

Aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Tübingen

Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik

Komm. Leiter: Professor Dr. A. Batra

Sektion Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Leiter: Professor Dr. K. Foerster

**Die Begutachtung verfolgungsbedingter Störungen von
Holocaustüberlebenden im Rahmen von
Verschlimmerungsanträgen**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Martina Veas
aus
Donaueschingen

2010

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. K. Foerster

2. Berichterstatter: Professor Dr. M. Günter

INHALTSVERZEICHNIS

1	<i>EINLEITUNG</i>	1
1.1	Geschichte der Begutachtungspraxis	2
1.1.1	Ende 19. Jahrhundert bis Zweiter Weltkrieg	2
1.1.2	Nach Ende des Zweiten Weltkriegs	6
1.1.3	Um die Jahrtausendwende	13
1.2	Gesetzliche Grundlage - Das Bundesentschädigungsgesetz	14
1.2.1	Vorläufergesetze	14
1.2.2	Inhalt.....	15
1.2.2.1	Voraussetzungen eines Rentenanspruchs.....	15
1.2.2.2	Das Verschlimmerungsverfahren im BEG	17
1.3	Ziel der Dissertation	17
2	<i>MATERIAL UND METHODEN</i>	19
2.1	Gutachten	19
2.1.1	Hintergründe.....	19
2.2	Patientengut	20
2.3	Methoden	20
2.3.1	Erhebungsbogen	20
2.3.2	Auswertungskriterien	24
2.3.3	Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS).....	27
2.3.4	Statistik.....	31
3	<i>ERGEBNISSE</i>	32
3.1	Überblick über das Datenmaterial	32
3.1.1	Größenordnung und Fragestellung.....	32
3.1.2	Aufbau der Gutachten	33
3.1.3	Länge der Gutachten.....	34
3.1.4	Zeitpunkt der Gutachtenerstellung.....	35
3.1.5	Auftraggeber der Gutachten, beauftragter Gutachter	37
3.2	Personenbezogene Angaben	37
3.2.1	Geschlechtsverteilung	37
3.2.2	Alter zum Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags: mittleres Alter und Altersverteilung.....	38

3.2.3 Familienstand	39
3.2.4 Kinder	42
3.2.5 Beruf	44
3.2.6 Herkunftsländer	47
3.2.7 Alter zum Zeitpunkt des Verfolgungsbeginns: mittleres Alter und Altersverteilung.....	49
3.2.8 Deportationsorte	50
3.2.9 Verfolgungsdauer: Durchschnitt und Verteilung	52
3.2.10 Verluste	53
3.2.11 Emigrationsländer.....	55
3.2.12 Verfolgungsbedingte Störungen: Diagnosen und Häufigkeitsverteilung.....	56
3.2.13 Verlaufsentwicklung der verfolgungsbedingten Störungen: Ergebnis.....	61
3.2.14 Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung (nach Verfolgungsende) und zum Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags: Vergleich anhand des BSS	63
3.2.15 Progredienzfaktoren	70
3.2.16 Therapiemaßnahmen	73
3.2.17 Suchterkrankungen, Essstörungen.....	75
4 DISKUSSION.....	76
4.1 Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit vorangegangenen Untersuchungen.....	76
4.1.1 Gesundheitsstörungen	76
4.1.1.1 Vertrauensärztliche Erstbegutachtung	76
4.1.1.2 Verfolgungsbedingte Störungen.....	77
4.1.1.3 Verlauf der verfolgungsbedingten Störungen: Progredienz, Rückbildung, statischer Verlauf; Salutogene und Progredienzfaktoren	79
4.1.1.4 Therapiemaßnahmen	83
4.1.2 Verfolgungsumstände.....	84
4.1.2.1 Alter bei Verfolgungsbeginn	84
4.1.2.2 Verfolgungsdauer	84
4.1.2.3 Verlusterlebnisse.....	85
4.1.2.4 Emigrationsländer	86
4.1.3 Soziologische Merkmale.....	86
4.1.3.1 Beruf.....	87
4.1.3.2 Familienstand	88
4.1.3.3 Kinder	88
4.2 Schlussbemerkung.....	89
5 ZUSAMMENFASSUNG.....	90

6	LITERATURVERZEICHNIS.....	92
7	TABELLENVERZEICHNIS.....	94
8	ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	95
9	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	97
10	DANKSAGUNG.....	98
11	CURRICULUM VITAE	99

1 EINLEITUNG

Ziele des in den Jahren 1933 bis 1945 in Deutschland herrschenden nationalsozialistischen Terrors waren neben Juden, Roma und Sinti sowie politischen Gegnern generell Minderheiten wie psychisch Kranke, Behinderte oder Menschen anderer Religionen.

Die als „artfremd“, „Parasiten“ oder „Volksschädlinge“ angesehenen Personen wurden ausgegrenzt, diskriminiert, gehetzt und verfolgt, schließlich in Zwangsarbeits- und Konzentrationslager verbracht.

Die Internierung in den Lagern war durch Schwerstarbeit, Misshandlungen, Hunger, Entwürdigung und unmenschliche Lebensverhältnisse geprägt. Viele der Häftlinge fanden dort den Tod.

Bei der Mehrzahl der Überlebenden des Nazi-Terrors hatte die Lagerhaft physisches und psychisches Trauma unvorstellbaren Ausmaßes als Spätschäden bewirkt.

Während die erlittenen Gesundheitsschäden auf körperlichem Gebiet Gegenstand der Entschädigungspolitik im Nachkriegsdeutschland werden sollten, war dagegen für die psychischen Störungen, wie bis dato ausnahmslos praktiziert, keine Berücksichtigung in dieser Hinsicht vorgesehen. Für die damals gültige soziale Gesetzgebung galten psychische Traumata infolge von Unfällen oder Kriegseinwirkungen als nicht entschädigungswürdig.

Mit dem Ende des Zweiten Weltkriegs sahen sich jedoch die Öffentlichkeit wie auch die Gutachter und Therapeuten zum ersten Mal in der Geschichte „mit einer Qualität seelischer Störungen konfrontiert, die zuvor in so extremem Ausmaß niemals beobachtet worden waren“ (3).

Diese neu aufgekommene Problematik schürte abermals die bereits zum Ende des 19. und dem Beginn des 20. Jahrhunderts lebhaft diskutierte Kontroverse um die Existenz „psychischer Dauerschäden nach extremen Lebensbedingungen“ (8).

Die genauen Hintergründe dieser Diskussion und die historische Entwicklung der Thematik werden im Folgenden näher erörtert.

1.1 Geschichte der Begutachtungspraxis

1.1.1 Ende 19. Jahrhundert bis Zweiter Weltkrieg

Die Grundlage der Entschädigung physischer und psychischer Störungen nach traumatischen äußeren Ereignissen stellt die durch Otto von Bismarck 1884 in Deutschland eingeführte gesetzliche Unfallversicherung dar.

Von diesem Zeitpunkt an wurden Nervenärzte zunehmend damit beauftragt, Unfallopfer zu begutachten. Im Rahmen dieser Gutachtertätigkeit stießen sie immer wieder auf psychische und nervöse Störungen, für die auf organischer Ebene keine Ursache zu finden war.

Auf diese Erfahrungen aufbauend entwickelte der Berliner Neurologe Hermann Oppenheim seine Lehre der „traumatischen Neurose“. Diese Lehre sah die Ursache der psychischen Störungen auf organischem Gebiet, nämlich in „mikrostrukturellen, befundmäßig aber nicht fassbaren Hirngewebsläsionen“ (13).

25 Jahre lang stellten die Anschauungen Oppenheims die herrschende Lehrmeinung dar, bis schließlich in den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg zunehmend Zweifel daran aufkamen und die Lehre mehr und mehr als umstritten galt.

Unter den Kritikern Oppenheims fand sich der Neurologe Adolf von Strümpell, der „in den sog. traumatischen Neurosen in erster Linie bewusst vorgetäuschte Störungsbilder ohne Krankheitscharakter“ (13) sah. Der Begriff der „Rentenkampfhysterie“ geht ebenfalls auf ihn zurück.

Mit dem Ersten Weltkrieg rückten die so genannten „Kriegszitterer oder Kriegsneurotiker“ (8) in das Bewusstsein der Öffentlichkeit. Hiermit wurden Soldaten bezeichnet, die infolge traumatischer Kriegseinsätze schwere psychogene Symptomkomplexe und Verhaltensänderungen aufwiesen.

Die Diskussion um die Ätiopathogenese solch psychischer Erkrankungen erhielt hierdurch eine erneute Brisanz.

Nonne und Gaupp sprachen diesen als Kriegsneurose bezeichneten Krankheitsbildern einen „wunschbedingt-tendenziösen Charakter“ (13) zu und hielten sie für „psychogene Reaktionen, denen sie (...) den Krankheitswert absprachen“ (8).

Auf der Tagung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte im Jahre 1916 waren es schließlich Nonne und Gaupp, die sich gegen Oppenheim durchsetzen konnten. (8)

Die „Abkehr von den mechanistisch-anatomischen Anschauungen Oppenheims“ (13) und die „Anerkennung der Kriegsneurose als psychogene Reaktion“, somit also einer seelischen Bedingtheit, „war (...) bahnbrechend“. (8) Trotz dieses Durchbruchs fanden die Entschädigungsansprüche der psychisch angeschlagenen Kriegsheimkehrer keinerlei Berücksichtigung. „Eine Entschädigung für psychogene Reaktionen war politisch nicht gewünscht und passte nicht in das gesellschaftliche und kulturelle Klima“. (8)

Stattdessen sprach man den Kriegsneurosen den Krankheitswert ab, legte ihnen eine psychopathische Genese zugrunde und sah in ihnen „abnorme Reaktionen minderwertiger bzw. vorbelasteter Persönlichkeiten“, die von „Selbsterhaltungs- und Sicherungswünschen getragen“ (14) wurden.

Die folgenden Nachkriegsjahre führten zu einer Fortsetzung sowie Vertiefung dieses Denkens, so dass es für die Betroffenen im Nachhinein besser gewesen wäre, hätte sich Oppenheim mit seiner Lehre der organisch bedingten traumatischen Neurose durchgesetzt. Von dieser Grundlage ausgehend, hätten die Kriegsversehrten, wie andere körperlich Geschädigte auch, mit einer Wiedergutmachung rechnen können.

So aber formulierte zum Beispiel Kurt Schneider seine These, wonach „seelische Störungen nach psychotraumatischen Einwirkungen (...) grundsätzlich nach Wochen, äußerstenfalls Monaten (abklingen)“. (14) Persistieren diese weiter, so sind die Ursachen, laut Schneider, in einer psychopathischen Konstitution, vor allem aber in Begehrungsvorstellungen zu suchen.

Reichardt sah in den Kriegsneurosen Entschädigungsreaktionen, deren tragendes Motiv der Wunsch nach Rente sei. (13) Bonhoeffer und His, die ähnlicher Auffassung waren, verdeutlichten dies, indem sie „(...) in den Unfallneurosen Wunschreaktionen ohne Krankheitswert (sahen) mit dem Ziel, aus Versicherungsinstitutionen, öffentlichen Einrichtungen oder Prozessgegnern einen möglichst großen materiellen Gewinn zu erzielen“ und „die sich bei asozialen, ethisch minderwertigen und psychopathischen Persönlichkeiten entwickelten“. (13)

Weiter vertrat Bonhoeffer die Ansicht, dass eine Neurose als Unfallfolge deshalb nicht rentenpflichtig sei, da der menschliche Organismus nach psychischen Belastungen eine praktisch unbegrenzte Ausgleichsfähigkeit aufweise. Aus diesem Grund sei eine dauerhafte Erwerbsminderung infolge einer Unfallneurose auch nicht vorstellbar. (5)

Im Versicherungsrecht wurden daraufhin aus diesen inzwischen zur herrschenden Lehre gewordenen Anschauungen die Konsequenzen gezogen. Dies bedeutete, dass bei Unfallneurosen fortan ein ursächlicher Zusammenhang mit dem Unfall oder einer Kriegseinwirkung verneint wurde. (13) Mit der Grundsatzentscheidung des Reichsversicherungsamtes über die „medizinische und rechtliche Bedeutung von traumatischen Neurosen“ vom 24.09.1926 wurde diese Verfahrensweise verbindlich.

In dieser heißt es, dass „ein Unfall dann nicht als wesentliche Ursache für die Erwerbsminderung eines Verletzten anzusehen sei, wenn diese ihren Grund lediglich in der Vorstellung des Versicherten krank zu sein oder in mehr oder minder bewussten Wünschen habe. Eine wesentliche Ursache sei auch dann nicht anzunehmen, wenn der Versicherte sich aus Anlass des Unfalls in den Gedanken krank zu sein hineingelebt habe, oder wenn die sein Vorstellungsleben beherrschenden Wünsche auf eine Unfallentschädigung abzielen, oder die schädigenden Vorstellungen durch ungünstige Einflüsse des Entschädigungsverfahrens verstärkt sind“. (13)

Kritiker dieser Auffassung entgegneten jedoch, dass man den von Unfallneurosen Betroffenen nicht grundsätzlich Begehrungsvorstellungen als

treibende Kräfte unterstellen könne. (13) Forderungen nach Änderung der Gesetze wurden laut. Doch reichten diese letztendlich nicht aus, um die skizzierte Lehrmeinung zu ändern.

Einen immensen Einfluss auf diese Lehrmeinung hatte auch das 1939 erschienene und durch Dansauer und Schellworth verfasste Buch „Neurosenfrage, Ursachenbegriff und Rechtssprechung“. Laut diesem „(könne) es gar keine kausalen Beziehungen zwischen äußeren Ereignissen und psychischen Folgen geben, da Ursache-Wirkungs-Verknüpfungen nur im räumlich-materiellen Bezugssystem denkbar seien“. (14) Anders ausgedrückt hieße das, dass „eine psychische Traumatisierung gar nicht kausal für eine psychische Störung verantwortlich sein (könne) und niemand daher einem anderen einen psychischen Schaden zufügen (könne)“. (14)

Dieses Buch war deshalb so einflussreich, da es über zwanzig Jahre lang Literaturquelle aller nervenärztlicher Gutachter sowie Entscheidungsgrundlage in der Versorgungsmedizin und Sozialgerichtsbarkeit war.

Noch 1945 postulierte Jaspers „eine so genannte prämorbid Organminderwertigkeit, welche die Voraussetzung für psychische Störungen nach Schwerstbelastungen darstellen würde“. (4)

Dieses zusammen mit Bonhoeffer geschaffene Paradigma hat sich nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs auch auf die Begutachtungspraxis bei Holocaustüberlebenden während der Phase der ersten Antragstellung (1955 bis 1979) ausgewirkt. (5)

Die Vielzahl der psychisch Geschädigten, aber vor allem das extreme Ausmaß ihrer seelischen Störungen führte zu einem Aufhorchen und Auflehnen der Kritiker gegenüber der herrschenden Lehrmeinung. Doch „(waren) unter den damals tätigen psychologisch-medizinischen Gutachtern, Richtern von Entschädigungskammern und Mitarbeitern von Wiedergutmachungsbehörden nämlich nicht wenige, die der Existenz seelischer Verfolgungsleiden und deren Verursachung durch die Nazi-Gewaltmaßnahmen sehr skeptisch gegenübergestanden hatten“. (4)

Heftige Auseinandersetzungen zwischen den Verfechtern und Kritikern der führenden Lehre waren die Folge. Ein Ende der Diskussion um die psychischen Dauerschäden nach traumatischen äußeren Ereignissen war noch lange nicht in Sicht.

1.1.2 Nach Ende des Zweiten Weltkriegs

Die Konfrontation mit den schweren und hartnäckigen psychischen Störungsbildern bei Überlebenden des Holocausts regten nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs dazu an, die „als gesichert geltenden Grundsätze in der Begutachtung erlebnisbedingter Leidenszustände zu überprüfen“. (10)

Es waren jedoch zunächst ausländische Psychoanalytiker, Psychiater und Psychologen, die begannen, sich mit der „Psychologie der Verfolgung“ (11) genauer zu befassen. Sie alle beschrieben übereinstimmend psychopathologische Störungen bei den Überlebenden, die „durch Asthenie, Labilität, Depressivität, Erschöpfbarkeit, Schlafstörungen und Angst gekennzeichnet waren“. (14)

Targowla in Frankreich sprach von einer „Asthenie der Deportierten“, Baastians in Holland von einem „traumatischen Schwächezustand psychosomatischer Art“ und schließlich Hermann und Thygesen in Dänemark von einem „KZ-Syndrom“. Der Franzose E. Minkowsky, der 1946 den beobachteten Symptomkomplex als eine „affektive Anästhesie“ bezeichnete, wies weiter daraufhin, dass „diese Störungen sich eindeutig von den bekannten Bildern von Psychosen, von landläufigen Neurosen und auch hirnorganischen Veränderungen unterschieden“. (14)

Während also in Deutschlands Nachbarländern und auch in den USA rasch psychische Schäden nach KZ-Haft beschrieben wurden, galt in Deutschland weiter „Bonhoeffers Diktum“ (8), wonach „seelische Störungen infolge äußerer Ereignisse stets Ausdruck einer Begehrungsvorstellung mit dem Ziel einer Rente (sein)“ (10) und „die Ausgleichsfähigkeit des Organismus nach Belastungen (...) als nahezu unbegrenzt zu betrachten (sei)“. (8)

Erst in den fünfziger Jahren und unter dem Druck des Auslands kam es in Deutschland zögernd zu einer politischen wie wissenschaftlichen Einstellungsänderung.

