

Ludwig Meyer (1827–1900): Forscher, Lehrer und Begründer des «no restraint»

■ H. Kayser

Zürich

Einleitung

Mit Ludwig Meyer soll ein vergessener, aber bedeutender Psychiater der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts gewürdigt werden. Nicht nur die Begründung und Durchsetzung des No-restraint ist sein Verdienst; er war auch ein begnadeter psychiatrischer Lehrer, ab 1866 Inhaber des ersten psychiatrischen Lehrstuhls in Deutschland in Göttingen – zur gleichen Zeit mit Griesinger in Berlin. Seine Auffassungen von der Entstehung, den Erscheinungen und der Dynamik der Geisteskrankheiten sind – für uns heute – erstaunlich modern. Die von ihm geleiteten Anstalten in Hamburg «Friedrichsberg», danach die Heil- und Pflegeanstalt Göttingen, wurden Vorbilder für Deutschland. Er prägte eine Generation von Schülern, unter anderen Ludwig und Otto Binswanger, Begründer und Leiter der privaten psychiatrischen Klinik «Sanatorium Bellevue», in Kreuzlingen. Seine Enkel Hans-Hermann Meyer und Joachim-Ernst Meyer wurden Lehrstuhlinhaber in Saarbrücken und Göttingen.

Lebensbild von Ludwig Meyer

1827 in Bielefeld geboren in einer jüdischen Familie. In Paderborn besuchte er das Jesuitengymnasium. Dort sprach man nur Lateinisch, und so nahm er in sein späteres Leben eine grosse Vorliebe für Latein und Griechisch mit. Bis ins hohe Alter las er in Werken alter lateinischer, medizinischer Schriftsteller, zitierte gerne Horaz. Nach dem Abitur wollte er Baumeister werden. Wegen der schlechten Berufsaussichten gab er nach 5 Semestern dieses Studium in Hagen auf und begann mit dem *Medizinstudium* 1848 in Bonn. Bonn war von den politischen Ereignissen der 48er Revolution geprägt. Er schloss sich einer politisch aktiven Burschenschaft an, zu der Gottfried Kinkel gehörte, Professor für Kunst und Kulturgeschichte. Von ihm erwarb er die Kunst der Rhetorik durch Rezitationsübungen von Shakespeare-Dramen. Diesen Dichter hat er zeitlebens verehrt und sich in seinen Schriften wiederholt auf ihn berufen. Nach dem Scheitern eines bewaffneten «Aufstan-

des» in Elberfeld, sass Meyer 5 Monate in Untersuchungshaft. Er wurde von der Universität relegiert. Kinkel erhielt Festungshaft.

Das *Studium* setzte er 1850 bis 1851 in Würzburg fort, wobei er besonders von Virchow beeinflusst wurde. 1851 wechselte er an die Friedrich-Wilhelm-Universität nach Berlin. Dort betrieb er ausgedehnte Studien bei Johannes Müller, dem Begründer der modernen Physiologie. Seine Dissertation verfasste er über die pathologisch-anatomischen Lungenbefunde von Kranken, die an Tuberkulose verstorben waren. Es folgte eine Arbeit über Cholera. 1853 Abschluss des Medizinstudiums. Er tritt zum evangelisch-lutherischen Glauben über, weil er – wie viele deutsche Juden – wusste, dass eine akademische Laufbahn als Jude unmöglich war. (Diese jüdische Abkunft war vergessen. Erst ab 1934 trafen die Nürnberger Gesetze die Nachkommen.) 1853 – 26jährig, trat er als Assistenzarzt auf die Irrenabteilung der Charité ein – eine Entscheidung, die durch seine angespannte pekuniäre Situation bestimmt war. Eigentlich hätte er in der pathologischen Anatomie seine Laufbahn fortsetzen wollen und sei «gegen seinen ursprünglichen Willen zur Psychiatrie gekommen».

