufrecht erhalten lassen.

Die Kranken machen gegenüber der Beschäftigung im allgemeinen wenig Schwierigkeiten. Wenn es auf der Krankenabteilung und in der ganzen Anstalt einmal Sitte ist, daß jeder sich in irgendeiner Weise betätigt, dann fügt sich auch der neu Hinzukommende, soweit er noch einigermaßen geordnet und besonnen ist, ohne weiteres in den Geist des Hauses und packt auch mit an. Ist doch für den überwiegenden Teil unseres Volkes, trotz der weitverbreiteten schwächlichen Phantasien vom verlorenen Paradies (Paradies = gutes und sorgenfreies Leben und „Ausleben“ ohne Gegenleistung!), regelmäßige ernste Betätigung noch das von Jugend auf Gewohnte und Selbstverständliche, ja geradezu Bedürfnis. Wir beschäftigen deshalb — sofern nicht besondere Gegengründe auf körperlichem oder psychischem Gebiete vorliegen — nach Prüfung der Anamnese und des Zustandes der Kranken auch die frisch Aufgenommenen, zunächst natürlich auf einer Beobachtungsstation, mit großer Vorsicht bei der Zuteilung der Arbeit und unter dauernder ärztlicher Kontrolle. Und oft genug habe ich es empfunden, daß gerade diese Einreihung in eine, sei es auch noch so bescheidene Betätigung dem Kranken den Übergang in die Anstalt sehr erleichtert. Sie hilft besonneren Kranken wenigstens etwas über das quälende Bewußtsein hinweg, in einer Irrenanstalt eingeschlossen zu sein. Verhältnismäßig selten begegnet man — am ehesten noch bei jugendlichen Schizophrenen und Minderwertigen — dem Einwand, man sei hier „zur Erholung“ und brauche nicht zu arbeiten, oder man arbeite nicht ohne Lohn. Kommt das einmal vor, dann wird dem Kranken sach-

lich klargemacht, daß die Betätigung gut für die Erhaltung seiner Arbeitsfähigkeit sei und überhaupt in seinem Interesse liege. Wenn nicht am ersten Tage, dann doch immer bald bequemen sich auch diese Leute zur Tätigkeit. Dabei mag wohl auch die Langeweile eine Rolle spielen, da ja der Untätige in einer fleißig arbeitenden Anstalt keine Gesellschaft und Unterhaltung findet. Gerade die jugendlichen Psychopathen (Fürsorgezöglinge!) stellen oft die leistungsfähigsten und selbständigsten Arbeitskräfte der Anstalten dar.

Erhebliche Schwierigkeiten ergeben sich aber oft aus den Grundsymptomen der Krankheit selbst, aus starker elementarer Erregung und Ruhelosigkeit, aus geistiger Unklarheit, Verwirrtheit, aus dem Mangel an Regsamkeit bis zum Stupor und ganz besonders aus dem katatonen Negativismus. Ohne hier auf Einzelheiten einzugehen, kann ich aus unseren Erfahrungen nur sagen, daß man vor keinem Krankheitssymptom, abgesehen von körperlicher Krankheit und Hinfälligkeit, mit dem Versuch einer Betätigung haltzumachen braucht. Das Vorgehen muß individuell sehr verschieden sein und verlangt oft die ganze ärztliche und pflegliche Kunst nebst sehr viel Ausdauer und Unverdrossenheit, weil solchen Kranken oft psychisch so schwer beizukommen ist. Oft dauert es wochen- und monatelang, bis ein Erfolg durch zähe Ausdauer und immer wieder neue Versuche erreicht ist. Bei manchen alten Anstaltsinsassen, die sich jetzt regelmäßig beschäftigen, hat es jahrelang gedauert, bis wir sie daran gewöhnt hatten. Gewaltmaßnahmen, überhaupt brüskes Vorgehen oder gar ein Entgegentreten, das irgendwie an Strafe erinnert, helfen hier gar nichts, sondern würden — z. B. bei negativistischen Katatonikern — den Widerstand nur verstärken. In schwierigen Fällen geht es nur so, daß das Personal zunächst mit dem Kranken irgendwie Fühlung zu bekommen sucht, ihn dann zu einer kleinen Hilfeleistung bringt, dies immer wiederholt, bis die ewige Macht der Gewöhnung in ihre Rechte tritt. In die verschlossene Psyche manches Kranken muß man sich gewissermaßen hineinschleichen, ohne daß es der Kranke selbst merkt. Bei den schwierigsten Kranken, die im Anstaltsleben vorkommen, den schwer erregten und verwirrten „Tobsüchtigen“, ist es mitunter ganz auffallend, wie die Kranken ruhiger, besonnener, klarer werden, sobald es einmal gelingt, sie bei einer noch so bescheidenen Tätigkeit zu fixieren.