Beigetragen haben hierzu wesentlich die Arbeiten von Venzlaff, von Baeyer, H. Strauss, Kollé und Mende, die zudem eine Korrektur der Begutachtungslinien forderten. (10)

1952 war es U. Venzlaff, der hinsichtlich der Begutachtung psychischer Schäden infolge NS-Gewaltmaßnahmen Geschichte schrieb. Im Auftrag des Landgerichts Bremen begutachtete er einen sehr stark depressiven Holocaust-Überlebenden, dem er ursächlich –anders als erwartet– eine *verfolgungsbedingte Neurose* bescheinigte. Hiervon aufs äußerste alarmiert, bat das zuständige Entschädigungsamt den Tübinger Psychiater Ernst Kretschmer um ein Gegengutachten. Befürchtete es doch, sollte Venzlaffs Gutachten Schule machen, eine Lawine an Rentenansprüchen auf die Behörden zukommen. (8)

Ohne den Patienten gesehen zu haben, vertrat Kretschmer seinen bekannten Standpunkt, „dass bei gesunden Menschen die seelische Belastungsfähigkeit gegenüber Traumatisierungen praktisch unbegrenzt sei“. (4)

Das urteilende Landgericht sorgte anschließend für eine große Überraschung, als es Venzlaffs gutachterlicher Bewertung zustimmte und Kretschmers Darstellung als nicht überzeugend zurückwies.

Dank dieser Pioniertat von Venzlaff war der Grundstein für die allmähliche Widerlegung der These von der „unendlichen Belastungsfähigkeit der menschlichen Seele“ (4) gelegt.

Im gleichen Jahr unterzeichneten der damalige israelische Außenminister Moshe Sharett und Konrad Adenauer das Luxemburger Abkommen, eine Vereinbarung über materielle Entschädigungsleistungen für NS-Geschädigte. Die Ausführung der dabei übernommenen Verpflichtungen erfolgte durch das am 18.9.1953 erlassene Bundesergänzungsgesetz (BErgG), welches schließlich am 29.6.1956 durch das Bundesentschädigungsgesetz (BEG) abgelöst wurde. (11)

Die Verabschiedung des BEG war allein dem Druck der Alliierten und einer taktischen Meisterleistung Konrad Adenauers zu verdanken, dem es „(...) - entgegen der Stimmung im eigenen Land- dringend daran gelegen (war), eine gesetzliche Grundlage für die Entschädigung der Nazi-Opfer zu schaffen, da er die Westintegration und die Wiederbewaffnung der BRD nicht gefährden wollte“. (8)

Der Erlass des Bundesentschädigungsgesetzes stellte eine historische Scheidemarke dar, wenngleich es in der Praxis ganz anders aussah. Die Entschädigung der NS-Opfer erfolgte nämlich nicht so klar wie es das Gesetz eigentlich ermöglicht hätte. Dem lag zugrunde, dass die Ausführung des BEG „Ämtern übertragen wurde, in welchen vor allem Beamte saßen, die dort schon während der ganzen Nazizeit gearbeitet hatten und daher, sehr vorsichtig ausgedrückt, nicht die richtige Einstellung mitbrachten“. (11) Entsprechend den Kriegs- und Rentenreutikern sahen sie ihre Hauptaufgabe darin, „den Nachweis zu führen, dass „Konstitution“ und „anlagebedingte Schwäche“, nicht aber die Verfolgung für das große seelische Leid verantwortlich seien“. (11) Diese Haltung veranlasste den Arzt und Psychoanalytiker K. R. Eissler in einer Art Aufschrei einen Aufsatz mit dem Titel „Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben?“ zu verfassen. (11)

Somit waren es wieder nur die Beeinträchtigungen auf körperlichem Gebiet, die eine Anerkennung als verfolgungsbedingte Störungen fanden. Seelische Schäden wurden lediglich dann als entschädigungswürdig angesehen, wenn diese Folge z.B. einer Hirnverletzung waren.

Wenngleich es Probleme in der Umsetzung des Gesetzes gab, so kam es doch in der Folgezeit zu zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten zur Frage der psychischen Schäden nach Verfolgung.

1957 veröffentlichte Hans Strauss seine Arbeit „Besonderheiten der nicht-psychotischen seelischen Störung bei Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung und ihre Bedeutung bei der Begutachtung“ (2). Hierin beschreibt er,

zwar kurz und unvollständig, jedoch zutreffend, einen bei Überlebenden des NS-Terrors beobachteten Symptomkomplex, den er als „chronische reaktive Depression“ bezeichnete. (11) Laut seiner Schilderung „(sind) sie chronisch deprimiert, haben an nichts Freude, keine Initiative, neue Dinge zu unternehmen. Sie schlafen schlecht, träumen viel von ihren früheren Angehörigen, vom KZ, sind morgens müde und lustlos. Sie haben viele psychosomatische Beschwerden wie z.B. Zittern, erhöhtes Schwitzen, Herzklopfen, schlechten Appetit, Magenschmerzen, unregelmäßige Verdauung, kurz solche Symptome, die man in Deutschland vielfach als Zeichen einer vegetativen Dystonie betrachtet“. (2) In späteren Jahren sind es mitunter diese Störungen, die zum so genannten „Überlebenden-Syndrom“ zusammengefasst werden.

Entgegen der bisherigen Lehre weist er, jedoch ohne eine Begründung zu nennen, abschließend darauf hin: „*Ich stehe daher auf dem Standpunkt, dass diese besondere Form der Erkrankung, die chronische reaktive Depression (Entwurzelungsdepression) der Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung ursächlich durch die Verfolgungsmaßnahmen bedingt ist und zur Entschädigung berechtigt.*“ (Hervorhebung durch Strauss) (11)

Diese Aussage Strauss' hatte zur Folge, dass eine (Entwurzelungs-) Depression in Begutachtungsfällen vorübergehend als verfolgungsbedingt anerkannt wurde. Die Anerkennung auf nur begrenzte Zeit ergab sich aus der Tatsache, dass eine Depression an sich als ein passagerer Zustand angesehen wird. (11)

Auch W. von Baeyer hat 1957 mit seinem Aufsatz „Die Freiheitsfrage in der forensischen Psychiatrie mit besonderer Berücksichtigung der Entschädigungsneurosen“ die Begutachtung der Holocaust-Überlebenden in Deutschland wesentlich mitbestimmt. (11)

Er konnte bei den Verfolgten bereits „wirkliche Umstrukturierungen der Persönlichkeit, hartnäckige Dauerreaktionen depressiver, anankastischer, phobischer, organoneurotischer Art (...), ohne (...) entscheidenden Einfluss von Körperfaktoren“ ausmachen. (11)

1958 hatte U. Venzlaff schon anhand eigener Gutachten Erfahrungen mit der Problematik der Verfolgten machen können und war in diesem Zusammenhang auf besondere Belastungen der Verfolgten, wie zum Beispiel der „Vernichtung der materiellen Existenz“, dem „Verlust des Lebensinhaltes“ oder der „Unterbrechung der Lebenskontinuität“ (11) gestoßen.

Genauso wenig blieben ihm die kennzeichnenden Besonderheiten der Symptomatik verborgen. Auffällig war der „Verlust des Kommunikationsvermögens, des Selbstwertgefühls und der Selbstsicherheit“ sowie die „sensitive Scheu und Eigenbezüglichkeit bis zur paranoisch gefärbten Unsicherheit gegenüber anderen“ (11) uvm. Er sah in den Symptomen das Resultat einer „inneren Wandlung, ein Anderswerden der Seinsform“, aber auch „eine Umprägung im bionegativen Sinne“. (3)

In seinem 1958 publizierten Buch „Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen“ sprach sich Venzlaff dafür aus, dass ein solcher krankheitswertiger „erlebnisbedingter Persönlichkeitswandel“ eine Entschädigungspflicht bedinge. (3)

Nahezu zur gleichen Zeit erschien die Arbeit von Kluge, der im Rahmen seiner Gutachtertätigkeit die Akten von 5500 politisch Verfolgten bearbeitet hatte. Auch er hatte die Besonderheiten des so genannten Überlebenden-Syndroms erkannt. Durch die enorme Anzahl an Begutachtungen, die er durchgeführt hatte, spielte er für die Entwicklung und die praktische Durchführung der später folgenden Begutachtungen eine wichtige Rolle.

Bei diesem Stand der Dinge trafen sich am 23. und 24.4.1958 die an den Entschädigungsbehörden tätigen Ärzte bei der „Medizinischen Hauptkonferenz“ in München zur Diskussion der Lage. (11)

Das Ergebnis dieses Treffens war die Einigung, folgende Diagnosen als entschädigungspflichtig anzuerkennen:

1. chronische Depression mit organischen Zügen, chronische Melancholien
2. chronische, nicht somatische Depressionen, so genannte Entwurzelungsdepressionen. (11)

Die letztere Diagnose meinte das „Überlebenden-Syndrom“. Mit der Umschreibung der Problematik der Verfolgten als so genannte

Entwurzelungsdepression, und folglich definitionsgemäß um einen Zustand von begrenzter Dauer, lag man aufgrund ihrer Besonderheit nicht nur daneben, sondern ihr wurde auch nicht die Anerkennung zu teil, die ihr zustand. Hatten sich doch Stimmen gemeldet, die dem „Überlebenden-Syndrom“ eine Dauerverbiegung der Persönlichkeit (10) zugrunde legten.

Negative Auswirkungen hatte dies auf die erste Phase der Begutachtung von Holocaustüberlebenden, die sich in die Jahre 1955 bis 1978 datiert. So ging die Psychiatrie nicht nur von einem lediglich vorübergehenden Einfluss von Erlebnisfaktoren auf die Psyche des Erwachsenen aus, sondern brachten auch die Erfahrungen mit dem Heer der Rentenneurotiker der zwanziger Jahre eine große Skepsis gegenüber jedem Rentenanspruch mit sich. (11) Die Opfer der NS-Gewaltmaßnahmen hatten deshalb einen schlechten Stand. Meist wurde für ein paar Jahre eine psychische Störung anerkannt, die danach jedoch als abgeklungen galt. (11)

Eine erneute Kontroverse, dieses Mal zwischen den Psychiatern Walter von Baeyer (Heidelberg) und Hermann Witter (Homburg), führte dazu, dass 1961 auf der Baden-Badener Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen und Psychiater dann doch Venzlaffs Konzept des „erlebnisbedingten Persönlichkeitswandels“ in ersten Ansätzen akzeptiert wurde. (5)

Einen endgültigen Durchbruch in der Entwicklung erzielte schließlich 1964 die Monographie „Psychiatrie der Verfolgten“ von v. Baeyer, Häfner und Kisker. In besagtem Buch war eine umfangreiche Zusammenfassung all der bis dahin entstandenen Literatur zur Begutachtung psychischer Störungen enthalten. (11) Mit dieser Fülle an Informationen war es den Autoren möglich gewesen, ein Bild des psychischen Störungskomplexes zu schaffen. So hielten sie fest: „Die Literatur über psychische Störungen durch Verfolgung ergibt übereinstimmend ein relativ einheitliches Kern-Syndrom mit chronischer Angst, Depressivität und Asthenie, das nach einer Latenzzeit mit blander Erschöpfungssymptomatik in Erscheinung tritt und je nach Orientierung der Autoren neuropathologisch, psychosomatisch oder psychodynamisch erklärt wird“. (11) Dieser Kern-

Symptomatik verliehen sie den Ausdruck „KZ-Syndrom“ (11) und schrieben die Verursachung dessen eindeutig der Verfolgung zu. (2)

Lange Zeit stellte diese Arbeit die entscheidende Informationsquelle für Gutachter dar, durch die Veröffentlichung in einem großen medizinischen Fachbuchverlag war das beschriebene Wissen auch jedem Gutachter zugänglich.

Während v. Baeyer, Häfner und Kisker vom „KZ-Syndrom“ sprachen, nannte es William G. Niederland 1968 „Überlebenden-Syndrom“. Bis zum heutigen Zeitpunkt stellt diese Bezeichnung die gebräuchlichste und wohl zutreffendste Beschreibung für die besonderen Verfolgungserlebnisse und die oft lebenslang anhaltenden psychischen Folgen der Holocaustüberlebenden dar. (11)

Für Niederland setzt sich das Überlebenden-Syndrom aus folgenden stichwortartig aufgelisteten Einzelercheinungen zusammen:

Angst im Sinne einer Lebensangst, Kampf gegen die Erinnerung, innere Spannung, Grübelzwang, Überlebensschuld, Verstimmbarkeit, Affektlähmung, Initiativlosigkeit, apathische Zurückgezogenheit, Ruhelosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Leistungsmängel, Unfähigkeit zu Frohsinn und Genuss, Sinnentnahme des Daseins, Verlust des Selbstwertgefühls und der Selbstsicherheit, soziale Beziehungsstörungen sowie psychosomatische Störungen. (11)

In der geringen Anzahl der Überlebenden der Nazi-Gewaltmaßnahmen, der Grablosigkeit der Toten „Es gibt kein Grab, an dem man weinen könnte und nicht einmal eine Urne, in welcher man die unverbrennbaren Reste weiß.“ (11), dem Verlust der Heimat und der Kultur, der Ächtung, Diskriminierung, Diffamierung und Verfemung, aber auch der Vertreibung aus der sozialen Position, der Rechtlosigkeit, dem Individualitätsverlust „Der Gefangene war im Lager der eigenen Individualität beraubt und zur Nummer geworden.“ (11), der alles überschattenden Todesangst, der Entwurzelungsdepression, den Misshandlungen sowie den Entbehrungen, der Unterernährung, der Kälte und der mangelnden Körperpflege sah er die Gründe, weshalb die

Verfolgungserlebnisse der NS-Opfer einen besonderen und nach bisherigen Erfahrungen einmaligen Platz in der Geschichte einnehmen.

Niederlands Darstellung löste eine Betroffenheit in der Bevölkerung aus, die auch ein neues Licht auf den Holocaust und seine Folgen warfen und von denen sich die „psychischen Folgen (...) als die dauerhaftesten und wichtigsten erwiesen“. (11) Weiter stellte sich die Frage, „wie es möglich war, dass ein Kulturvolk im Zentraleuropa des 20. Jahrhunderts einen Massenmord dieses Ausmaßes und unter diesen Umständen begehen konnte“. (11)

Am 11.5.1976 erließ die Bundesregierung ein Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten, nach welchem grundsätzlich auch psychische Folgen von Gewalttaten entschädigt werden können. (11)

Die von Venzlaff und von Baeyer, aber auch anderen Autoren des In- und Auslands, erarbeiteten pathopsychologischen Befunde infolge traumatischer äußerer Ereignisse wurden 1989 als „andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung“ zusammengefasst und in die internationale Klassifikation psychischer Störungen aufgenommen (ICD-10 F62.0).

1.1.3 Um die Jahrtausendwende

Die Begutachtungen Überlebender der nationalsozialistischen Verfolgung im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes wurden inzwischen bis auf wenige rechtlich noch nicht entschiedene Fälle abgeschlossen. (8)

Der Schwerpunkt der Begutachtungspraxis liegt in dieser Zeit auf den so genannten Verschlimmerungsanträgen. Hierbei handelt es sich um Anträge von ehemals Verfolgten des Dritten Reiches, die bereits eine Rente aufgrund eines verfolgungsbedingt anerkannten Leidens beziehen, jedoch wegen einer Verschlimmerung der Beschwerdesymptomatik eine Rentenneufestsetzung anstreben. (8)

Dieser zweite Gutachtenerstellungszeitraum erstreckte sich etwa über die Jahre 1991 bis Ende 2001.

1.2 Gesetzliche Grundlage - Das Bundesentschädigungsgesetz

Unter dem Druck der Alliierten und Konrad Adenauers Meisterleistung (8) wurde am 29.6.1956 das Bundesgesetz zur Entschädigung für Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung, kurz das Bundesentschädigungsgesetz (BEG), erlassen. In ihm verpflichtet sich die Bundesrepublik Deutschland die durch den nationalsozialistischen Terror begangenen Verbrechen wieder gut zumachen. Dabei weist der Gesetzgeber darauf hin, dass die Ausführung dieses Gesetzes „im Geiste einer weitherzigen und großzügigen Wiedergutmachung des geschehenen Unrechts unter Berücksichtigung aller durch das Gesetz zugunsten der Verfolgten gegebenen Möglichkeiten“ (10) verstanden werden muss.

1.2.1 Vorläufergesetze

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs versuchten die einzelnen Bundesländer die Entschädigungsfrage mit eigenen Gesetzen zu regeln. (2) So entstanden in Bayern, Berlin, Hamburg und Nordrhein-Westfalen Landesgesetze für die Anerkennung, Versorgung, Betreuung und Entschädigung Verfolgter der NS-Diktatur. Für die Länder der amerikanischen Besatzungszone wurde 1949 ein Entschädigungsgesetz verabschiedet. (1)

1952 griff schließlich die Bundesregierung in die Frage der Wiedergutmachung ein, indem Konrad Adenauer zusammen mit dem israelischen Außenminister Moshe Sharett das Luxemburger Abkommen, eine Vereinbarung über materielle Entschädigungsleistungen, traf. Mit dem am 18.9.1953 erlassenen Bundesergänzungsgesetz (BErgG) wurde die Ausführung der übernommenen Verpflichtungen sichergestellt. (11)

Am 29.6.1956 trat anstelle des Bundesergänzungsgesetzes das Bundesentschädigungsgesetz in Kraft, welches durch das Abschlussgesetz vom 14.9.1965 noch einmal verändert und vervollständigt wurde. (11)

1.2.2 Inhalt

Das Bundesentschädigungsgesetz dient der Wiedergutmachung für Schäden an Leben, Körper und Gesundheit sowie für solche an Freiheit, Eigentum, Vermögen und beruflichem und wirtschaftlichem Fortkommen. (10)

Wer als Opfer der NS-Diktatur gilt und dem somit Anspruch auf Entschädigung zusteht, geht aus § 1 BEG hervor. „ Es sind dies in erster Linie die ihrer Rasse, ihres Glaubens oder ihrer Weltanschauung wegen Geschädigten, ferner Personen, die wegen ihrer Widerstandsfähigkeit, ihrer künstlerischen oder wissenschaftlichen Richtung oder, weil sie einem Verfolgten nahe standen, Schaden erlitten haben, schließlich auch Hinterbliebene von Verfolgten, die aus Gründen der Verfolgung ums Leben gekommen sind, und auch unter irrtümlichen Voraussetzungen Verfolgte und Geschädigte“. (1)

Nachfolgende Abschnitte sollen einen kleinen Überblick hinsichtlich der gesetzlichen Grundlagen für Schäden an Körper und Gesundheit geben.