Irrenabteilung der Charité 1853–1858

Professor Karl Ideler (1795–1860) war ein typischer Vertreter der «Psychiker» in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Für Ideler waren Geisteskrankheiten «Ausdruck der despotischen Herrschaft der Leidenschaften, die zur sittlichen Entwürdigung des Menschen führten». Ideler hielt alle körperlich stimulierenden Verfahren für geeignet, eine Gesamtumstimmung des Kranken zu bewirken. Die eigentliche «psychische Behandlung» spielte sich wie folgt ab: Die Patienten standen an der Wand entlang aufgereiht. Die Aufgabe des Assistenten, so auch Meyers, war es, von einem Tisch in der Mitte aus das Geschehen zu beobachten und bei einer beehrungsbedingten Erregung eines Kranken dem Professor zur Seite zu stehen. – Anwendung der Dusche, regelmässiger Turnunterricht und das diätetische Prinzip gehörten zu den körperlichen Behandlungsmethoden. Bei Halluzinationen wurde Brechweinstein-salbe angewendet.

In seinem 1854 – ein Jahr nach dem Eintritt – veröffentlichten programmatischen Erstlingswerk «Die Stimmung und ihre Beziehung zu den Hauptfunktionen des Nervensystems» untersucht er verschiedene Bereiche seelischer Phänomene, vom Magne-

tismus, über die religiösen Wundererscheinungen, bis zu den fantastischen Romanen von E. T. A. Hoffmann. Anhand dieser Beispiele zeigt er, dass die Produktion psychischer Phänomene, ebenso wie die Wahrnehmung durch den Beobachter, «einem ganzheitlich gestaltenden Prinzip» folgen müsse, das er als Stimmung bezeichnet. Phänomene der Stimmungsübertragung und der Stimmungswahrnehmung – wie in der grossen Literatur, in der Musik – seien nicht als physiologische Sinnessensationen der Reizwahrnehmung oder ihrer Verarbeitung zu erklären. Es handle sich vielmehr um integrierende psychische Kategorien. In seiner Auffassung, dass die *Stimmung* die zentrale psychische Kategorie des Seelenlebens darstellt, beruft sich Meyer auf die Schriften Spinozas und auf die Dramen Shakespeares. Ihn hält er für den grössten Psychologen bis heute. Die zeitgenössische dogmatische Psychologie sei dagegen ein «dürres Gerippe». Seine Fallbeispiele werden durch ähnlich lautende Beschreibungen aus Krankengeschichten der Antike, von Hippokrates bis Galen, ergänzt. Die Stimmung definiert er als eine «psychische Kategorie, welche sich in der Breite unterschiedener Affekte wie der Leidenschaft und Wut, bis zur Launenhaftigkeit zeige». Diese Stimmungen sind eine von Vorstellungen unabhängige Kategorie, welche nicht vom Willen beeinflusst werden; sie sind durch die Kriterien von *Lust* und *Unlust* bestimmt (!). Die zugrundeliegende physiologische Aktivität dieser psychischen Kategorie sei eine Eigenaktivität des Gehirns. Wenn die Stimmung die «zentrale Kategorie des Seelenlebens darstellt», mache sich eine krankhafte Veränderung zuerst als *Verstimmung* bemerkbar. Jede langanhaltende Verstimmung, welche fixiert und nicht wieder revidiert werden könne, führe zur *Geisteskrankheit*. Darin liege das entscheidende Moment für ihre *Heilbarkeit*. Wahnvorstellungen, Halluzinationen begriff er dabei als Umbildungsprodukte jener Entwicklung. Ursachen der Verstimmung lägen in einer vererbten Anlage und der Disposition.

In den folgenden Jahren entstanden an der Charité dazu Arbeiten zur Hysterie, Hypochondrie, Pyromanie und Manie. Während seiner 5jährigen Assistenzzeit in der Charité war er mit 14 Veröffentlichungen hervorgetreten. Er habilitierte sich 1858 als Privatdozent und hielt zweimal unentgeltlich Vorlesungen in klinischer Psychiatrie. Dabei äusserte er sich auch erstmals zur Notwendigkeit der *freien Irrenbehandlung*:

Korrespondenz:

Dr. med. Hans Kayser

Seestrasse 59

CH-8002 Zürich

e-mail: drhkayser@bluewin.ch

«... dass die Verhältnisse, unter denen die Geisteskranken in den Anstalten lebten, namentlich die Anwendung der körperlichen Zwangsmittel, sehr wesentlich ihr Verhalten bestimmen müssen. Vieles, was als *Symptom* der Erkrankung gelte, sei *Reaktion* gegen die Härte der Pfleger und Behandlung. Der Entschluss, die Zwangsmittel nach Übernahme einer selbständigen Stellung zu beseitigen stand also bei mir fest.»