Auch Kranke aus gebildeteren und vermögenden Kreisen bereiten der Beschäftigungstherapie keine besonderen Schwierigkeiten,

sofern man nur mit der nötigen Vorsicht und Rücksichtnahme auf die geistigen Bedürfnisse der Kranken, ihre Erziehung, Lebensgewohnheiten usw. vorgeht. Aber diese individuelle Rücksichtnahme ist durchaus nicht nur bei den Gebildeten und „Höherstehenden“ notwendig, sondern sie muß Grundsatz jeder psychischen Therapie bei allen Kranken sein. Gerade manche der bekannteren Privatanstalten haben sich seit Jahrzehnten der Betätigung ihrer Pensionäre mit gutem Erfolge bedient. Andererseits habe ich in früheren Jahren eine Reihe von öffentlichen Anstalten kennengelernt, wo es das Privilegium der „Pensionäre“, im Gegensatz zu den „Normalkranken“ war, daß sie nicht zu arbeiten brauchten. Solche Pensionärabteilungen sind mir als Stätten furchtbarsten Stumpfsinns und geistiger Verödung in trauriger Erinnerung geblieben. Ich erinnere hier auch an die oben wiedergegebene Äußerung *Pinels* über diesen Punkt.

Aber, woher die sich der zielbewußten Beschäftigungstherapie entgegenstellenden Schwierigkeiten auch stammen mögen, sie sind nicht unüberwindlich. Der Erfolg ist auch hier weitgehend das Produkt aus Können und aufgewandter Mühe und ausdauernder, zäher Arbeit. Hier zeigt sich aber auch, daß Heil-Beschäftigung und Heil-Erziehung voneinander untrennbar sind, sich gegenseitig ergänzen und unterstützen; ja, man kann sagen, daß die Beschäftigung nichts anderes darstellt, als einen Teil der Erziehungsarbeit. Und schließlich ist ja auch alle Psychotherapie nichts anderes, als eine Erziehung des Kranken mit dem Ziele, ihm den Willen und die Kraft zu einer geordneten und nützlichen Selbstführung wieder zu verschaffen.

Zwangsmittel zur Erzielung der Beschäftigung wenden wir grundsätzlich nicht an, und wir brauchen sie auch nicht. Es ist uns nachgesagt worden, wir isolierten die Kranken oder entzögen ihnen das Essen, wenn sie nicht arbeiten wollten. Mit derartig plumpen Mitteln würden wir nicht weit kommen. Über unsere kurzen Isolierungen werde ich später noch zu sprechen haben; sie kommen logischerweise nur zum Schutze der Umgebung gegenüber störenden oder gefährlichen Kranken in Betracht. Eine Isolierung wegen Arbeitsverweigerung würde gar keinen logischen Sinn haben als den der Strafe. Keiner, der die Mentalität unserer Anstaltskranken kennt, wird sich aber einbilden, daß — wenn wirklich einmal ein Paranoider oder Katatoniker oder Schwachsinniger die Arbeit verweigert — eine Isolierung von höchstens 30 Minuten, wie wir sie allein anwenden, ihn zur Wiederaufnahme der Arbeit bewegen würde. Was über Entziehung des Essens gesagt wird, ist eine Umdrehung der Wirklichkeit:

Wohl fast alle Anstalten gewähren, wie wir es auch tun, den fleißig sich betätigenden Kranken fühlbare Vorteile und Annehmlichkeiten als Belohnung und zum Ansporn; auch kleine Kostverbesserungen über die normale Verpflegung hinaus gehören zu diesen Vergünstigungen; außerdem gibts für den fleißig und ordentlich sich Benehmenden auch noch andere Vorteile: Tabak, Zigarren, Obst, Backwerk, Süßigkeiten für die Frauen, ferner größere Freiheit und Selbstständigkeit, Verlegung auf geordnetere Abteilungen mit weniger scharfer Aufsicht, Teilnahme an Festlichkeiten und Spaziergängen, an Theater- und Konzertveranstaltungen in der Stadt usw. Etwa zwei Drittel aller Kranken genießen solche Vorteile, die logischerweise dann in Wegfall kommen, wenn sie nicht mehr verdient werden. Denn gerade in solcher zwangsläufiger Rückwirkung des eigenen Verhaltens auf das eigene Wohlergehen und zwar in der spürbaren Rückwirkung, liegt ja das bescheidene Maß von Selbstverantwortung, das wir unseren Kranken in der Anstalt wieder zumessen können und mit dem wir auch das Verantwortungsgefühl für ein freieres Dasein außerhalb der Anstalt wieder wecken und entwickeln können. Unsere Kranken aber für das Leben außerhalb der Anstalt wieder fähig und reif zu machen, ist der Sinn und das Ziel der ganzen Anstaltstherapie, mag uns die Erreichung dieses Ziel für viele unserer Kranken auch nicht gelingen. — Daß, ganz unabhängig von den genannten Vergünstigungen und Zulagen, die im körperlichen und geistigen Zustande des Kranken begründeten Bedürfnisse vom Arzte durch besondere Verordnungen berücksichtigt werden müssen, versteht sich von selbst.

Schwierigkeiten vonseiten der Angehörigen hatten wir bisher wenig. Wohl kommt es in seltenen Fällen vor, daß Angehörige sich schriftlich oder persönlich beklagen, daß ihre Kranken in der Anstalt „arbeiten“ müßten, ausgenützt würden: auch den bekannten, dem Affekt entsprungenen Kraftausdrücken, wie „Zuchthaus“, „Arbeitshaus“ begegnet man hin und wieder. Aber das sind Ausnahmen. Weit überwiegend sind Äußerungen der Angehörigen, die erkennen lassen, daß sie die Beschäftigung der Kranken für gut und zweckmäßig halten und ihrer Genußtuung darüber Ausdruck verleihen, und in denen auch brieflich die Kranken aufgemuntert werden, sich ja recht gut zu führen und fleißig zu sein, damit sie bald wieder entlassen werden könnten. Auch bei den Angehörigen der Kranken höherer Pflegeklassen, die wir in Warstein noch hatten, haben wir keine anderen Erfahrungen gemacht; und dasselbe wird mir neuer-

dings aus einer unserer bekanntesten großen Privatanstalten berichtet. Bezeichnend dafür ist, daß mir, seit unsere Bestrebungen — nicht immer in einer erwünschten Form — auch in der Tagespresse gelegentlich erwähnt werden, zahlreiche Zuschriften aus allen Teilen Deutschlands zugehen, die die Unterbringung von Kranken bei uns gerade deshalb bezwecken sollen, weil man gelesen habe, daß die Kranken bei uns beschäftigt würden, während sie anderswo dauernd im Bette liegen müßten¹⁾. Gegenüber dieser, doch die Regel bildenden Zustimmung lassen wir uns durch die abfälligen Bemerkungen der Uncinsichtigen in unserem Handeln nicht beeinflussen, müssen allerdings hin und wieder darauf Bedacht nehmen, einen schädigenden Einfluß solcher Angehöriger auf die Kranken selbst zu verhüten.