1.2.2.1 Voraussetzungen eines Rentenanspruchs

Die Ansprüche für Schäden an Körper und Gesundheit regelt das Bundesentschädigungsgesetz in den Paragraphen 28 bis 42 BEG. (7)

Der hierfür entscheidende Paragraph 28 BEG besagt:

1. Der Verfolgte hat Anspruch auf Entschädigung, wenn er an seinem Körper oder an seiner Gesundheit nicht unerheblich geschädigt worden ist.

Es genügt, dass der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Schaden an Körper oder Gesundheit und der Verfolgung wahrscheinlich ist.

2. §15 Abs. 2 BEG findet entsprechende Anwendung, jedoch bezogen auf Verstorbene und Getötete.

3. Als unerheblich gilt eine Schädigung, die weder die geistige noch die körperliche Leistungsfähigkeit des Verfolgten nachhaltig beeinträchtigt hat und voraussichtlich auch nicht beeinträchtigen wird. (2)

Genau genommen fanden seelische Störungen durch diesen Paragraphen keine direkte Berücksichtigung. Sie waren lediglich unter den Bezeichnungen „Gesundheit“ und „geistige Leistungsfähigkeit“ im Gesetzestext zu ermitteln. (11)

Weiter fällt auf, dass das Bundesentschädigungsgesetz im Gegensatz zu früheren Gesetzen, die sich mit Unfallfolgen befassten, extrem gelockerte Anforderungen an den Nachweis eines Kausalzusammenhanges zwischen Unfallereignis und Folgestörungen aufweist. (2) Demnach genügte es, wenn ein Zusammenhang als „wahrscheinlich“ angenommen werden konnte. „Eine an Sicherheit grenzende oder überwiegende Wahrscheinlichkeit wird nicht gefordert, sondern lediglich (...) dass ebensoviel oder mehr für wie gegen die Annahme spricht, dass ein ursächlicher Zusammenhang besteht“. (1) So wurde von dem Grundsatz ausgegangen, dass „ein Kausalzusammenhang anzunehmen ist, wenn ein Überlebendensyndrom vorliegt und ‚adäquate‘ Verfolgungserlebnisse zu eruieren sind“. (2)

Galt man nach § 28 BEG als entschädigungsberechtigt für Schaden an Körper und Gesundheit, so blieben die Ansprüche nur dann bestehen, wenn ein Antrag auf Entschädigung gestellt wurde. Dieser Antrag musste bis zu einer gewissen Frist, nämlich dem 1.4.1958, vorliegen. Lediglich für Sondertatbestände und im Falle einer unverschuldeten Versäumung der Frist war eine nachträgliche Antragsstellung möglich (§189 BEG). (1)

Eine Antwort auf die Frage, wer überhaupt zum Personenkreis der Entschädigungsberechtigten zählt und wer nicht, gibt § 150 BEG:

a) Anspruch auf Entschädigung als Angehöriger des deutschen Sprach- und Kulturkreises hat der Verfolgte, der in seinem persönlichen Lebensbereich Deutsch spricht. Teilnahme am deutschen Bildungs- und Kulturkreis wird nicht vorausgesetzt.

b) Der Verfolgte wird von der Entschädigung nicht dadurch ausgeschlossen, dass er neben dem deutschen auch einem anderen Sprach- und Kulturkreis angehörte, sofern der Gebrauch der deutschen Sprache im persönlichen Lebensbereich überwog.

- c) Der Gebrauch der deutschen Sprache in Teilbereichen des Lebens vermittelt dagegen nicht die Anspruchsberechtigung als Angehöriger des deutschen Sprach- und Kulturkreises.
- d) Trotz Weitergebrauch der deutschen Sprache gehört der Verfolgte dem deutschen Sprach- und Kulturkreis nicht mehr an, wenn er sich bewusst einem anderen Kulturkreis zugewandt hatte.
- e) Für die Zugehörigkeit zum Kreis der nach § 150 BEG Entschädigungsberechtigten ist der Zeitpunkt des endgültigen Verlassens der Vertreibungsgebiete maßgebend. (7)

1.2.2.2 Das Verschlimmerungsverfahren im BEG

Die Verschlimmerungsverfahren werden im Bundesentschädigungsgesetz nach § 206 BEG geregelt. Hierzu heißt es:

„Ist ein Anspruch auf wiederkehrende Leistungen zuerkannt oder abgelehnt worden und haben sich die tatsächlichen Verhältnisse, die für die Zuerkennung oder Ablehnung maßgebend waren, wesentlich geändert, so ist die Entschädigungsbehörde befugt und auf Verlangen des Antragstellers verpflichtet, einen neuen Bescheid über den Anspruch zu erlassen; die Rechtskraft einer gerichtlichen Entscheidung steht dabei nicht entgegen. Satz 1 gilt nur, soweit die Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eine neue Entscheidung über Gewährung, Erhöhung, Minderung oder Entziehung einer Rente notwendig macht“. (7)

1.3 Ziel der Dissertation

Die Grundlage dieser Doktorarbeit bilden psychiatrische Gutachten, die anlässlich von Verschlimmerungsanträgen ehemaliger NS-Verfolgter erstattet wurden. Die Gutachten wurden in den Jahren 1993 bis 1999 durch Prof. Dr. Ulrich Venzlaff in Göttingen erstellt.

Ziel dieser Arbeit war es nun anhand der psychiatrischen Gutachten den Lebensweg der Geschädigten nach dem Zweiten Weltkrieg zu verfolgen und

dabei das Augenmerk besonders auf die Entwicklung ihrer physischen, vor allem aber ihrer psychischen Gesundheitsstörungen zu legen.

Entscheidend war der Frage nachzugehen, ob sich im Laufe der Zeit hinsichtlich ihrer Symptomatologie Veränderungen im Sinne einer Progredienz oder einer Rückbildung ergeben haben oder aber der Verlauf sich als statisch erwies.

Weiterhin galt es, salutogene bzw. Progredienzfaktoren ausfindig zu machen, denen eine immense Bedeutung in Bezug auf den Krankheitsverlauf zukommt. Beachtung fanden auch die Wechselwirkungen zwischen verfolgungsbedingten und nicht verfolgungsbedingten Erkrankungen.

Neben diesen speziellen Fragestellungen sollte die Untersuchung auch Aufschluss über das Patientengut im Hinblick allgemeiner Aspekte wie zum Beispiel Alter, Geschlecht, Beruf, Dauer der Verfolgung, Emigrationsländer uvm. geben.

2 MATERIAL UND METHODEN

2.1 Gutachten

2.1.1 Hintergründe

Ausgangspunkt dieser retrospektiven Untersuchung sind 66 psychiatrische Entschädigungsgutachten, die im Rahmen der Verschlimmerungsanträge von Holocaustüberlebenden erstattet wurden. Im Auftrag des Landgerichts Trier hatte Prof. Dr. Ulrich Venzlaff aus Göttingen, leitender Medizinaldirektor i.R., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, die Gutachten in den Jahren 1993 bis 1999 erstellt.

Inhaltlich setzen sich diese Gutachten mit dem Nachweis einer Verschlimmerung bereits während des ersten Gutachtenerstellungszeitraums (1955 bis 1979) diagnostizierter und als verfolgungsbedingt anerkannter physischer und psychischer Gesundheitsstörungen auseinander.

Die Begutachtung der Verschlimmerungsanträge sowie die Klärung der Frage einer Intensitätssteigerung der Störungen hatten anhand von Akten, die durch das Landgericht Trier zur Verfügung gestellt wurden, zu erfolgen. Diesen Unterlagen konnten detaillierte Angaben zum vorausgegangenen Verfolgungsschicksal sowie zu familiären, beruflichen und sozialen Hintergründen entnommen werden. Medizinische Befunde lieferten Informationen zur Krankengeschichte und deren Verlauf.

Das freundschaftliche Verhältnis der beiden Professoren U. Venzlaff und K. Foerster, dem Leiter der Sektion für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Tübingen, ermöglichte es, Kopien der erstatteten Entschädigungsgutachten einzusehen und diese im Rahmen dieser Arbeit zu analysieren.

2.2 Patientengut

Bei den untersuchten Personen handelt es sich um Überlebende der nationalsozialistischen Gewaltmaßnahmen. Unter ihnen finden sich 20 Männer und 46 Frauen, die ursprünglich aus ost- bzw. südosteuropäischen Ländern wie z.B. Polen, der ehem. CSSR oder Ungarn stammen. Nach dem Ende der Verfolgung wanderten mehr als die Hälfte von ihnen nach Israel aus.

Die Begutachteten hatten, die Frist vom 1.4.1958 einhaltend, nach Ende des Zweiten Weltkrieges beim Wiedergutmachungsamt in Saarburg einen Antrag auf Entschädigung ihrer verfolgungsbedingten Störungen auf körperlichem und seelischem Gebiet gestellt. Die Einhaltung dieser ursprünglichen Antragsfrist war ebenso die Voraussetzung für die Stellung eines Verschlimmerungsantrags in späteren Jahren. Zum Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags betrug das durchschnittliche Alter der Überlebenden 67,9 (SD = 5) Jahre.

2.3 Methoden

2.3.1 Erhebungsbogen

Die Auswertung der psychiatrischen Gutachten erfolgte anhand eines Erhebungsbogens, der, in Form einer Zusammenfassung, einen Überblick über den Inhalt des einzelnen Entschädigungsgutachtens gibt.

Neben allgemeinen Angaben zum Gutachten, wie zum Beispiel dem Zeitpunkt der Gutachtenerstellung, dem Namen des beauftragten Gutachters oder dem beauftragenden Gericht, enthält der Erhebungsbogen Informationen zur jeweiligen Lebensgeschichte des Verfolgten.

Auf die Frage nach einer Verschlimmerung bereits anerkannter Verfolgungsleiden Bezug nehmend, erfasst der Erhebungsbogen unter anderem Daten zum Lebenslauf vor, während und nach der Verfolgung.

Festgehalten werden beispielsweise Angaben zum Geburtsort, Schulbesuch, Familienstand, zu Verfolgungsmaßnahmen, zum Verlust von Familienangehörigen und zur Emigration.

Das Hauptaugenmerk des Erhebungsbogens liegt auf der Krankengeschichte. Hierbei erfolgt eine Unterteilung der Gesundheitsstörungen in Schäden, die bereits vor und solchen, die erst nach der Verfolgung diagnostiziert wurden. Weiter wird zwischen verfolgungsbedingten und nicht verfolgungsbedingten Erkrankungen unterschieden.

Der Verlauf der verfolgungsabhängigen Störungen, aber auch die Wechselwirkungen zwischen verfolgungsbedingten und verfolgungsunabhängigen Schäden werden im Hinblick auf Progredienz einer näheren Betrachtung unterzogen. Ergänzt wird dies durch den so genannten Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), welcher anhand von Zahlenwerten den direkten Vergleich zwischen den Intensitäten der verfolgungsbedingten Störungen zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Erst- und Zweitbegutachtung ermöglicht.

Eruierbare Progredienz- und salutogene Faktoren werden ebenso festgehalten wie erlassene Rentenbescheide.

Die letzten Abschnitte des Erhebungsbogens sind schließlich für die Beurteilung und die Begründung des zuständigen Gutachters hinsichtlich der Frage einer Verschlimmerung der verfolgungsbedingten Leiden sowie für die Festsetzung der v-/MdE bzw. Gesamt-MdE vorgesehen.

Beispiel eines Erhebungsbogens:

Erhebungsbogen

Fallnummer:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

A Fragestellung:

B Lebenslauf:

1. Leben vor der Verfolgung:
2. Leben während der Verfolgung:
3. Leben nach der Verfolgung:

C Krankengeschichte:

1. **Physische und psychische Schäden vor der Verfolgung:**
2. **Physische und psychische Schäden nach der Verfolgung:**
 - Verfolgungsbedingte bzw. nicht verfolgungsbedingte Schäden
 - Verlauf: Progredienz, Rückbildung, statischer Verlauf
 - Progredienzfaktoren
 - Salutogene Faktoren
 - v-/MdE: Zeitpunkt, Höhe
 - BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score):

* X: physisch:

psychisch:

sozialkommunikativ:

GESAMT:

* Y: physisch:

psychisch:

sozialkommunikativ:

GESAMT:

(* X: Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Erstbegutachtung im Anschluss an das Verfolgungsende)

(* Y: Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Zweitbegutachtung im Rahmen des Verschlimmerungsantrags)

D Beurteilung des Verschlimmerungsantrags vom TT.MM.JJ:

Anerkennung bzw. Ablehnung des Antrags.

E Begründung:

F Schlussfolgerung:

- v-/MdE: Zeitpunkt, Höhe
- Gesamt-MdE: Zeitpunkt, Höhe

G Eckdaten des vorliegenden psychiatrischen Gutachtens:

- Auftraggebendes Gericht:
- Zeitpunkt des Ersuchens:
- Richter:

- Beauftragter Gutachter:
- Zeitpunkt der Gutachtenerstellung:

2.3.2 Auswertungskriterien

Die Auswertungskriterien stellen eine Auswahl der wichtigsten, anhand des Erhebungsbogens ermittelten, Daten aus den psychiatrischen Gutachten dar.

Die Liste dieser Kriterien setzt sich aus Angaben zu den Kategorien „Person“, „Krankengeschichte“, „Verfolgungsschicksal“ und „Gutachten“ zusammen.

Dem Teilbereich „Person“ werden die Punkte Geschlecht, Herkunftsland, Emigrationsland, Beruf, Familienstand und Kinder zugerechnet.

Eine Auflistung der verfolgungsbedingten physischen und psychischen Störungen enthält neben Angaben zum Krankheitsverlauf (Progredienz, Rückbildung, statischer Verlauf) und zur Intensität der verfolgungsabhängigen Erkrankungen (BSS) zu den Zeitpunkten vertrauensärztliche Erst- und Zweitbegutachtung die Rubrik „Krankengeschichte“. Hierunter fallen außerdem die salutogenen und die Progredienzfaktoren, Hinweise zu Suchterkrankungen und Essstörungen, Therapiemaßnahmen in Form von Gesprächs- und/oder Pharmakotherapie, das Alter bzw. der Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Erst- und Zweitbegutachtung sowie die Zeitspanne zwischen diesen beiden Daten.

Unter der Kategorie „Verfolgungsschicksal“ finden sich Angaben zum Alter bei Verfolgungsbeginn, zu Deportationsorten, zum Verlust von Familienangehörigen sowie zur Verfolgungsdauer.

Der Teilbereich „Gutachten“ gibt Auskunft über den Auftraggeber, den Zeitpunkt der Erstellung und die Länge des Gutachtens sowie über den beauftragten Gutachter.

Die mittels der Auswertungskriterien zusammengetragenen Informationen bilden den Kern der sich im anschließenden Kapitel 3 „Ergebnisse“ durchgeführten Untersuchungen.

Beispielvorlage für die Auswertungskriterien:

Auswertungskriterien

Fallnummer:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

A Angaben zur Person:

1. Geschlecht:

2. Herkunftsland:

3. Alter bei Verfolgungsbeginn:

4. Deportationsorte:

5. Verluste:

6. Verfolgungsdauer:

7. Emigrationsland:

8. Beruf:

9. Familienstand:

- ledig

- verheiratet mit Holocaustüberlebendem/Nicht-Verfolgtem

- geschieden

10. Kinder:

11. Physische und psychische Schäden infolge des Verfolgungserlebnisses:

12. Krankheitsverlauf:

- Progredienz

- Rückbildung

- statischer Verlauf

13. Intensität der Störungen, gemessen am BSS:

a) zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Erstbegutachtung

physisch:

psychisch:

sozialkommunikativ:

GESAMT:

b) zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Zweitbegutachtung (d.h. im Rahmen des Verschlimmerungsantrags)

physisch:

psychisch:

sozialkommunikativ:

GESAMT:

14. Progredienzfaktoren:

15. Salutogene Faktoren:

16. Alter bei bzw. Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Erstbegutachtung:

17. Alter bei bzw. Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Zweitbegutachtung:

18. Zeitspanne zwischen vertrauensärztlicher Erst- und Zweitbegutachtung:

19. Suchterkrankungen, Essstörungen:

20. Therapiemaßnahmen:

- Gesprächstherapie

- Pharmakotherapie

B Angaben zum Gutachten

1. Auftraggeber des Gutachtens:

2. Beauftragter Gutachter:

3. Zeitpunkt der Gutachtenerstellung:

4. Länge des Gutachtens:

2.3.3 Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)

Bei dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score handelt es sich um ein Messverfahren, das eine Schweregradeinschätzung einer psychogenen Erkrankung ermöglicht.

Hierzu werden die durch die psychogene Erkrankung verursachten physischen, psychischen und sozialkommunikativen Beeinträchtigungen herangezogen und deren Ausprägung mittels Punktevergabe beurteilt.

Für jede der 3 Dimensionen (physisch, psychisch, sozialkommunikativ) können je nach Intensität Punkte von 0 bis 4 vergeben werden.

In diesem Zusammenhang bedeuten:

0 = gar nicht; 1 = geringfügig; 2 = deutlich; 3 = stark; 4 = extrem.