1858 wurde Meyer als Oberarzt an die Irrenstation des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg berufen. Die Stadt verlangte die Einstellung eines «tüchtigen und erfahrenen Irrenarztes ... der noch längere Zeit wirken kann». Er erhielt zugleich den Auftrag, das reformbedürftige Hamburger Irrenwesen umzugestalten. Als Meyer die Irrenstation im Jahre 1858 übernahm, befanden sich dort über 500 Geisteskranke, bei einem Gesamtbestand von etwa 900 Kranken des Allgemeinen Krankenhauses. Die Zustände müssen sehr schlimm gewesen sein. Er begann sofort, unterstützt durch zwei Assistenten, mit der räumlichen Umgestaltung der Stationen. Diese Irrenabteilung war ja überfüllt. Dennoch liess er zwei Männerschlafsäle zu Arbeitsräumen umbauen und eine Mattenflechtereieinrichten. Später gab es die Möglichkeit zur Tischler-, Drechsel-, Schuhmacher- und Buchbinderarbeiten. Ebenso wurde ein Arbeitsraum für 20 weibliche Kranke eingerichtet. Die «Tobzellen» im Keller, die mit 12 bis 16 Kranken belegt waren, liess er schliessen, da diese keinen Zugang zu Licht und Luft hatten! In den Räumen der ruhigen Kranken wurden Fenstergitter entfernt, Gartenanlagen geschaffen, damit die Kranken sich dort betätigen konnten. Der andere Schwerpunkt seiner Bemühungen lag in der Verbesserung der Wärsituation. Er erreichte bei der Verwaltung, dass jüngere und intelligente Wärter mit besserer Bezahlung und Aufstiegsmöglichkeiten eingestellt wurden. Mit dem Rückgang von Zwangsmassnahmen wurden die Abteilungen ruhiger. 1861 standen für 560 Kranke nur noch 6 Einzelräume zur Isolierung zur Verfügung. 1864 liess Meyer, «um alle Versuchungen aus dem Wege zu schaffen», sämtliche 150 Zwangsjacken versteigern. – Heirat mit Anna Hübener, Arzt-Tochter in Hamburg.

Die Irrenanstalt Friedrichsberg und ihre Konzeption 1864–1866

Er erreichte bei der Hamburger Behörde, dass der jahrzehntelang verschobene Bau einer eigenen Irrenanstalt vorangetrieben wurde. Er legte eine eigene Konzeption bereits 1860 dem Senat vor. Er legte Wert darauf, dass die Einweisung aufgrund eines ärztlichen Attestes vor allem für die heilbaren und besserungsfähigen Kranken zu gelten habe, lehnte jedoch die Trennung von Heilbaren und Unheilbaren entschieden ab, da er deren wohltuenden Einfluss hoch schätzte: «... eine grosse Zahl jener fleissigen und harmlosen Wesen, die unablässig bestrebt sind, der sie schützenden Anstalt sich dankbar zu erweisen». Die Bürgerschaft stimmte dem von Meyer und dem Architekten Tim-

mermann entworfenen Plan schliesslich zu. Im Oktober 1864 wurde die neue Anstalt «Friedrichsberg» eröffnet. Der Umzug von 200 Kranken verlief völlig reibungslos, was er als Auswirkung der bereits durchgeführten Reformen ansah.

Die Abteilungen waren nach der Art einer Familienwohnung eingerichtet: eigene Wohn- und Schlafräume, eine Kleiderkammer, Tee- und Abwaschküche. Die Kranken konnten sich nach Belieben im Hausgarten bewegen. Es gab vier Abteilungen: In der ersten waren alle ruhigen Kranken untergebracht. Eine klinische Abteilung befand sich direkt im Hauptgebäude und diente als *Aufnahmestation*. Eine weitere Abteilung war das sogenannte «Zellengebäude» für die besonders störenden Geisteskranken; die innere Einrichtung entsprach aber der bequemen häuslichen der anderen Abteilungen. Es gab dann noch eine «Pensionatsanstalt» für die wohlhabenden Klassen. Der grösste Teil der arbeitsfähigen Kranken wurde in den Gärten der Anstalt beschäftigt. Handwerker erhielten Arbeitsmöglichkeiten in den Magazinen. Die Arbeitszeit betrug im Winter sechs, im Sommer acht Stunden. Im ganzen arbeiteten von den 230 Kranken sogar 190 Kranke! Es gab einen grossen Festsaal im Mittelbau, eine Bibliothek mit Lesesaal, ein Musikzimmer und eine Kegelbahn. Mit der Aufgabe der Zwangsbehandlung, auch unter den räumlich viel ungünstigeren Verhältnissen der Irrenstation St. Georg, hatte Meyer den Beweis erbracht, dass die Durchführung des No-restraint prinzipiell möglich sei. Friedrichsberg war somit die erste deutsche Anstalt, die ohne Zwangsmittel auskam.