Geringe Schwierigkeiten vonseiten des Personals, bzw. einzelner Mitglieder desselben machten sich nur im ersten Anfange gelegentlich bemerkbar. Sie gingen nie von dem besseren und brauchbareren Teil des Personals aus und haben sich bald ganz verloren, als das Personal selbst erkannte, welch großen beruflichen Vorteil es von der veränderten Einstellung der ganzen Anstalt hatte, von dem angenehmeren Verhalten der Kranken, von der größeren Ruhe und Sicherheit, dem Ausbleiben fast aller häßlichen Szenen und Kämpfe. Ohne verständnisvolle Mitwirkung des Pflegepersonals ist eine erfolgreiche Therapie in der Irrenanstalt nicht zu treiben. Nicht der schroffe, unteroffiziernmäßige Kommandoton führt hier zum Ziele, sondern freundschaftliche Führung und Beratung, und vor allem das werktätige Beispiel des Pflegers. Gerade bei der Arbeit muß das Vorbild des Pflegers aneifernd wirken. Unsere westfälischen Arbeiter, Bauern und Bergleute würden sich niemals durch einen untätig als Aufseher dabeistehenden Pfleger zur Arbeit kommandieren lassen, sondern sich dagegen auflehnen; gemeinsam mit dem Pfleger zu arbeiten machen sie keine Schwierigkeiten. Der Einwand, daß man bei der Mitarbeit die pflichtmäßige Aufsicht nicht ausüben könne und „keine Verantwortung für die Kranken übernehmen“ könne, wird von wirklich erfahrenen und tüchtigen Pflegern — wenigstens bei uns — nie gemacht.

Bezüglich der Art, wie die Kranken beschäftigt werden sollen, ist grundsätzlich Neues nicht zu sagen. Der individuellen Regsamkeit

¹⁾ Ich muß diese Anfragen alle ablehnend beantworten, da die hiesige Provinzialanstalt nur Westfalen aufnimmt und außerdem bisher keine Einrichtungen für Pensionäre bemittelterer Klassen besitzt.

und Erfindungsgabe des Arztes und seiner Mitarbeiter ist hier ein reiches und dankbares Betätigungsfeld geboten. Inbezug auf Beschäftigungsmöglichkeiten bietet die Anstalt Gütersloh nichts, was nicht andere Anstalten — oft schon seit Jahrzehnten — auch hätten, und in der Durchbildung mancher Betriebszweige sind uns ältere Anstalten weit voraus. Eine neue Anstalt hat zunächst immer noch mit den Kinderkrankheiten der Entwicklung zu kämpfen, da ja ausgebildete Fachleute für die einzelnen Betriebszweige zunächst noch ganz fehlen und erst allmählich herangebildet werden müssen. Nicht jeder Facharbeiter (Buchbinder, Weber, Korbmacher usw.) kann in einer Heilanstalt gebraucht werden, da er dazu nicht nur gute Fachkenntnisse besitzen, sondern auch ein tüchtiger Irrenpfleger sein muß, was sich nicht leicht beisammen findet.

Im Vordergrund der Krankenbeschäftigung muß, wie von jeher, die Beschäftigung im Freien, mit Garten- und Feldarbeit, stehen. Ich brauche das hier wohl nicht näher zu begründen. Dazu tritt, als zweitwichtigste Betätigung, die weitestgehende Verwendung von Kranken in der eigenen Hauswirtschaft der Krankenabteilung und der Anstalt, in Küche, Waschhaus, Gutshof, Geflügelzucht, im Bureau- und Verwaltungsbetrieb: was in der Anstalt von einem Kranken selbständig besorgt werden kann, soll kein Gesunder machen; Werkstätten und Handwerkerstuben der verschiedensten Arten besitzen schon lange alle Anstalten. Es gibt kaum ein Handwerk, das in der Anstalt nicht betrieben werden kann. Will man aber den Vorteil der Beschäftigung möglichst vielen Kranken zugänglich machen, dann müssen die Werkstätten möglichst nahe bei den geschlossenen Krankenabteilungen liegen, damit das täglich wiederholte Hin- und Herführen unsicherer Kranker vermieden wird. Es ist deshalb zweckmäßig und sogar notwendig, schon beim Bauentwurf neuer Krankenabteilungen auf diesen Teil der Krankenbeschäftigung Rücksicht zu nehmen, indem man den Kellergeschossen, oder doch zusammenhängenden übersichtlichen Teilen derselben, nicht unter 2,50 m lichte Höhe gibt, genügend hohe und große Fenster vorsieht, auch für unmittelbar vom Hauptraum aus zugängliche Aborte, Wasserentnahmestellen, Heizung usw. sorgt. Wo aus örtlichen Gründen diese Ausgestaltung der Kellergeschosse nicht möglich ist, kann man die Dachgeschosse entsprechend ausbauen. Bei bereits fertigen Gebäuden läßt sich im allgemeinen das Versäumte nur unvollkommen und mit größeren Kosten nachholen. Ich empfinde es auch hier jetzt als großen Nachteil, daß ich beim