Die Punkte aus den einzelnen Dimensionen werden zum Schluss addiert und ergeben zusammen den Gesamt-BSS. Als Maximum können 12 Punkte, als Minimum 0 Punkte erreicht werden.

Während bei einer Gesamtpunktzahl von 0 von keiner Symptomatik gesprochen werden kann, lassen die Punktzahlen 1-4 auf eine geringe (\triangleq Grad 1), die Punktzahlen 5-8 (\triangleq Grad 2) auf eine mittelgradig ausgeprägte und die Punktzahlen 9-12 (\triangleq Grad 3) auf eine schwer ausgeprägte Symptomatik schließen.

In dieser Arbeit wurde der BSS dazu verwendet, die Intensität der verfolgungsbedingten Störungen einzuschätzen. Durch den Vergleich der Intensitäten zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten, nämlich einmal im Rahmen der vertrauensärztlichen Erstbegutachtung im Anschluss an den Zweiten Weltkrieg und zum anderen anlässlich des Verschlimmerungsantrags meist in späteren Jahren, konnte direkt auf die Entwicklung der Störungen, im Sinne einer Progredienz, einer Rückbildung oder eines statischen Verlaufs, geschlossen werden.

Beispielvorlage für eine BSS-Einschätzung:

BSS-Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score:

Fallnummer:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

***A Der BSS zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen
Erstbegutachtung***

1. Physischer Beeinträchtigungsgrad:

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gradzahl 0 1 2 3 4

2. Psychischer Beeinträchtigungsgrad:

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gradzahl 0 1 2 3 4

3. Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad:

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gradzahl 0 1 2 3 4

Gesamt-BSS:

**B Der BSS zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen
Zweitbegutachtung**

1. Physischer Beeinträchtigungsgrad:

	<input type="checkbox"/>				
Gradzahl	0	1	2	3	4

2. Psychischer Beeinträchtigungsgrad:

	<input type="checkbox"/>				
Gradzahl	0	1	2	3	4

3. Sozialkommunikativer Beeinträchtigungsgrad:

	<input type="checkbox"/>				
Gradzahl	0	1	2	3	4

Gesamt-BSS:

ANWENDUNGSHINWEISE

1. Bedeutung der Gradzahlen hinsichtlich der Merkmalsausprägung:

Gradzahl 0: gar nicht

Gradzahl 1: geringfügig

Gradzahl 2: deutlich

Gradzahl 3: stark

Gradzahl 4: extrem

2. Für den Gesamt-BSS, also der Summe aus den 3 Dimensionen, ergibt sich:

Gesamtpunktzahl 0: keine Symptomatik

Gesamtpunktzahl 1-4: geringe Symptomatik \triangleq Grad 1

Gesamtpunktzahl 5-8: mittelgradige Symptomatik \triangleq Grad 2

Gesamtpunktzahl 9-12: schwere Symptomatik \triangleq Grad 3

2.3.4 Statistik

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte anhand einer einfachen Auszählung. Die Anwendung eines Statistikprogramms war aufgrund der geringen Gutachtenzahl nicht notwendig.

3 ERGEBNISSE

3.1 Überblick über das Datenmaterial

3.1.1 Größenordnung und Fragestellung

Untersucht wurden insgesamt 66 Akten, bei denen es sich um psychiatrische Gutachten von ehemals verfolgten Personen des Dritten Reiches handelt.

Die Gutachten wurden anlässlich der Verschlimmerungsanträge der Verfolgten erstattet und sollten Stellung nehmen bzw. der Klärung der Frage dienen, ob das in früheren Jahren vor dem Wiedergutmachungsamt in Saarburg bereits gerichtlich anerkannte Verfolgungsleiden im Laufe der Zeit eine Verschlimmerung erfahren hat oder nicht. In Abhängigkeit davon stand auch die Neufestsetzung der (v)MdE.

Tabelle 1: Fallzahl und Geschlechtsverteilung

	<i>Anzahl (Häufigkeit in %)</i>
Fallzahl n	66 (= 100%)
Geschlecht	
- männlich	20 (= 30,3%)
- weiblich	46 (= 69,7%)

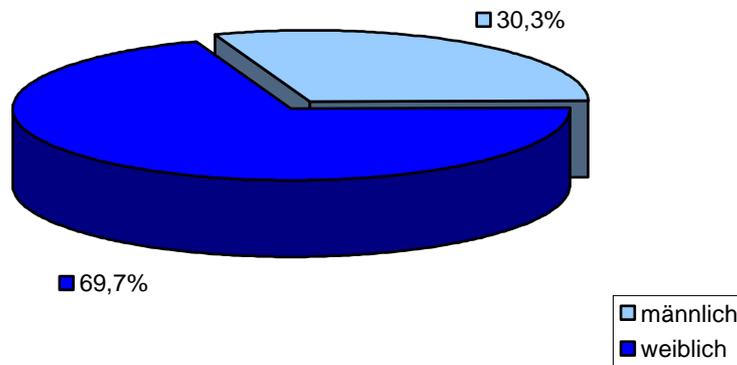


Abb. 1: Geschlechtsverteilung

3.1.2 Aufbau der Gutachten

Der Aufbau der Gutachten gestaltet sich, bis auf kleine Abweichungen Form und Gestalt betreffend, nahezu identisch und gliedert sich in drei Teile:

Im ersten Teil „Sachverhalt nach Aktenlage“ werden neben dem Lebenslauf und Verfolgungsvorgang auch die Gesundheitsstörungen der Begutachteten, sowohl die bereits bekannten als auch die neu aufgetretenen, zitiert.

Die Angaben stützen sich auf Äußerungen des Patienten selbst, Äußerungen von Angehörigen, Akten sowie auf Befunde, Atteste und Gutachten behandelnder Ärzte.

Der Abschnitt zwei: „Beurteilung“ stellt das eigentliche Gutachten dar. Hier fasst der Gutachter in Kürze noch einmal und in eigenen Worten den Lebenslauf und den Verfolgungsvorgang bzw. dessen Schwere zusammen.

Der Schwerpunkt dieses Teilbereichs liegt aber in der Analyse der Gesundheitsstörungen. Es wird näher auf die Fragen eingegangen, ob

- für die bereits vorbekannten Störungen ein Verfolgungszusammenhang gesehen wird oder nicht

- im Laufe der Zeit eine Verschlimmerung der Leiden eingetreten ist
- es zu einer Konsolidierung der Gesundheitsstörungen gekommen ist
- neue physische oder psychische Störungen hinzugetreten sind und ob sich für diese eine Verfolgungsbedingtheit ergeben.

Weiterhin werden der Zeitpunkt der Verschlimmerung, eventuelle Progredienz- oder salutogene Faktoren sowie das Ausmaß und die Schwere der physischen und psychischen (verfolgungsbedingten) Gesundheitsstörungen beurteilt.

Im letzten Teil „Zusammenfassung“ wird abschließend das Ergebnis festgehalten, eventuell noch einmal kurz begründet, sowie der Zeitpunkt der Verschlimmerung und die Höhe der v-/MdE und der Gesamt-MdE festgelegt.

3.1.3 Länge der Gutachten

Die durchschnittliche Gutachtenlänge beträgt 33,8 Seiten.

34 Akten (51,5%) haben eine Länge von 31-40 Seiten. 21 (31,8%) liegen im Bereich zwischen 21 und 30 Seiten, 9 (13,6%) zwischen 41 und 50. Jeweils ein Gutachten (1,5%) umfasst 11 bis 20 bzw. 51 bis 60 Seiten.

Das längste Gutachten liegt mit einer Seitenzahl von 53 vor, das kürzeste mit 11.

Tabelle 2: Länge der Gutachten: Durchschnitt und Häufigkeitsverteilung

Seitenzahl	Anzahl (Häufigkeit in %)
<i>11 – 20 Seiten</i>	1 (= 1,5%)
<i>21 – 30 Seiten</i>	21 (= 31,8%)
<i>31 – 40 Seiten</i>	34 (= 51,5%)
<i>41 – 50 Seiten</i>	9 (= 13,6%)
<i>51 – 60 Seiten</i>	1 (= 1,5%)
<i>gesamt</i>	66 (= 100%)
Durchschnittslänge	33,8 Seiten

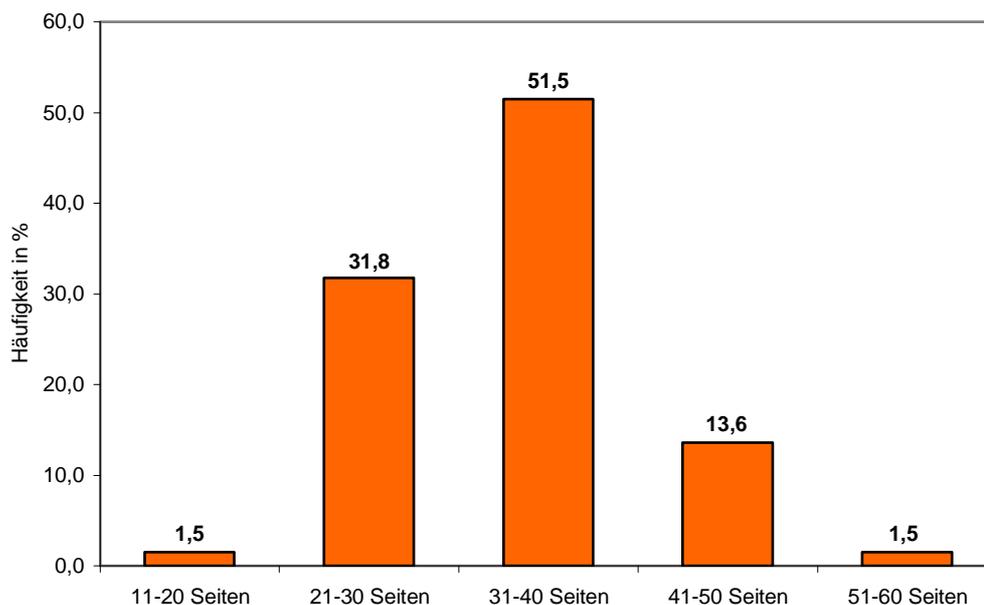


Abb. 2: Gutachtenlänge: Häufigkeitsverteilung

3.1.4 Zeitpunkt der Gutachtenerstellung

Die Zeitspanne der Gutachtenerstellung erstreckt sich vom Jahr 1993 bis ins Jahr 1999.

Die größte Anzahl an Gutachten findet sich im Jahr 1995 mit 15 Gutachten (22,7%), gefolgt von den Jahren 1996 und 1999 mit jeweils 12 Gutachten (18,2%). 1998 fanden 11 Begutachtungen statt (16,7%) und auf die Jahre 1994 und 1997 verteilen sich je 7 Begutachtungen (10,6%). Das Schlusslicht bildet schließlich das Jahr 1993 mit 2 erstellten Gutachten (3,0%).

Im Durchschnitt sind die vorliegenden Gutachten 23 Jahre (SD = 5,2) nach der vertrauensärztlichen Erstbegutachtung erstattet worden.

Die vertrauensärztliche Erstbegutachtung wiederum war im Schnitt 26 Jahre (SD = 4,5) nach dem Ende der Verfolgungsmaßnahmen erfolgt.

Tabelle 3: Zeitpunkt der Gutachtenerstellung: Verteilung

Jahr	Anzahl (Häufigkeit in %)
1993	2 (= 3,0%)
1994	7 (= 10,6%)
1995	15 (= 22,7%)
1996	12 (= 18,2%)
1997	7 (= 10,6%)
1998	11 (= 16,7%)
1999	12 (= 18,2%)
gesamt	66 (= 100%)

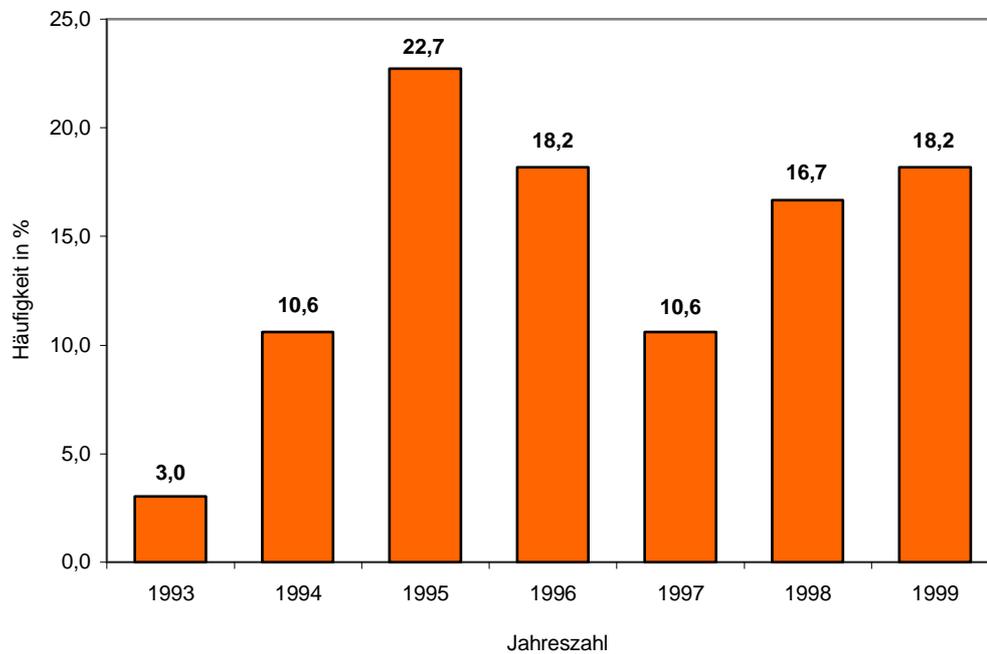


Abb. 3: Zeitpunkt der Gutachtenerstellung: Häufigkeitsverteilung

3.1.5 Auftraggeber der Gutachten, beauftragter Gutachter

Bei dem auftraggebenden Gericht zur Erstattung der Gutachten handelte es sich in allen Fällen um das Landgericht Trier.

Die psychiatrische Begutachtung erfolgte jeweils durch Prof. Dr. med. Ulrich Venzlaff aus Göttingen, leitender Medizinaldirektor i.R., Arzt für Psychiatrie und Neurologie.

3.2 Personenbezogene Angaben

Allgemeiner Teil

3.2.1 Geschlechtsverteilung

Unter den Überlebenden war das weibliche Geschlecht anteilmäßig in der Überzahl, es fanden sich 20 Männer (30,3%) und 46 Frauen (69,7%).

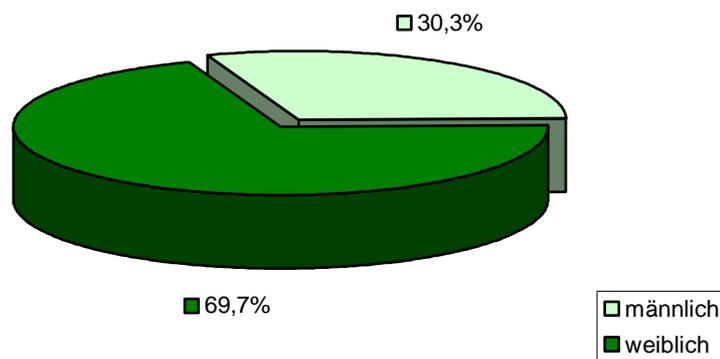


Abb. 4: Geschlechtsverteilung

3.2.2 Alter zum Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags: mittleres Alter und Altersverteilung

Das durchschnittliche Alter aller begutachteten Personen betrug zum Zeitpunkt der Stellung des Verschlimmerungsantrags 67,9 Jahre (SD = 5), wobei die jüngste Person 56 und die älteste 80 Jahre alt war.

Die Hauptaltersgruppe, vertreten durch 41 Personen (62,1%), stellten die 61 bis 70 jährigen dar.

Der Gruppe der 71 bis 80 Jährigen waren 20 Personen (30,3%) zuzuordnen, der Altersgruppe 51 bis 60 5 (7,6%).

Tabelle 4: mittleres Alter und Altersverteilung zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Zweitbegutachtung (im Rahmen des Verschlimmerungsantrags)

Zeitpunkt: Zweitbegutachtung (im Rahmen des Verschlimmerungsantrags)	
<i>Altersverteilung:</i>	
<i>Alter</i>	<i>Anzahl (Häufigkeit in %)</i>
51-60 Jahre	5 (= 7,6%)
61-70 Jahre	41 (= 62,1%)
71-80 Jahre	20 (= 30,3%)
gesamt	66 (= 100%)
mittleres Alter	67,9 (SD = 5)

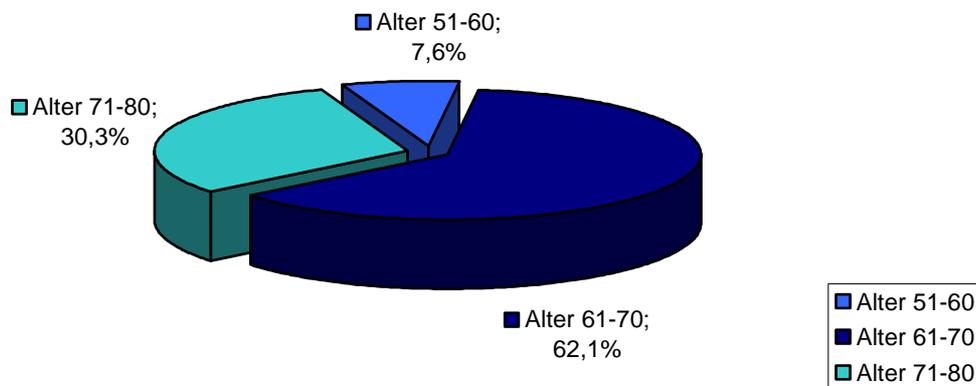


Abb. 5: Altersverteilung zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Zweitbegutachtung (Verschlimmerungsantrag)

3.2.3 Familienstand

Von den ehemals Verfolgten haben sich im Laufe ihres Lebens 65 (98,5%) verheiratet, eine Person hingegen blieb ledig (1,5%).