1861 reiste Meyer – wie viele andere Psychiater seiner Generation – nach England, um das dortige Irrenwesen zu studieren. Dort gab es ja bereits eine 20jährige Tradition des No-restraint, die Conolly (1794–1866) begründet hatte. Beeindruckt war Meyer durch die Tatsache, dass die Diskussion darüber in England längst abgeschlossen war. 1863 veröffentlichte Meyer den Aufsatz «Das No-restraint und die deutsche Psychiatrie». Griesinger anerkannte erst in der zweiten Auflage seines Lehrbuches «Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten» (1861) das No-restraint, nach einem eigenen Besuch in England, als Voraussetzung für eine Reform der Irrenanstalten in Deutschland. Dies war im übrigen die einzige öffentliche Würdigung Griesingers gegenüber Meyer. Warum hatte sich das No-restraint in England durchsetzen können, und zwar 20 Jahre vor Deutschland und Frankreich? Meyer, der die Statistiken genau verfolgte, betonte, dass es in England schon früh staatliche Kontrollorgane gegeben hatte. «Der grösste Vorzug dieses Landes, nämlich seine Fähigkeit zur öffentlichen und rücksichtslos klaren Berichterstattung aller das Gemeinwesen betreffenden Schäden», die Berichte der «lunacy commissioners», mit den folgenden Diskussionen in Presse und Parlament bewirkten schliesslich, dass die Reformen dort durchgesetzt werden konnten. Die Schwäche des deutschen Irrenwesens verrate sich gerade darin, dass solche Missstände nicht zugegeben, oft gar nicht als solche erkannt wurden. Die sogenannte «Auf-

sicht» über Irrenanstalten blieb Gerichtsärzten überlassen, die sich um die wirklichen Zustände nicht kümmerten. In Deutschland ging der Streit um «das absolute oder relative No-restraint» weiter. Deutschland hatte die schlechteste Versorgungsstatistik, dazu mit der grössten Zahl von Zwangsbehandlungen: Das Verhältnis von hospitalisierten Kranken auf die Einwohnerzahl sah wie folgt aus: In Deutschland: ein hospitalisierter Kranker auf 3100 Einwohner! In England: ein hospitalisierter Kranker auf 620 Einwohner! So bestätigt sich die von Conolly formulierte These, dass Zwang die Folge von Vernachlässigung sei.

Weil an der Jahresversammlung des «Vereins der deutschen Irrenärzte» in Kassel 1878 das No-restraint auf die Tagesordnung der Sitzung gesetzt worden war, verweigerte Meyer eine Wiederwahl zum Vorstand und trat aus dem Verein aus. Er forderte für eine wissenschaftlich aufgeklärte Psychiatrie die Wiedereinführung des ärztlich-hippokratischen Prinzips. Die entscheidende Schlüsselrolle für die Verzögerung der Reformen liege im philosophischen Dogmatismus der deutschen Psychiatrie, die in ihren unbewussten Anschauungen mit dem «historischen Gefängniserbe» verwurzelt geblieben sei.