26 der Verheirateten (40%) waren die Ehe mit einem Überlebenden des Holocausts eingegangen, 8 (12,3%) haben einen nicht von der Verfolgung betroffenen Menschen zum Partner und bei den restlichen 31 Begutachteten (47,7%) ließen sich in den Akten hierzu keine Angaben finden.

Zum Zeitpunkt der Begutachtung lebte niemand getrennt oder geschieden von seinem Ehepartner. Doch konnten 9 Personen (13,8%) ermittelt werden, die in früheren Jahren eine Scheidung durchlebt hatten, inzwischen aber eine neue Ehe eingegangen waren.

Die in die Brüche gegangenen Ehen scheiterten in drei Fällen (33,3%) mit einer ehemals verfolgten Person zum Partner, in einem Fall (11,1%) mit einem Nicht-Verfolgten und in den übrigen 5 Fällen (55,6%) ergaben sich bezüglich dieses Aspekts keine Hinweise.

Tabelle 5: Familienstand der Begutachteten: Teil 1

Familienstand	Anzahl (Häufigkeit in %)
<i>verheiratet*</i>	65 (= 98,5%)
<i>ledig</i>	1 (= 1,5%)
<i>gesamt</i>	66 (= 100%)
* Ehe mit:	
<i>ehem. Verfolgtem</i>	26 (= 40%)
<i>Nicht-Verfolgtem</i>	8 (= 12,3%)
<i>keine Angabe</i>	31 (= 47,7%)
<i>gesamt</i>	65 (= 100%)

Tabelle 6: Familienstand der Begutachteten: Teil 2

Familienstand	Anzahl (Häufigkeit in %)
<i>verheiratet **</i>	65 (= 98,5%)
<i>ledig</i>	1 (= 1,5%)
<i>gesamt</i>	66 (= 100%)
geschieden und wieder verheiratet **	
<i>geschieden</i>	9 (= 13,8%)
<i>nicht geschieden</i>	56 (= 86,2%)
<i>gesamt</i>	65 (= 100%)
Ehe gescheitert mit:	
<i>ehem. Verfolgtem</i>	3 (= 33,3%)
<i>Nicht-Verfolgtem</i>	1 (= 11,1%)
<i>keine Angabe</i>	5 (= 55,6%)
<i>gesamt</i>	9 (= 100%)

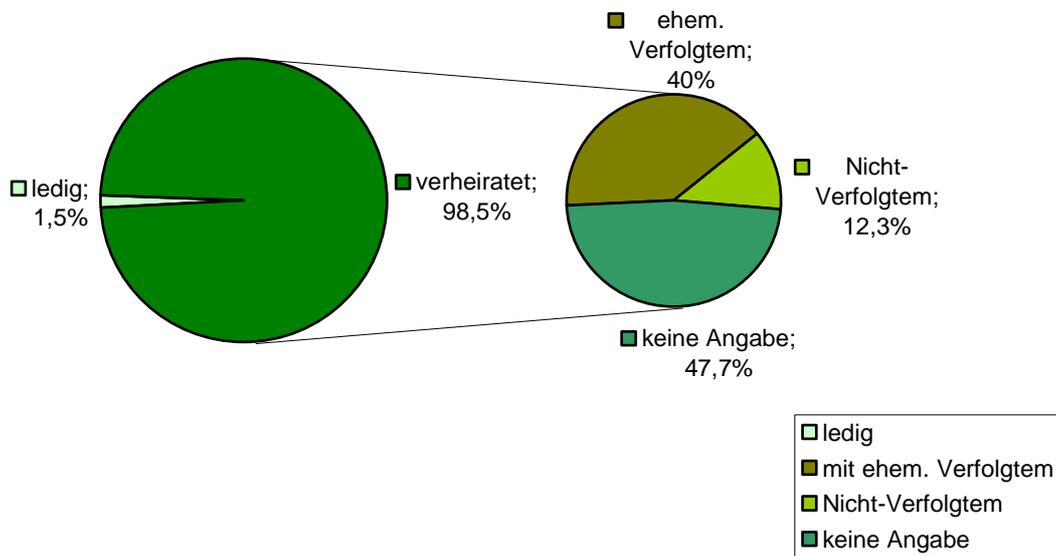


Abb. 6: Familienstand: Eheschließung

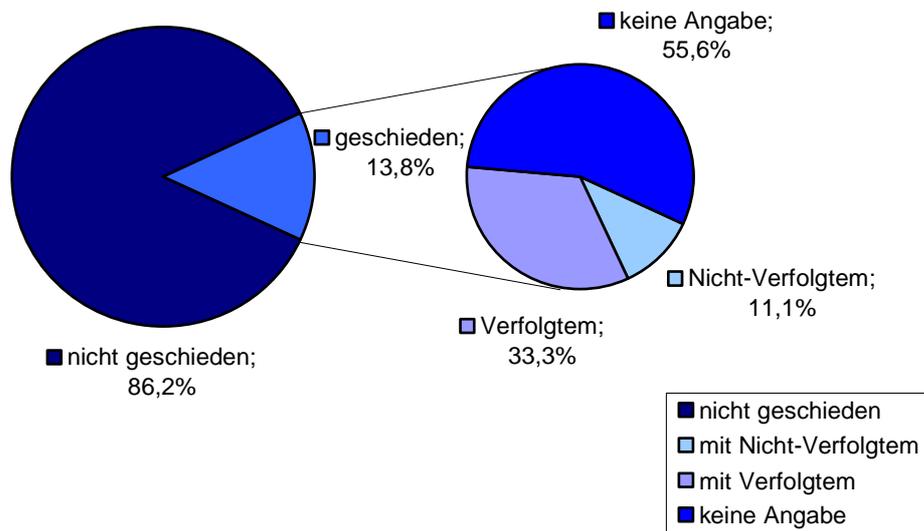


Abb. 7: Familienstand: Scheidung

3.2.4 Kinder

Die Untersuchung erbrachte bezüglich der Fragestellung „Kinder“ folgendes Ergebnis: 64 der Begutachteten, d.h. 97%, hatten sich für Kinder entschieden. Nur zwei Personen (3,0%) blieben kinderlos.

Die Kinderzahl variierte zwischen einem und sechs Kindern. Am häufigsten waren Holocaustüberlebende mit zwei Kindern zu finden, diese Gruppe war durch 30 Personen (46,9%) vertreten.

Nur für ein Kind hatten sich 10 Begutachtete (15,6%) entschieden, während 13 Personen (20,3%) mit jeweils 3 Kindern ermittelt werden konnten.

Weiter war festzustellen, dass mit steigender Kinderzahl auch der Personenkreis sank, der sich dieses Nachwuchses gewachsen sah. So hatten nur 7 Begutachtete (10,9%) 4 Kinder in die Welt gesetzt, auf die Kinderzahlen 5 und 6 verteilte sich jeweils eine Person (je 1,6%).

Wiederum bei zwei Überlebenden (3,1%) waren diesbezüglich keine Hinweise zu finden.

Die durchschnittliche Kinderzahl betrug 2,4 (SD = 1,05).

Tabelle 7: Kinderzahl: Häufigkeitsverteilung

Kinder	Anzahl (Häufigkeit in %)
<i>Ja</i>	64 (= 97,0%)
<i>Nein</i>	2 (= 3,0%)
<i>gesamt</i>	66 (= 100%)

Kinderzahl	Häufigkeitsverteilung
<i>1 Kind</i>	10 (= 15,6%)
<i>2 Kinder</i>	30 (= 46,9%)
<i>3 Kinder</i>	13 (= 20,3%)
<i>4 Kinder</i>	7 (= 10,9%)
<i>5 Kinder</i>	1 (= 1,6%)
<i>6 Kinder</i>	1 (= 1,6%)
<i>keine Angabe</i>	2 (= 3,1%)
<i>gesamt</i>	64 (= 100%)

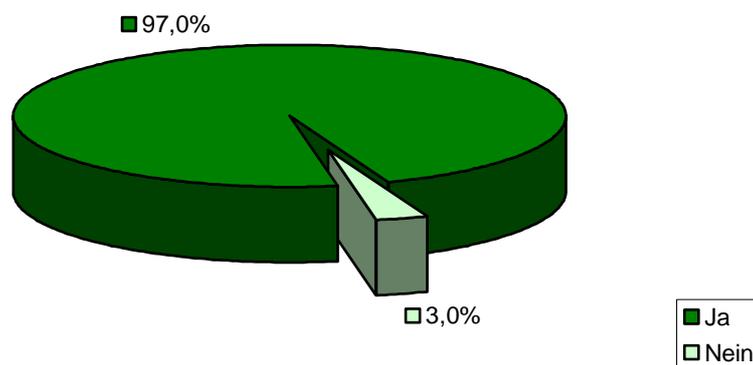


Abb. 8: Kinder

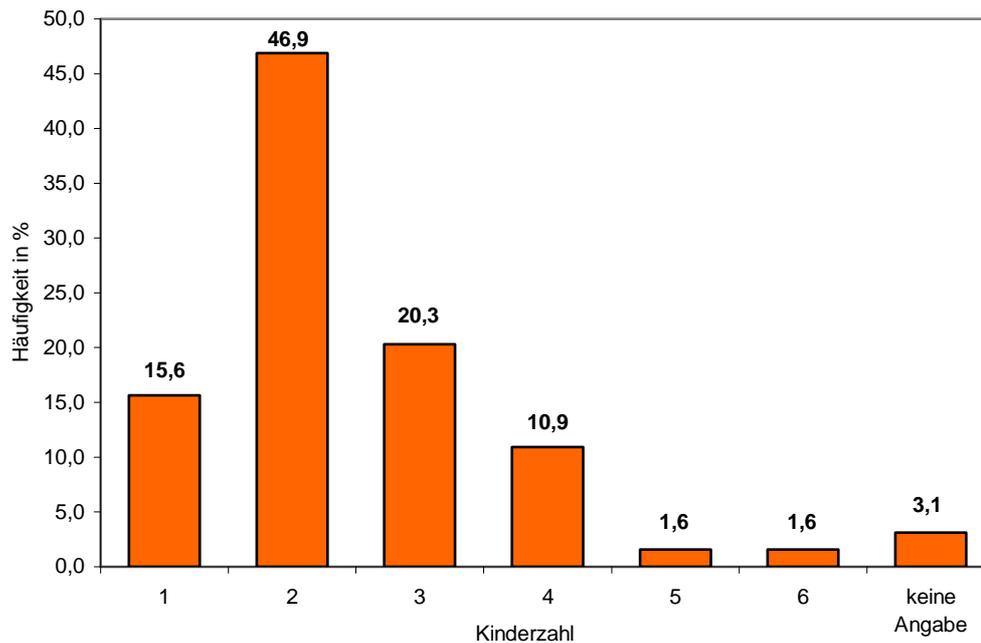


Abb.9: Kinderzahl: Häufigkeitsverteilung

3.2.5 Beruf

a) Männer

Bei der Erfassung des Berufes konnten alle begutachteten Männer einer Berufsgruppe zugeordnet werden. Zudem war keiner von ihnen von Arbeitslosigkeit betroffen.

Auffallend war, dass keine Berufsgruppe in besonderem Maße aus der Gruppe der anderen heraus stach.

Es fanden sich unter den Begutachteten 3 Akademiker (15%) (Lehrer, Bauingenieur), 5 Beamte/Angestellte (25%) (Bank-, Verwaltungsbeamter, Buchhalter, Zivilbearbeiter beim Ministerium) und 6 Handwerker (30%) (Schlosser, Kürschner, Uhrmacher, Zahntechniker, Metzger).

Einer der Männer war als Landwirt tätig (5%), 2 als Arbeiter in der Fabrikindustrie (10%).

Bei den übrigen drei (15%) handelte es sich um selbständige Personen, die eigene Geschäfte betrieben (als „andere“ bezeichnet).

Tabelle 8: Berufsgruppenzugehörigkeit der Männer

Berufsgruppe	Anzahl (Häufigkeit in %)
Akademiker	3 (= 15%)
Beamter/Angestellter	5 (= 25%)
Handwerker	6 (= 30%)
Landwirt	1 (= 5%)
Arbeiter	2 (= 10%)
andere	3 (= 15%)
gesamt	20 (= 100%)

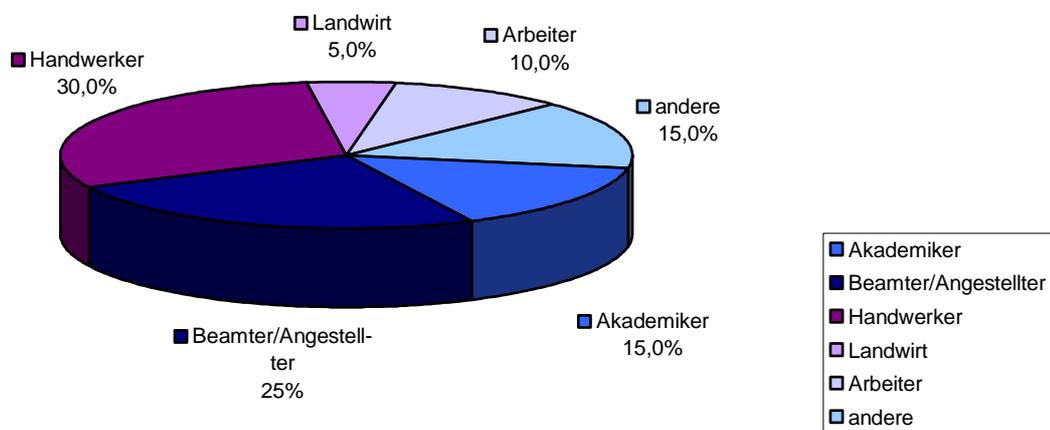


Abb. 10: Berufsgruppenzugehörigkeit der Männer

b) Frauen

Eine Berufsgruppenzugehörigkeit ließ sich bei nahezu allen Frauen nachweisen. Ausgenommen hiervon sind zwei Begutachtete (4,3%), bei denen in den Akten keine Angaben zu ihrer Tätigkeit gemacht wurden.

Zahlenmäßig überlegen fand sich beim weiblichen Geschlecht die Gruppe der Hausfrauen. Dieser Gruppe gehörten 18 Frauen (39,1%) an.

Die zweitgrößte Gruppe bildeten die Beamtinnen/Angestellten. Hier konnten 14 Frauen (30,4%) ermittelt werden, die als Buchhalterinnen, Büroangestellte, Kindergärtnerinnen, Krankenschwestern, Friseurinnen und Verkaufsangestellte in diversen Geschäften tätig waren.

4 begutachtete Frauen (8,7%) übten einen Handwerksberuf aus (ausschließlich Schneiderinnen), 2 einen akademischen (Lehrerinnen) (4,3%), die restlichen 6 (13,0%) waren Arbeiterinnen in der Fabrikindustrie.

Tabelle 9: Berufsgruppenzugehörigkeit der Frauen

Berufsgruppe	Anzahl (Häufigkeit in %)
Akademikerin	2 (= 4,3%)
Beamtin/Angestellte	14 (= 30,4%)
Handwerkerin	4 (= 8,7%)
Arbeiterin	6 (= 13,0%)
Hausfrau	18 (= 39,1%)
keine Angabe	2 (= 4,3%)
gesamt	46 (= 100%)

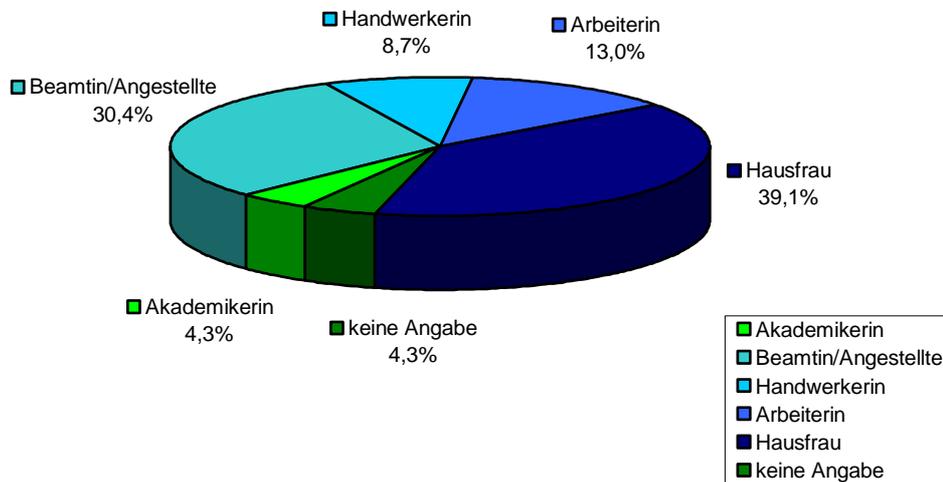


Abb. 11: Berufsgruppenzugehörigkeit der Frauen

3.2.6 Herkunftsländer

Die 66 untersuchten Holocaustüberlebenden stammen allesamt aus ost- bzw. südosteuropäischen Gebieten.

An Ländern finden sich Polen, Ungarn, die Bukowina, Litauen, die ehemalige CSSR, Rumänien sowie das ehemalige Jugoslawien.

Die Hauptherkunftsländer stellen Polen und die ehemalige CSSR dar. In Polen wurden 25 (37,9%) der Untersuchten geboren, in der ehemaligen CSSR 14 (21,2%).

Jeweils 9 (13,6%) Personen kommen ursprünglich aus Ungarn sowie der Bukowina. 7 (10,6%) von ihnen lebten in Rumänien bis sie Opfer des Nationalsozialismus wurden.