Ordinarius für Psychiatrie und Direktor der Irrenanstalt Göttingen 1866–1900

Nach nur zwei Jahren Friedrichsberg wird Meyer als Ordinarius auf den ersten psychiatrischen Lehrstuhl in Göttingen berufen. Er tritt gleichzeitig die Leitung der Irrenanstalt an, die 430 Betten aufwies. Versorgungsgebiet war der südliche Teil von Hannover. Als erstes richtete er eine Aufnahme- und Beobachtungsstation ein, wie in Friedrichsberg, die *klinische Abteilung*. Diese lag im Erdgeschoss des Direktoriiumsgebäudes. Sie enthielt für 25 Kranke einige Drei- bis Fünfbettzimmer. Es gab ein Überwachungszimmer, dessen Tür stets geöffnet war. Die Zellenabteilung liess er so sanieren, dass dicke Fensterscheiben zum Lüften eingesetzt wurden, aber ein Entweichen unmöglich war. In der «Pensionatsabteilung für die besseren Stände» gab es Zimmer für 32 Kranke. Am Mittagstisch nahmen auch die Assistenzärzte teil. Wegen der zunehmenden Überfüllung in den hannoverschen Anstalten Hildesheim, Osnabrück, bekam Meyer die Möglichkeit, 100 Plätze für männliche Kranke durch Neubauten zu schaffen. Nach dem Vorbild der Anstalt Friedrichsberg entwarf er das Konzept der sogenannten Villen, mit Wohnräumen, kleineren Zimmern, ein grosses erkerartiges Gartenzimmer. 1884 wurde die erste, 1888 die zweite Villa eröffnet. Er legte grössten Wert auf die *Arbeitsbeschäftigung* der Kranken. Da der grösste Teil der Landbevölkerung angehörte, wurden die männlichen Kranken im Acker- und Gemüsebau der Anstalt beschäftigt. Es gab sieben Hektar Land, mit Anstaltsgärtner, einen grossen Kuh- und Schweinestall, vier Pferde. In der Schuhmacherwerkstatt wurde das gesamte Schuhwerk der allgemeinen Patienten angefertigt, es gab auch eine Schneider- und Tischlerwerkstatt. Im Näh- und Schneiderzimmer

stellten Frauen sämtliche Kleider her. Es gab eine grosse Bibliothek mit deutscher, englischer und französischer Literatur; einmal im Monat fand ein Konzert mit Tanz statt, im Sommer ein Gartenkonzert.

Allgemeine Grundsätze der Anstaltsbehandlung

«Erfolge und Misserfolge in der Behandlung der Geisteskranken hängen von den ihnen zugrunde liegenden ärztlichen Anschauungen ab, über deren Richtigkeit allein die Antwort der Kranken entscheidet!» Der erste therapeutische Grundsatz: Bei Geisteskranken muss im besonderen Masse auf eine unbedingte rücksichtsvolle, höfliche und freundliche Umgangsform geachtet werden. Umgekehrt sei alles zu vermeiden, dass den Kranken in eine innere Bedrängnis bringt, aufgrund von Schuldzuweisung und Strafandrohung, denn dies verbinde sie aufs innigste mit den gleichlautenden Inhalten ihrer krankhaften Vorstellungen in Wahnideen, Sinnestäuschungen und aggressiven Impulsen. Geisteskranken brauchen im besonderen Masse einen psychischen Schutz. Sie finden diesen oft in ihrer scheinbaren geistigen Abstumpfung. Man solle ihnen den gewünschten Rückzug gewähren. Ihre scheinbare «Abstumpfung», auch ihre Gutmütigkeit, helfe ihnen in den unvermeidlichen Reibereien, so dass ein Einschreiten des Pflegepersonals nur in seltenen Fällen notwendig wurde. Alle Anordnungen müssten vermieden werden, die an eine Bestrafung erinnerten. Auf diese Weise sei es während der 25 Jahre zu keinen schwereren Konflikten mit gefährlichen Verletzungen gekommen. Die Bettruhe wurde besonders bei Erstaufnahmen verordnet. So erhielten sie den Eindruck, in einem normalen Krankenhaus zu sein. Das wesentliche Phänomen, nämlich das eigenständig Triebhafte des Selbstmordverlangens als «reiner Selbstzerstörungstrieb» sei nicht nur schwer erklärbar, sondern auch kaum therapeutisch beeinflussbar. Aus dem äusseren Verhalten könne nicht auf eine Selbstmordabsicht geschlossen werden, da die Kranken es verstünden, zu dissimulieren. Er verzichtete bewusst auf ein eigenes Überwachungszimmer für suizidale Kranke, was eine zusätzliche Ängstigung bedeutet hätte. In 25 Jahren sind nur 13 Suizide vorgekommen – weniger als ein Viertel der allgemeinen Selbstmordrate in der Aussenbevölkerung! Eine Unterscheidung zwischen «krankhaft bedingtem Selbstmord» und einem Selbstmord aus «freiem Entschluss» hielt Meyer für wenig sinnvoll.