Litauen und das ehemalige Jugoslawien bezeichnet jeweils eine Person (1,5%) als ihr Heimatland.

Tabelle 10: Herkunftsländer

Herkunftsländer	Anzahl (Häufigkeit in %)
<i>Polen</i>	25 (= 37,9%)
<i>ehem. CSSR</i>	14 (= 21,2%)
<i>Ungarn</i>	9 (= 13,6%)
<i>Bukowina</i>	9 (= 13,6%)
<i>Rumänien</i>	7 (= 10,6%)
<i>Jugoslawien</i>	1 (= 1,5%)
<i>Litauen</i>	1 (= 1,5%)
<i>gesamt</i>	66 (=100%)

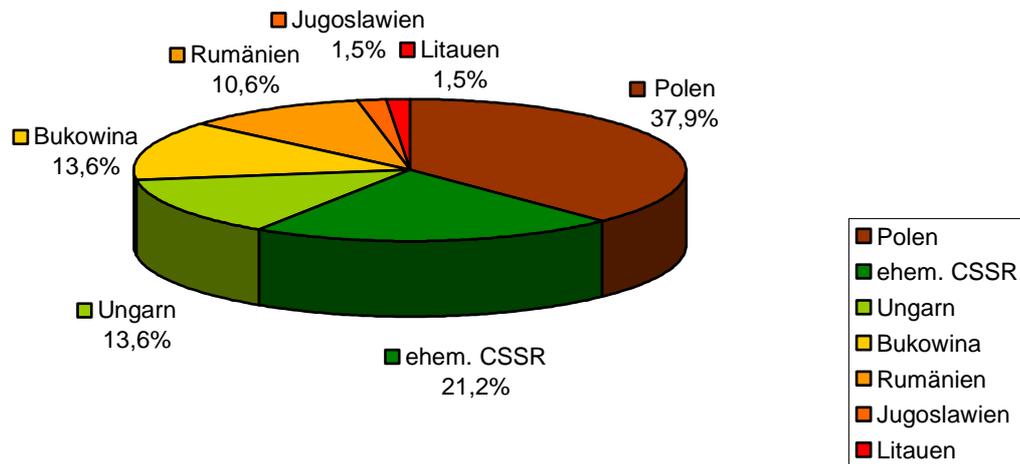


Abb. 12: Herkunftsländer

Spezieller Teil – Verfolgung

3.2.7 Alter zum Zeitpunkt des Verfolgungsbeginns: mittleres Alter und Altersverteilung

Die Begutachteten waren zum Zeitpunkt des Verfolgungsbeginns im Durchschnitt 15,4 Jahre alt (SD = 5,4). Die drei jüngsten Opfer waren gerade 4, das älteste 30 Jahre alt.

Die Hauptaltersgruppe bildeten die 11 bis 20 Jährigen. Allein 42 (63,6%) der untersuchten Personen konnten dieser Gruppe zugeordnet werden. 12 (18,2%) Begutachtete verteilten sich auf das Alter 0 bis 10, 10 (15,2%) Personen waren in der Gruppe der 21 bis 30 Jährigen nachzuweisen.

Bei zwei Personen (3,0%) war kein Alter zu ermitteln.

Tabelle 11: mittleres Alter und Altersverteilung zum Zeitpunkt des Verfolgungsbeginns

Zeitpunkt: Verfolgungsbeginn	
<i>Altersverteilung:</i>	
<i>Alter</i>	<i>Anzahl (Häufigkeit in %)</i>
0-10 Jahre	12 (= 18,2%)
11-20 Jahre	42 (= 63,6%)
21-30 Jahre	10 (= 15,2%)
keine Angabe	2 (= 3,0%)
gesamt	66 (= 100%)
mittleres Alter	15,4 (SD = 5,4)

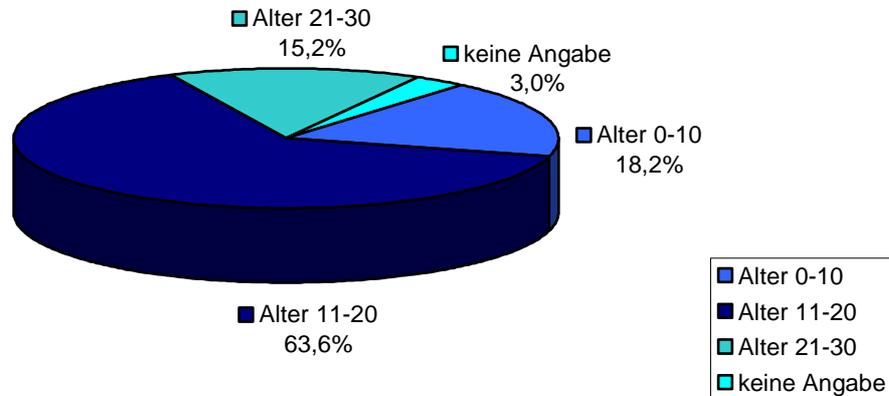


Abb. 13: Altersverteilung zum Zeitpunkt des Verfolgungsbeginns

3.2.8 Deportationsorte

Die 66 Begutachteten wurden im Rahmen der Verfolgung in Konzentrationslager, Ghettos oder in Zwangsarbeitslager deportiert. Manchen von ihnen gelang die Flucht und sie nahmen ein Leben in Illegalität mit ständiger Angst vor Entdeckung in Kauf. Andere wiederum sahen sich aufgrund der zunehmenden jüdenfeindlichen Maßnahmen gezwungen, meist schon zu Beginn der Verfolgung, ihr Heimatland zu verlassen und ihren Frieden im Ausland zu finden.

Die Untersuchung ergab, dass der Großteil der ehemals Verfolgten (81,8%) in den Jahren der Verfolgung nicht an einem Ort verblieb, sondern mehrfach deportiert wurde.

So befanden sich 32 (48,5%) unter ihnen in einem oder mehreren Konzentrationslagern, 46 (69,7%) wurden in Ghettos festgehalten und 44 (66,7%) hatten in Zwangsarbeitslagern Schwerstarbeit zu leisten.

13 (19,7%) der Begutachteten führten zeitweise oder dauerhaft ein Leben in Illegalität, 2 Personen (3,0%) flüchteten ins Ausland.

Bei weiteren 2 Personen (3,0%) waren in den Gutachten hierzu keine Angaben zu finden.

Tabelle 12: Deportationsorte

Deportationsorte	Anzahl (Häufigkeit in %)
Konzentrationslager	32 (= 48,5%)
Ghetto	46 (= 69,7%)
Zwangsarbeitslager	44 (= 66,7%)
Leben in Illegalität	13 (= 19,7%)
Auswanderung (zwangsweise)	2 (= 3,0%)
keine Angabe	2 (= 3,0%)
Fallzahl n	66

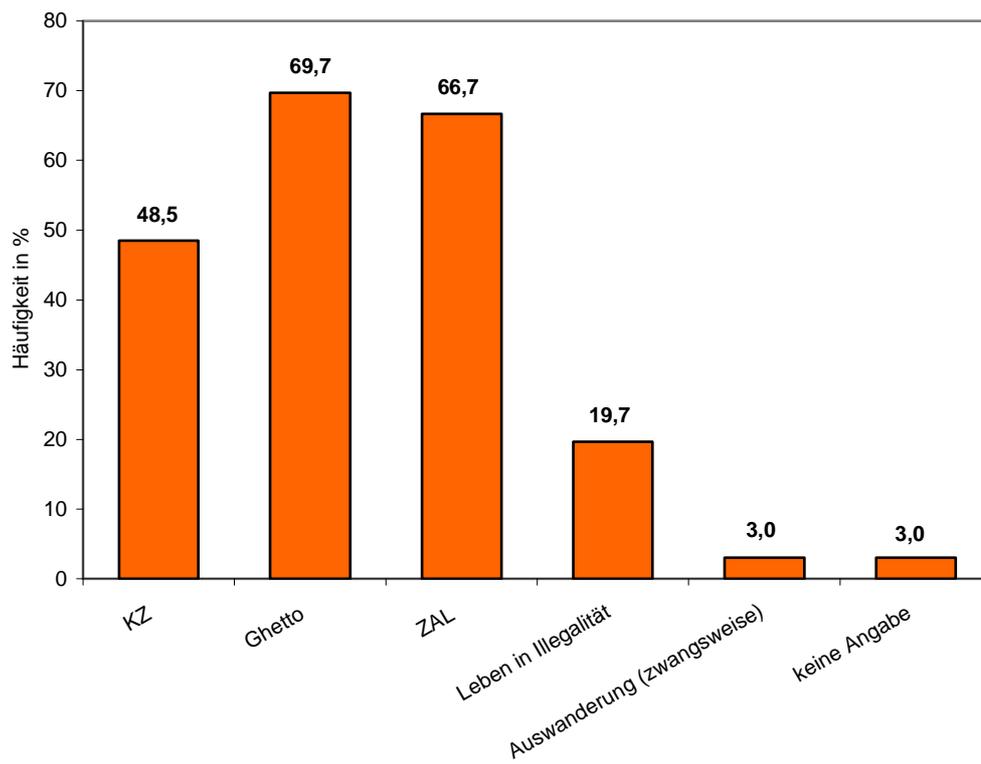


Abb. 14: Deportationsorte

3.2.9 Verfolgungsdauer: Durchschnitt und Verteilung

Die durchschnittliche Verfolgungsdauer betrug 3,4 Jahre (SD = 1,7) und variierte zwischen einem und 6 Jahren.

Bei der Mehrheit der Begutachteten, genauer gesagt bei 19 (28,8%), konnte eine Verfolgungsdauer von 3 Jahren ermittelt werden. Nationalsozialistischen Maßnahmen in der Länge von einem Jahr waren 15 Personen (22,7%) ausgesetzt, in der Länge von 2 Jahren 2 Personen (3,0%).

Über einen Zeitraum von 4 Jahren wurden 7 Personen (10,6%) verfolgt, über 5 bzw. 6 lange Jahre jeweils 10 Personen (je 15,2%).

Bei weiteren 3 Begutachteten (4,5%) waren hierzu keine Informationen vorhanden.

Tabelle 13: mittleres Alter und Häufigkeitsverteilung der Verfolgungsdauer

<i>Verfolgungsdauer</i>	<i>Anzahl (Häufigkeit in %)</i>
1 Jahr	15 (= 22,7%)
2 Jahre	2 (= 3,0%)
3 Jahre	19 (= 28,8%)
4 Jahre	7 (= 10,6%)
5 Jahre	10 (= 15,2%)
6 Jahre	10 (= 15,2%)
keine Angabe	3 (= 4,5%)
gesamt	66 (= 100%)
mittlere Verfolgungsdauer	3,4 Jahre (SD = 1,7)

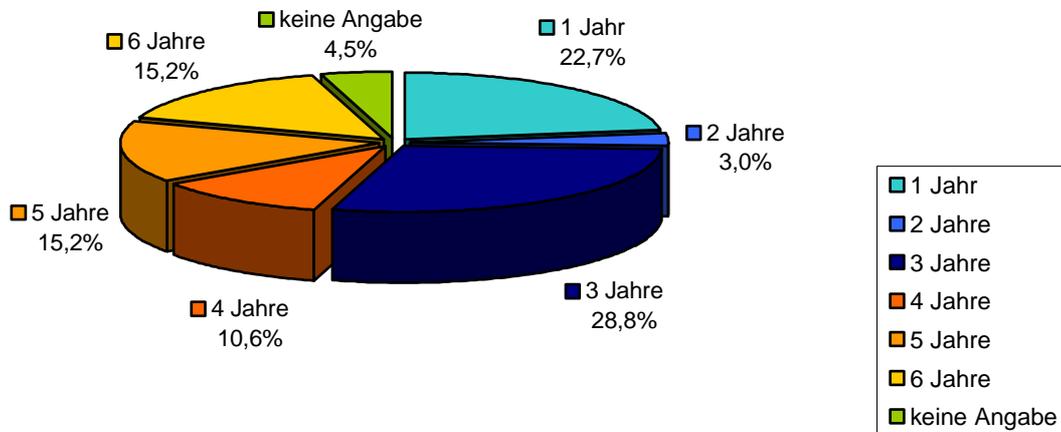


Abb. 15: Verfolgungsdauer: Verteilung

3.2.10 Verluste

Hinsichtlich der Verlusterlebnisse ist die Untersuchung zu dem Ergebnis gekommen, dass 19 (28,8%) der begutachteten Personen während der Verfolgungszeit einen totalen Verlust erlitten haben. Unter dem totalen Verlust ist der Verlust der gesamten Kernfamilie, d.h. der Tod beider Elternteile und aller Geschwister, zu verstehen.

Mit einem partiellen Verlust, also einem Teilverlust der Kernfamilie, hatten 32 (48,5%) der ehemals Verfolgten zu kämpfen.

3 (4,5%) der Überlebenden hatten den Tod weitläufiger Verwandte zu beklagen (als „sonstige“ bezeichnet), 11 (16,7%) Personen blieben von Verlust-erlebnissen verschont.

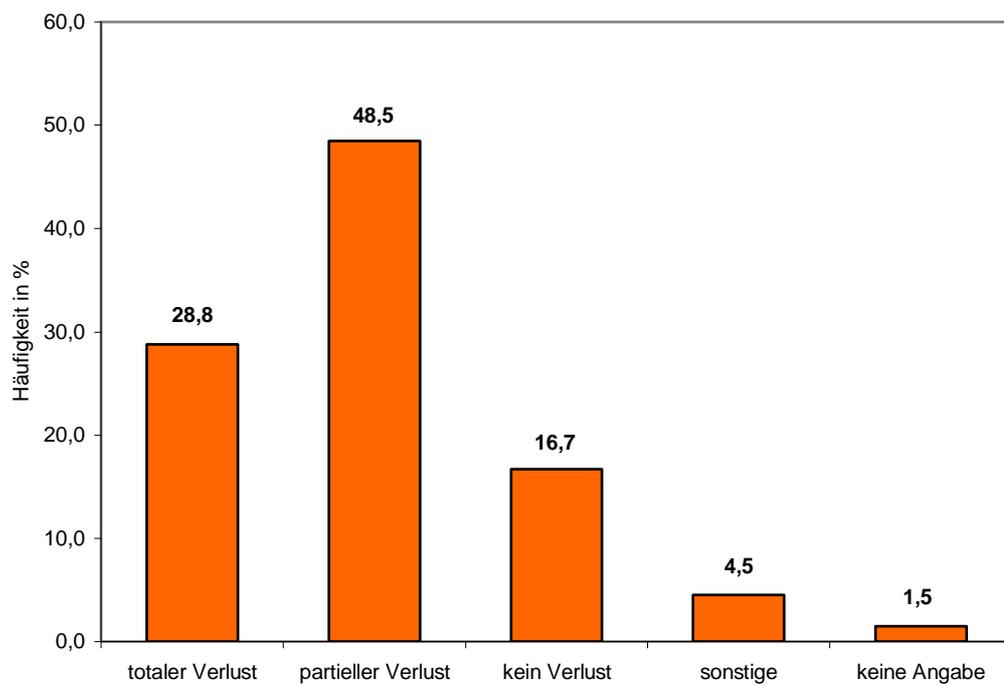
Bei einer Person (1,5%) ergaben sich diesbezüglich keine Hinweise.

Darüber hinaus war festzustellen, dass von den 66 Überlebenden 2 (3,0%) Personen ihren Ehepartner und eine Person (1,5%) ihr eigenes Kind durch die Verfolgung verloren hatten.

Tabelle 14: Verlusterlebnisse

Totaler Verlust = Verlust der gesamten Kernfamilie (Eltern und Geschwister);
 Partieller Verlust = Verlust eines/ der Elternteils (e) und/oder Geschwister

Verlusterlebnis	Anzahl (Häufigkeit in %)
totaler Verlust	19 (= 28,8%)
partieller Verlust	32 (= 48,5%)
kein Verlust	11 (= 16,7%)
sonstige	3 (= 4,5%)
keine Angabe	1 (= 1,5%)
gesamt	66 (= 100%)
davon:	
Verlust Ehepartner	2 (= 3,0%)
Verlust eigener Kinder	1 (= 1,5%)

**Abb. 16: Verlusterlebnisse**

3.2.11 Emigrationsländer

Nach dem Ende der Verfolgung wanderte mehr als die Hälfte der Überlebenden (63,6%) nach Israel aus.

18 (27,3%) der begutachteten Personen entschieden sich für ein Leben in den USA, 4 (6,1%) für ein Leben in Kanada.

Jeweils eine Person (je 1,5%) lebte zukünftig in Frankreich bzw. in Argentinien.

Tabelle 15: Emigrationsländer

Land	Anzahl (Häufigkeit in %)
<i>Israel</i>	42 (= 63,6%)
<i>USA</i>	18 (= 27,3%)
<i>Kanada</i>	4 (= 6,1%)
<i>Frankreich</i>	1 (= 1,5%)
<i>Argentinien</i>	1 (= 1,5%)
<i>gesamt</i>	66 (=100%)

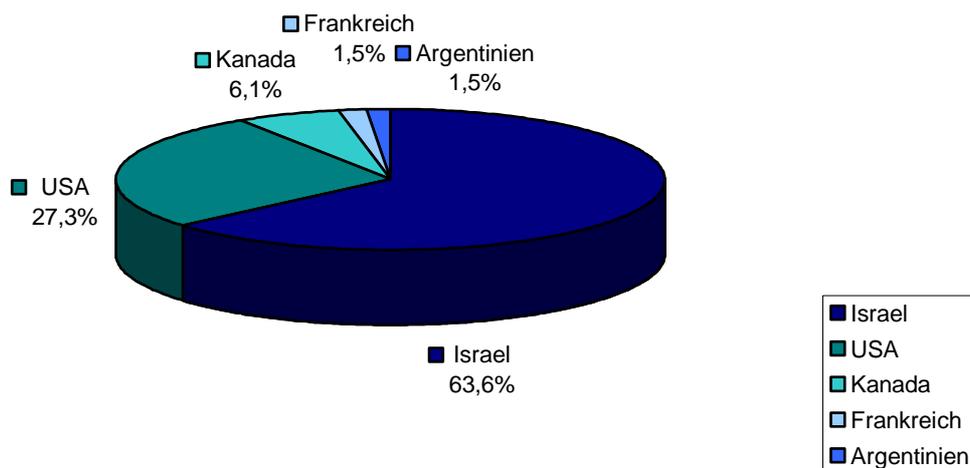


Abb. 17: Emigrationsländer

3.2.12 Verfolgungsbedingte Störungen: Diagnosen und Häufigkeitsverteilung

In den Jahren nach Verfolgungsende konnten bei den Überlebenden des Holocausts eine Vielzahl verfolgungsbedingter Störungen unterschiedlicher Intensität diagnostiziert werden.