Die medikamentöse Behandlung

Meyer war von der Nützlichkeit einer medikamentösen Behandlung im Sinne einer symptomatischen Beeinflussung des Krankheitsverlaufes überzeugt. Opium gab es bei Angst- und Erregungszuständen und bei langdauernder Melancholie. Bromkalium kam zur Kupierung manischer Anfälle und als Hypnotikum bei Schlafstörungen zur Anwendung. Über Meyers Einstellung und Einsatz für das Pflegepersonal berichtet Otto Binswanger, als ehemaliger Assistenzarzt in Göttingen während der 70er Jahre, das fol-

gende: «Das Pflegepersonal verehrte in Ludwig Meyer den strengen, aber gerechten und wohlwollenden Direktor, welcher fortdauernd bemüht war, die materielle Lage des Pflegepersonals zu heben. Sein Umgang geschah vorbildlich in einer ruhigen und bestimmten Art. Ein einziges Mal habe ich Meyer in einem heftigen Zorn erlebt, als ein Wärter einen Kranken misshandelt hatte.» Aus der Familie Binswanger wird die folgende Geschichte berichtet: Als ein erregter Kranker auf Meyer bei einer Visite mit gezücktem Messer zustürzte, sagte er ruhig und bestimmt: «Strecken Sie die Zunge heraus.» Der Kranke gehorchte und konnte vom Personal überwältigt werden.

Die Methode des psychiatrischen Unterrichts

Die Psychiatrie war bis 1906 kein Prüfungsfach. Meyer legte aber als Ordinarius grössten Wert auf einen klinischen Unterricht. Es kamen in die – relativ abgelegene – Anstalt 20 bis 30 Medizinstudenten, bei einer Gesamtzahl von ungefähr 200. Die Vorlesungen an der Universität ergänzte er, den Wünschen der Studierenden entsprechend, durch eine fortlaufende Vorlesung mit Falldemonstrationen in der Heilanstalt. Diese wurde als eine Art «Kompaktkurs» von vier Stunden Dauer einmal wöchentlich angeboten. Nach einer Stunde theoretischer Vorlesung folgte ein halbstündiger Rundgang, wobei die wesentlichen Punkte der Vorlesung an einzelnen geeigneten Patienten hervorgehoben wurden. Durch diese Rundgänge hatten die Studierenden Gelegenheit, auf unbefangene Weise die Kranken zu beobachten, mit ihnen zu sprechen.

Als «psychiatrische Klinik im eigentlichen Sinne» bezeichnete Meyer das sich nun anschliessende zweistündige *Praktikum*. Ein Kranker wurde einem Studierenden zur Untersuchung und Exploration übergeben. Bei der anschliessenden Besprechung sollte das Krankheitsbild nach seinen verschiedenen Kriterien, wie die «Verbindung zum Normalen», Diagnose, Prognose und Therapie, beschrieben werden. Der klinisch-psychiatrische Unterricht wurde das wichtigste Forschungsinstrument und nahm eine zentrale Stellung ein, die bisher dem No-restraint gegolten hatte. Dieser Unterricht stellte das Bindeglied dar, über welches die Irrenheilkunde sich zu einer gleichberechtigten Wissenschaft, innerhalb der übrigen medizinischen Wissenschaften, entwickeln konnte. Dieses wissenschaftliche Anliegen war der Ausgangspunkt für die Zusammenarbeit zwischen Meyer und Griesinger und führte 1867 zur Gründung des «Archivs für Psychiatrie».

Aufnahmebedingungen für Kranke

Bisher war es möglich, dass die Kranken freiwillig oder mit einem ärztlichen Zeugnis ohne Schwierigkeiten eintreten konnten. 1877 erliess die hannoversche Regierung ein Reglement, das die freiwillige Aufnahme überhaupt ausschloss. Es konnte ein Geisteskranker grundsätzlich nur durch behördliche Vermittlung eintreten, welches die Zustimmung der nächsten Verwandten oder Vormünder erforderte. Der Kranke wurde einvernommen; danach wurde der Kreisarzt zugezogen, der

erst dann den Aufnahmeantrag für die zuständige Anstalt stellen konnte. Dieses bürokratische Aufnahmereglement verursachte eine unverantwortbare Verzögerung für dringend behandlungsbedürftige Fälle, die mehr als drei Wochen dauerte. Meyer wies in seinen Anstaltsberichten jedes Mal kritisch darauf hin. Vor allem würden die Grundlagen für eine freiwillige Behandlung untergraben. 1891 stellte er den Antrag, eine «Aufnahmestation für Geisteskranke und Neurosen», direkt im Klinikum der Universität, zu errichten, berechnet für 36 Kranke. Diese Station sollte sich ausschliesslich dem psychiatrischen Unterricht widmen. Weil es in der Anstalt kein eigenes Auditorium gab, musste der Unterricht in Nebenzimmern abgehalten werden! Meyer wehrte sich gegen den Ausdruck «Provinzial-Irrenanstalt». Er würde den Ausdruck «Heil- und Pflegeanstalt» vorziehen. Leider hätte sich der Abscheu des Publikums gegen alles, was Irrenanstalt heisst, in den letzten Jahren noch gesteigert.

Allgemeine Lehre und Systematik der Geisteskrankheiten

Aus didaktischen Gründen unterteilte Meyer die Geisteskrankheiten in die Gruppe der affektiven Geistesstörungen mit Manie und Melancholie, und deren Übergängen zu den Neurosen und Hypochondrie. Zur «Dementia» rechnete er – neben dem angeborenen Idiotismus – auch die im heutigen Sprachgebrauch geltenden *chronifizierten Psychosen*.

Der mechanisch-zergliedernden Betrachtungsweise der psychischen Reflexlehre von Griesinger setzte er seine Auffassung über die einheitliche Wirkungsweise des Nervensystems entgegen: Das gemeinsame Zusammenspiel der Gefühls-, Denk- und Bewegungssphäre zum Zwecke einer bestimmten Handlungssituation, die er am Beispiel der motorischen Entwicklung des Kleinkindes erörterte. Damit stellte er die Bahnung innerhalb des Nervensystems durch Lernprozesse in den Vordergrund.

Wahnvorstellungen entstehen durch den Ausfall oder die Störung der Resistenz des allgemeinen Nervensystems, das im akuten Stadium zur Bildung psychiatrischer Symptome im Sinne der affektiven Geisteskrankheiten führt. Die «untrennbare Einheit der Seele» impliziert stets eine Störung sämtlicher psychischer Funktionen wie Empfinden, Vorstellen und Wollen. Deswegen sei eine nosologische Klassifizierung nach einzelnen hervorstehenden psychiatrischen Symptomen unnötig. Die Heredität hielt er für einen bestimmenden Faktor.

Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Forschungsarbeit

Die progressive Paralyse und ihre Behandlung

1867 trat er mit einer Arbeit «Die Veränderungen des Gehirns in der allgemeinen progressiven Paralyse» als erster Forscher hervor. Danach war die Dementia paralytica als chronische Leptomeningitis und chronische Enzephalitis von ihm in vielen histopathologischen Untersuchungen nachgewiesen. Eine Therapie des entzündlichen Charakters der luetischen Hirnerkrankung war kaum möglich.

Das zirkuläre Irresein

Unter der Voraussetzung einer eigenständigen, zyklisch verlaufenden Geisteskrankheit bewertete er die Aufeinanderfolge von Manie und Melancholie als psychische Reaktion des jeweiligen Zustandes aus dem vorangegangenen. Er wandte sich gegen die traditionelle Auffassung als entgegengesetzte Krankheitszustände. Er beschrieb Übergänge, Vermischungen von manischen und melancholischen Bildern, die sich nicht nach einem psychoreaktiven Gesetz erklären lassen konnten. In seinen Arbeiten gab er anschauliche Fallbeispiele. Sie zeigen sein psychiatrisches Interesse, aber auch die therapeutische Einstellung, mit der er diesen Geisteskranken gegenübertrat. Seine Art der Krankenbeschreibung wahrt deren persönliche und moralische Integrität: Er würdigt ihre krankheitsbedingten Inszenierungen mit Anteilnahme und Humor als *kreative Leistungen*.