Tabelle 16 gibt diese Störungen wieder.

Danach leiden 98,5% des begutachteten Personenkreises unter depressiven Verstimmungen, 97% haben mit generalisierten und anfallsweise auftretenden Angststörungen bzw. Angstzuständen zu kämpfen. Ein phobisches Vermeidungsverhalten ist bei 25 Personen (37,9%) zu finden. Die Phobien beziehen sich vor allem auf uniformierte, bewaffnete oder aggressiv aussehende Personen sowie auf Polizisten. Die Konfrontation mit Hunden, das Geräusch von Sirenen und fahrenden Zügen und der Klang der deutschen Sprache lösen ebenfalls übermäßige Angstreaktionen aus.

An weiteren Phobien finden sich die Agora-, Klaustro- und die Sexualphobie. Auch das Aufhalten in der Dunkelheit, in Tunneln und auf Brücken sowie das Fliegen bereitet des Öfteren Schwierigkeiten.

Vielfach konnten die hypermnestischen Erinnerungsfixierungen diagnostiziert werden. So werden 78,8% der Überlebenden noch heute in ihrem Alltag von traumatischen Erinnerungen an die Verfolgungszeit überwältigt.

Nahezu alle Begutachteten (97%) weisen psychosomatische Beschwerden wie funktionelle Magen-Darmstörungen, Kopfschmerzen, Herzklopfen oder eine psychovegetative Übererregbarkeit auf.

Als weiteres, für die posttraumatische Belastungsstörung typisches, Merkmal findet sich bei 97% der begutachteten Personen ein Hyperarousal.

Soziale Isolierungstendenzen sind mit 83,3% unter den Überlebenden ebenfalls häufig anzutreffen.

Die zahlreichen und traumatisch behafteten Verlusterlebnisse während der Verfolgung haben bei 37,9% der Überlebenden zu einem quälenden Überlebensschuldgefühl gegenüber ihren umgekommenen Angehörigen geführt. Bei einigen Begutachteten (12,1%) sind sogar Suizidgedanken festgestellt worden.

Im Falle einer begutachteten Person (1,5%) konnte die Diagnose einer Schizophrenie gestellt werden. Durch den engen zeitlichen Zusammenhang zwischen Verfolgung und dem Ausbruch der Erkrankung wurde dem Leiden eine Verfolgungsbedingtheit im Sinne der wesentlichen Mitverursachung zugesprochen.

Tabelle 16: Häufigkeitsverteilung der verfolgungsbedingten Störungen

Störungen	Anzahl (Häufigkeit in %)
- <i>Depressive Störungen</i>	65 (= 98,5%)
- <i>Angststörungen/-zustände</i>	64 (= 97%)
- <i>Phobien</i>	25 (= 37,9%)
- <i>Hypermnestische Erinnerungsfixierungen</i>	52 (= 78,8%)
- <i>Überlebensschuldgefühl</i>	25 (= 37,9%)
- <i>Schuldgefühle ggb. Familie (wegen eigener Insuffizienz)</i>	13 (= 19,7%)
- <i>Suizidgedanken</i>	8 (= 12,1%)
- <i>Psychosomatische Beschwerden</i>	64 (= 97%)
- <i>soz. Isolierungstendenzen/ Rückzugsverhalten</i>	55 (= 83,3%)
- <i>Selbstentwertungstendenzen/ Minderwertigkeitsgefühle</i>	28 (= 42,4%)
- <i>herabgesetzte Funktionsfähigkeit im Alltag</i>	14 (= 21,2%)
- <i>Hyperarousal</i>	64 (= 97%)
- <i>Misstrauen</i>	13 (= 19,7%)
- <i>Trauersyndrom</i>	11 (= 16,7%)
- <i>emotionale Verunsicherung/Labilität</i>	46 (= 69,7%)
- <i>Hilf-/Hoffnungslosigkeit, Pessimismus, Resignation</i>	27 (= 40,9%)
- <i>Traurigkeit, Niedergeschlagenheit</i>	22 (= 33,3%)
- <i>Apathie</i>	46 (= 69,7%)
- <i>emotionale Taubheit</i>	15 (= 22,7%)
- <i>Gefühl des Andersseins</i>	1 (= 1,5%)
- <i>Grübelzwang</i>	8 (= 12,1%)
- <i>Probleme im zwischenmenschlichen Beziehungsbereich</i>	23 (= 34,8%)
- <i>Entfremdungsgefühle</i>	1 (= 1,5%)
- <i>Verfolgungsgefühle</i>	2 (= 3,0%)
- <i>Schizophrenie (Denkstörungen, Aktivitäts- verlust, affektive Inadäquanz)</i>	1 (= 1,5%)
Fallzahl n	66

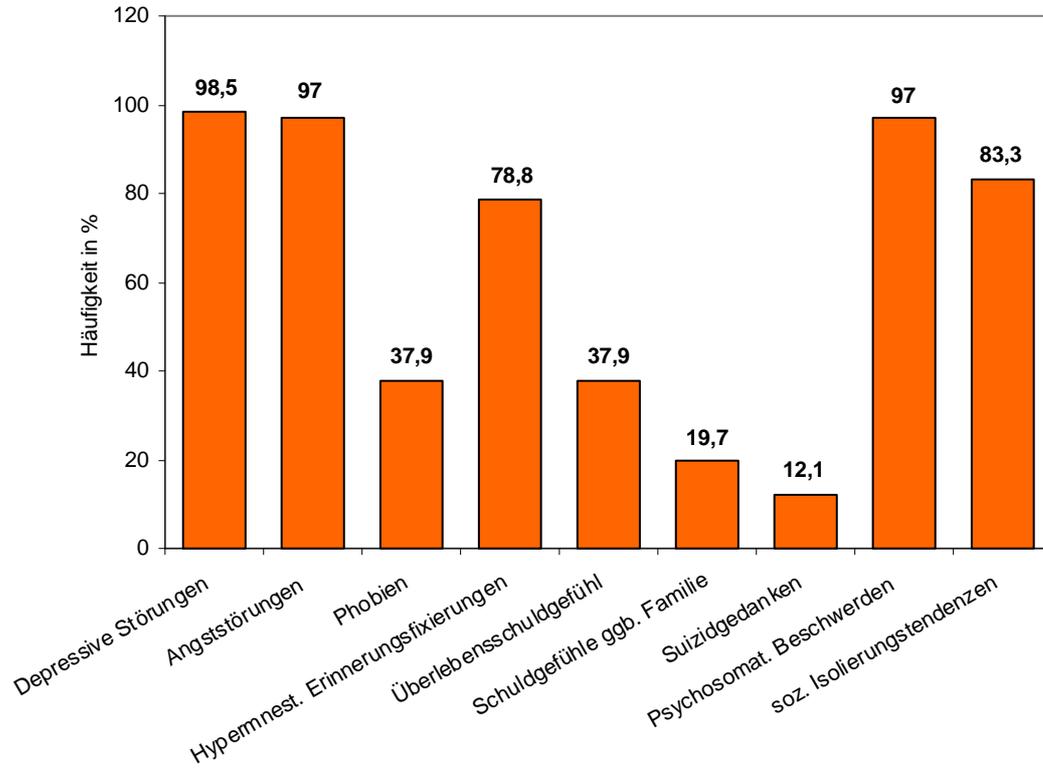


Abb. 18: Häufigkeitsverteilung der verfolgungsbedingten Störungen: Teil 1

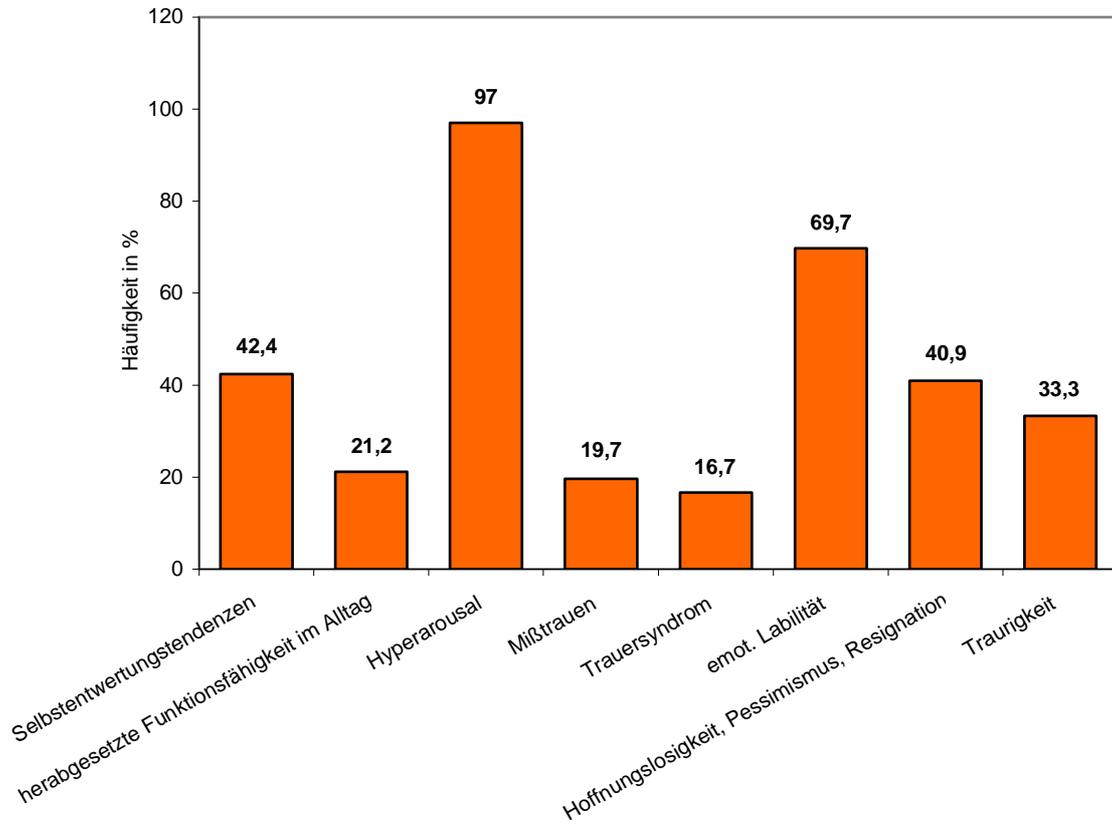


Abb. 19: Häufigkeitsverteilung der verfolgungsbedingten Störungen: Teil 2

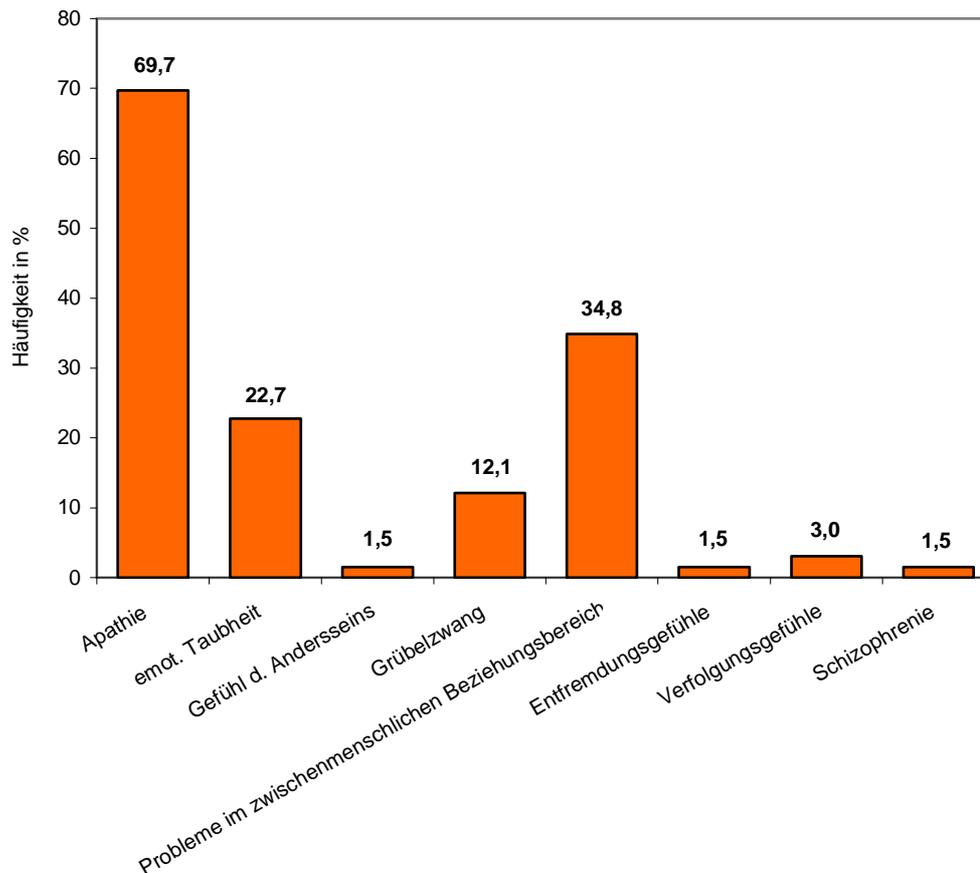


Abb. 20: Häufigkeitsverteilung der verfolgungsbedingten Störungen: Teil 3

3.2.13 Verlaufsentwicklung der verfolgungsbedingten Störungen: Ergebnis

Die Auswertung ergab, dass bei 54 (81,8%) der begutachteten Personen im Laufe der Zeit eine Progredienz ihrer verfolgungsbedingten Symptomatologie eingetreten ist. Wiederum bei 12 (18,2%) Überlebenden ließ sich keine Verschlimmerung nachweisen. Bei diesen 12 handelte es sich in 4 Fällen (33,3%) um einen Rückbildungsprozess auf ein niedrigeres Intensitätsniveau und in 8 Fällen (66,7%) um einen statischen Verlauf.

Tabelle 17: Häufigkeitsverteilung der Begutachteten mit und ohne Progredienz

	Anzahl (Häufigkeit in %)
Progredienz	54 (= 81,8%)
keine Progredienz	12 (= 18,2%)
gesamt	66 (= 100%)
keine Progredienz	
- Rückbildung	4 (= 33,3%)
- statischer Verlauf	8 (= 66,7%)
gesamt	12 (= 100%)

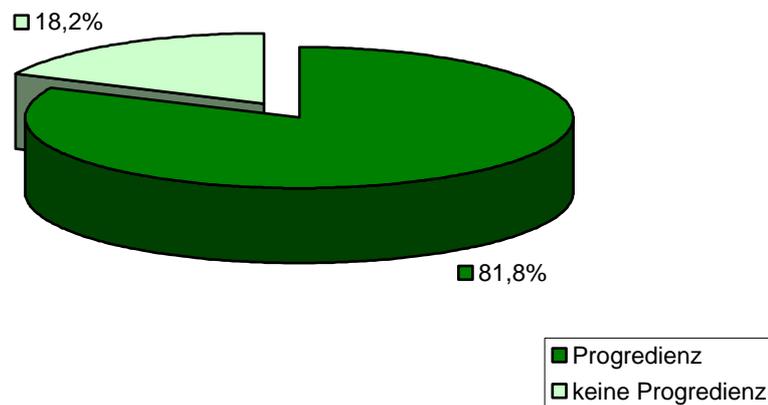


Abb. 21: Begutachtete mit und ohne Progredienz

3.2.14 Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung (nach Verfolgungsende) und zum Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags: Vergleich anhand des BSS

BSS - Definition

Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) dient der Schweregrad-einschätzung einer psychogenen Erkrankung.

Die Intensität der Beeinträchtigungen auf körperlichem, psychischem und sozialkommunikativem Gebiet, die durch die Erkrankung hervorgerufen werden, wird jeweils mittels Punktevergabe beurteilt.

Für jeden Teilbereich (physisch, psychisch, sozialkommunikativ) können die Punkte 0 = gar nicht; 1 = geringfügig; 2 = deutlich; 3 = stark; 4 = extrem vergeben werden. Zum Schluss werden die Punkte aus den jeweiligen Teilbereichen addiert. Als Maximum können 12 Punkte erreicht werden, als Minimum 0.

Die Gesamtpunktzahl 0 spricht gegen eine Symptomatik.

Die Punktzahlen 1 - 4 für eine geringe (Grad 1), die Punkte 5 – 8 für eine mittelgradig ausgeprägte (Grad 2) und die Punktzahlen 9 – 12 für eine schwer ausgeprägte Symptomatik (Grad 3).

a) Zeitpunkt der Erstbegutachtung

Zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Erstbegutachtung im Anschluss an das Verfolgungsende wies die Mehrheit der untersuchten Personen, das heißt 92,4%, eine mittelgradig ausgeprägte Verfolgungssymptomatik auf (entspricht Grad 2).