Meyer als forensischer Gutachter

Meyer war der erste Psychiater in Deutschland, der als Lehrstuhlinhaber regelrechte psychiatrische Vorlesungen für die Studenten der *Jurisprudenz* einführte. Sie fanden mit Krankendemonstrationen einmal wöchentlich in der Irrenanstalt Göttingen statt. Ziel war es, die Kluft der Feindschaft zwischen Psychiatrie und Gerichtsbarkeit durch eine anschauliche und sachliche Annäherung zu überwinden. 1869/70 verfasste er eine Stellungnahme zur Novelle des preussischen Strafrechtes. Es ging um Sexualdelinquenten, Fälle von Totschlag, Brandstiftung. Er wurde in vielen Prozessen als Sachverständiger von verschiedenen Schwurgerichten beigezogen. Seine Auffassung lautete wie folgt: «Es wird mein stetes Bestreben bleiben, die durch Kollisionen mit dem Gesetze zwiefach

unglücklichen Geisteskranken vor der unverdienten Schmach einer Verurteilung und ihren hier unbeschreiblich harten Folgen zu bewahren.»

Für die Gesetzesnovellierung verfasste er eine Einteilung in «Täter bei Unzurechnungsfähigkeit» und Täter mit «verminderter Zurechnungsfähigkeit». Er wehrte sich dagegen, dass geisteskranken Verbrecher in den Provinzial Heilanstalten mit anderen Kranken untergebracht würden. Er forderte dafür eigene Anstalten oder Gefängnisabteilungen unter psychiatrischer Leitung. Es gab die «private Familienpflege». Er setzte sich auch für «Irrenkolonien» nach englischem Vorbild ein.

Die besondere Situation der staatlichen Irrenpflege

1889 nahm er letztmals zum Stand der deutschen Irrenpflege öffentlich Stellung. Das rückständige Niveau der Irrenfürsorge in Deutschland sei mit dem Ansehen dieser Kulturnation unvereinbar. Die grosse Mehrzahl der Geisteskranken würde vernachlässigt. Eine Hoffnung, auch im internationalen Vergleich diesen Widerspruch zu überwinden, setzte er auf den inzwischen erreichten Vorsprung des akademisch-psychiatrischen Unterrichts, von dem er sich eine wirksame Beeinflussung der öffentlichen Meinung versprach. Neben dem Unterricht lag der zweite Schwerpunkt in seinem Einsatz für die Umgestaltung der konservativen Anstaltspsychiatrie. Eine Verwirklichung seiner praktischen Ideen vom No-restraint gelang erst 1874 mit der Irrenanstalt in Marburg, die nach seinen Plänen erbaut wurde und den kustodialen Anstaltscharakter völlig verloren hatte. Er wurde häufig als Sachverständiger für Neubauten beigezogen, so auch für viele Schweizer Anstalten.

Als Wissenschaftler war er mit pathologisch-anatomischen Arbeiten ausserordentlich produktiv. 70 Arbeiten erschienen im «Archiv». Er war ein begnadeter klinischer Lehrer, der die Begabung hatte, klinische ätiologische Gesamtzusammenhänge in seinen klinischen Falldarstellungen zu erfassen. Die Menschengüte, die ihn für jeden einzelnen seiner Kranken beseelte, war so gross, dass auch die Angehörigen der Kranken ihn nicht selten um Rat in ihren eigenen Angelegenheiten fragten. Ungerechtigkeiten duldete er nicht. Berichtet wird von 14täglichen Sitzungen bei sich zu Hause, wo von Wissenschaftlern abwechselnd Vorträge gehalten wurden. Er kannte Gebiete der Kunst, Geschichte und Philosophie genau, wobei ihn ein ausgezeichnetes Gedächtnis unterstützte. In seiner Grundanschauung hielt er an dem traditionellen philosophischen Postulat von der Einheit der Seele fest. Der Begriff der Stimmung, als einer Grundaktivität der Seele, war zentral. Den einzelnen psychopathologischen Erscheinungen mass er keinen Krankheitswert zu; es handle sich hier lediglich um «angepasste Umformungen des Denken's und Wahrnehmen's». Hier ist sein gestalterfassendes Denken und Wahrnehmen hervorzuheben, verknüpft mit einer ästhetischen Auffassung, welche sich auch der Mittel literarischer Darstellung bediente, um das intuitiv «Vernünftige» des Krankheitsverhaltens hervortreten zu lassen. Sein Menschenbild wurzelt im humanistischen Erbe der jüdischen Aufklärung, wie sie von Moses Mendelssohn vermittelt wurde. Er starb 1900 an einer Angina pectoris.

Ludwig Meyer soll als bedeutender Forscher, Lehrer und Reformator des Anstaltswesens in Erinnerung bleiben!