Bei 2 Überlebenden (3,0%) konnte eine geringe Symptomatik festgestellt werden (Grad 1). 3 Personen (4,5%) konnten aufgrund mangelnder Angaben nicht zugeordnet werden.

Die Schweregradeinteilung 3 war durch keinen der Überlebenden vertreten.

Mit Abstand am häufigsten wurden die Gesamtpunktzahlen 6 und 7 vergeben. Hierauf verteilten sich je 24 Überlebende (je 36,4%).

Die geringste Punktzahl entsprach dem Punktwert 2 und wurde einmalig (1,5%) zugeteilt, die höchst erzielte Gesamtpunktzahl 8 sechs Mal (9,1%).

**Tabelle 18: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik anhand des BSS;
Zeitpunkt: vertrauensärztliche Erstbegutachtung**

BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score):

Punkte 1-4: gering ausgeprägte Symptomatik; Punkte 5-8: mittelgradig; 9-12 Punkte: schwer

Zeitpunkt: vertrauensärztliche Erstbegutachtung	
BSS - Punkteverteilung	Anzahl (Häufigkeit in %)
1 Punkt	-
2 Punkte	1 (= 1,5%)
3 Punkte	-
4 Punkte	1 (= 1,5%)
5 Punkte	7 (= 10,6%)
6 Punkte	24 (= 36,4%)
7 Punkte	24 (= 36,4%)
8 Punkte	6 (= 9,1%)
keine Angabe	3 (= 4,5%)
gesamt	66 (= 100%)
BSS - Gradeinteilung	Anzahl (Häufigkeit in %)
Grad 1	2 (= 3,0%)
Grad 2	61 (= 92,4%)
Grad 3	-
keine Angabe	3 (= 4,5%)
gesamt	66 (= 100%)

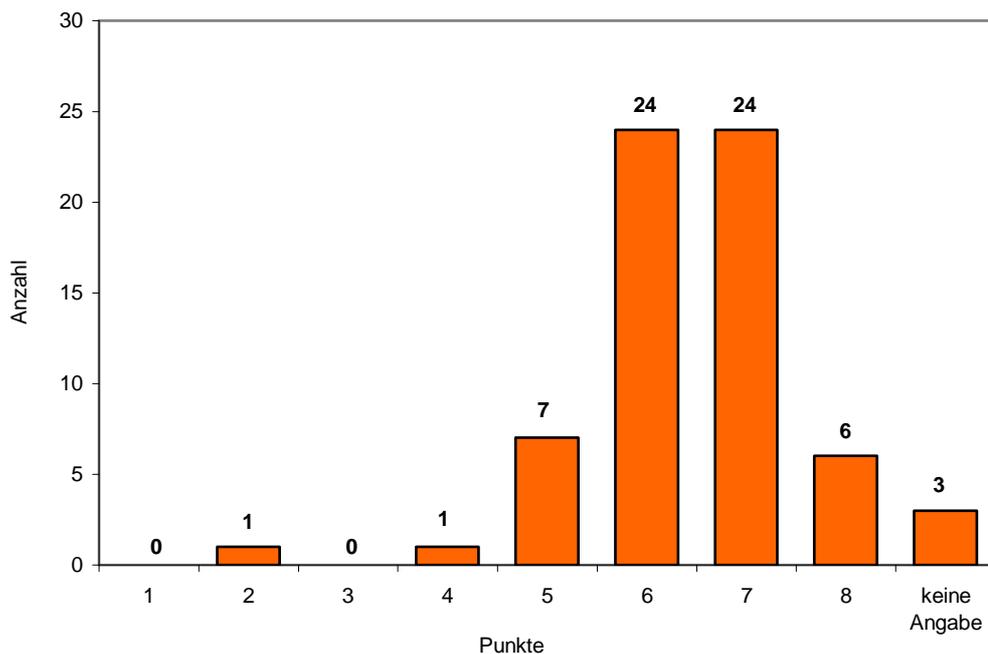


Abb. 22: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung: BSS-Punkteverteilung

b) Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags

Die zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Zweitbegutachtung im Rahmen des Verschlimmerungsantrags erhobene Schweregradeinteilung lässt, verglichen mit den Daten der Erstbegutachtung, Veränderungen erkennen:

Während nach der Verfolgung noch kein Überlebender eine schwer ausgeprägte Symptomatik, entsprechend Grad 3, entwickelt hatte, waren es zum Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags 31 Personen (47%).

Darüber hinaus konnte bei 32 Überlebenden (48,5%) eine mittelgradige Symptomatik diagnostiziert werden, bei 3 Begutachteten (4,5%) eine geringe Verfolgungssymptomatik.

Die Maximalpunktzahl von 12 sowie die niedrigste Punktzahl mit 2 Punktwerten wurden jeweils ein Mal (je 1,5%) erzielt.

Mit 27,3% war die Gesamtzahl 8 am häufigsten vertreten.

Trennt man die Überlebenden mit und ohne eingetretener Progredienz voneinander, so finden sich 9 der 12 Begutachten ohne Progredienz unter den Personen mit einer mittelgradig ausgeprägten Symptomatik, die übrigen 3 entsprechen dem Personenkreis mit einer geringen Symptomatik.

Der noch fehlende Rest ist den begutachteten Personen mit progredienten Verfolgungsstörungen zuzurechnen. Neben einer Punktzahlsteigerung hat sich bei ihnen in einigen Fällen auch die Gradzahl um eins erhöht.

**Tabelle 19: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik anhand des BSS;
Zeitpunkt: vertrauensärztliche Zweitbegutachtung**

Zeitpunkt: vertrauensärztliche Zweitbegutachtung (im Rahmen des Verschlimmerungsantrags)	
BSS - Punkteverteilung	Anzahl (Häufigkeit in %)
1 Punkt	-
2 Punkte	1 (= 1,5%)
3 Punkte	1 (= 1,5%)
4 Punkte	1 (= 1,5%)
5 Punkte	2 (= 3,0%)
6 Punkte	2 (= 3,0%)
7 Punkte	10 (= 15,2%)
8 Punkte	18 (= 27,3%)
9 Punkte	16 (= 24,2%)
10 Punkte	10 (= 15,2%)
11 Punkte	4 (= 6,1%)
12 Punkte	1 (= 1,5%)
gesamt	66 (= 100%)
BSS - Gradeinteilung	Anzahl (Häufigkeit in %)
Grad 1	3 (= 4,5%)
Grad 2	32 (= 48,5%)
Grad 3	31 (= 47,0%)
gesamt	66 (= 100%)

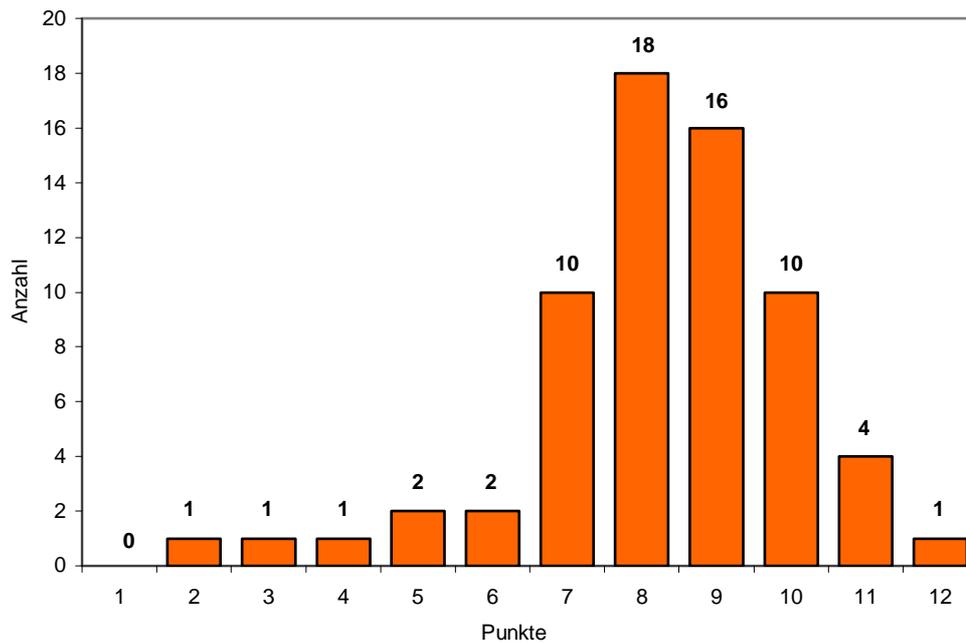


Abb.23: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik zum Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags: BSS-Punkteverteilung

Die BSS-Gradeinteilungen zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung und zum Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags im Vergleich:

Tabelle 20: Vergleich der BSS-Gradeinteilungen

BSS - Gradeinteilung	Zeitpunkt: Erstbegutachtung	Zeitpunkt: Verschlimmerungsantrag
<i>Grad 1</i>	2 (= 3,0%)	3 (= 4,5%)
<i>Grad 2</i>	61 (= 92,4%)	32 (= 48,5%)
<i>Grad 3</i>	-	31 (= 47,0%)
<i>keine Angabe</i>	3 (= 4,5%)	-
<i>gesamt</i>	66 (= 100%)	66 (= 100%)

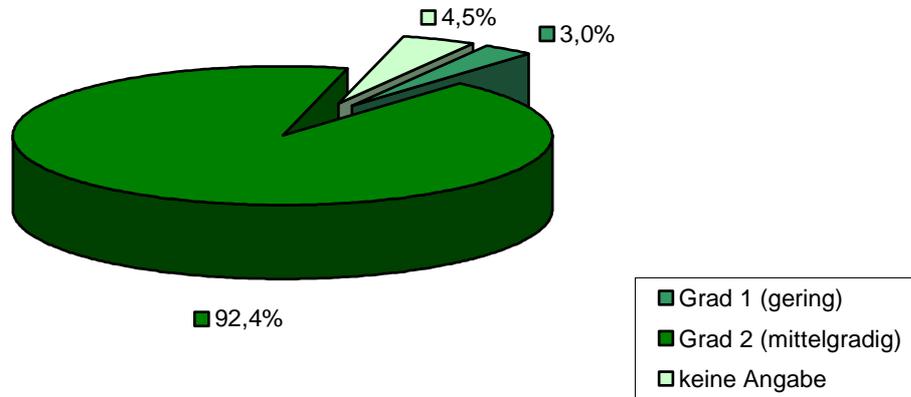


Abb. 24: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung: BSS-Gradeinteilung

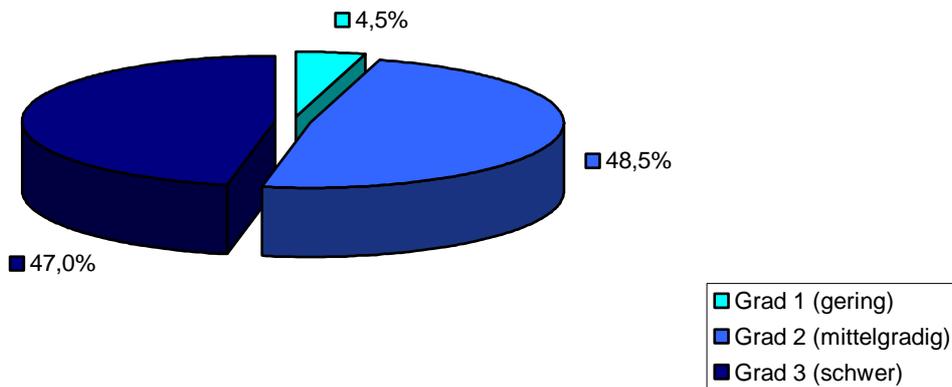
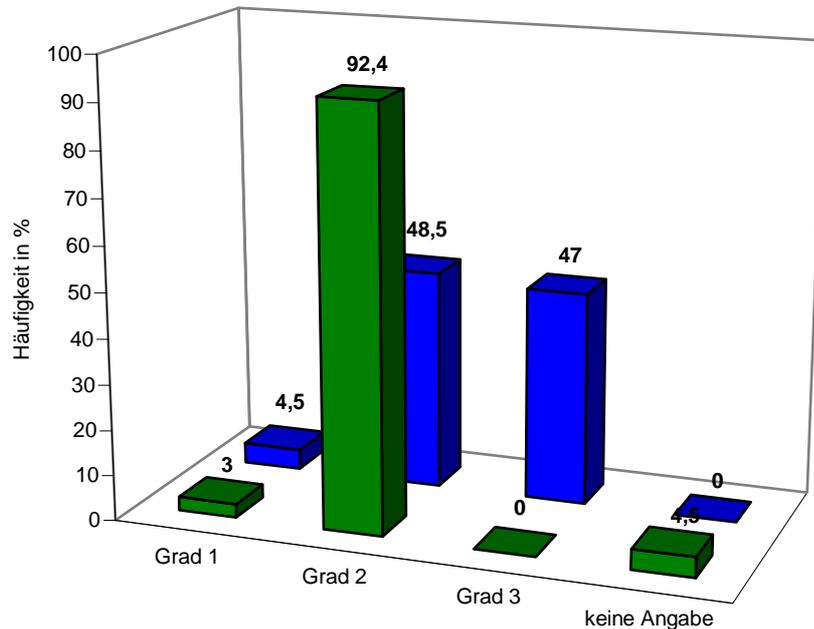


Abb. 25: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik zum Zeitpunkt der Zweitbegutachtung: BSS-Gradeinteilung



	Grad 1	Grad 2	Grad 3	keine Angabe
■ Zeitpunkt der Erstbegutachtung	3	92,4	0	4,5
■ Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags	4,5	48,5	47	0

Abb. 26: Vergleich der BSS-Gradeinteilungen

3.2.15 Progredienzfaktoren

Im Falle der 54 begutachteten Personen, die einen progredienten Verlauf ihrer Verfolgungssymptomatik zeigten, ließen sich bei nahezu allen (98,1%) Faktoren bzw. auslösende Ereignisse und Situationen finden, die sich verschlimmernd auf die vorliegenden verfolgungsbedingten Störungen auswirkten.

Ermittelt werden konnten Lebensumstände wie das Verlassen des Elternhauses durch die erwachsen gewordenen Kinder (32,1%), familiäre Probleme (7,5%) (Eltern-Kind-Konflikt, Eheprobleme), die Pensionierung des Ehepartners (9,4%), das Miterleben einer schweren körperlichen Erkrankung des Partners oder eines nahen Angehörigen (22,6%) oder gar deren Tod (26,4%).

Den mit Abstand stärksten Einfluss (75,5%) schienen jedoch eigene (schwere) körperliche Erkrankungen, teils verbunden mit Operationen, zu haben.

56,6% der Überlebenden machte ihr fortschreitender Alterungsprozess schwer zu schaffen, 37,7% die eigene Pensionierung.

Neben diesen verfolgungsunabhängigen Faktoren fanden sich auch verfolgungsassoziierte.

Die Einberufung des Partners, Sohnes oder Enkels zum Militärdienst (9,4%), äußere Kriegs- oder Terrorereignisse (20,8%) sowie auch der sich nähernde Holocaust-Gedenktag (3,8%) bewirkten ebenfalls eine Verschlimmerung der verfolgungsbedingten Störungen.

Faktoren, hingegen, die zu einer Stabilisierung oder gar Reduktion der Verfolgungssymptomatik beigetragen haben könnten, sich etwa signifikant häufiger zeigten, ließen sich bei der Betrachtung, insbesondere der Verfolgten mit statischem bzw. rückläufigem Verlauf, nicht nachweisen.

Tabelle 21: Progredienzfaktoren

Progredienzfaktoren	Anzahl (Häufigkeit in %)
- Verlassen des Elternhauses durch Kinder	17 (= 32,1%)
- fortschreitender Alterungsprozess	30 (= 56,6%)
- Pensionierung (eigene)	20 (= 37,7%)
- Pensionierung des Partners	5 (= 9,4%)
- eigene (schwere) körperl. Erkrankungen und Operationen	40 (= 75,5%)
- (schwere) körperl. Erkrankungen und Operationen des Partners/ eines nahen Angehörigen	12 (= 22,6%)
- Tod des Partners oder eines Angehörigen	14 (= 26,4%)
- Militärdienst (Partner/Sohn/Enkel)	5 (= 9,4%)
- Kriegs-/Terrorereignisse	11 (= 20,8%)
- Fam. Probleme (Eheprobleme, Scheidung, Eltern-Kind-Konflikte)	4 (= 7,5%)
- Holocaust-Gedenktag	2 (= 3,8%)
Fallzahl n	53 (= 100%)

Progredienzfaktoren: Vorkommen:
--

vorhanden	53 (= 98,1%)
nicht vorhanden	-
keine Angabe	1 (= 1,9%)
Fallzahl n	54 (= 100%)

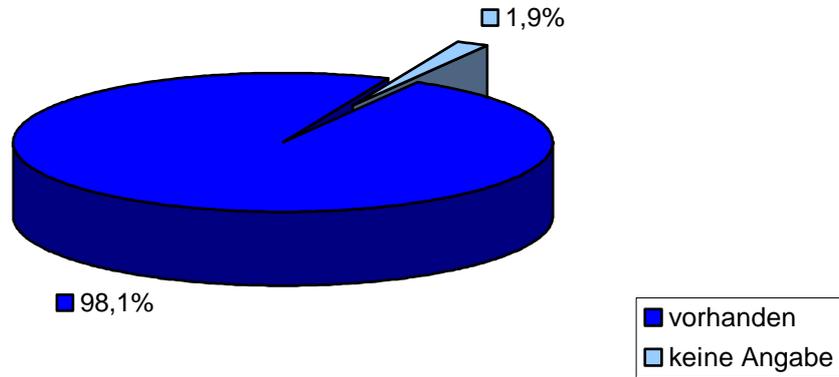


Abb. 27: Progredienzfaktoren: Vorkommen

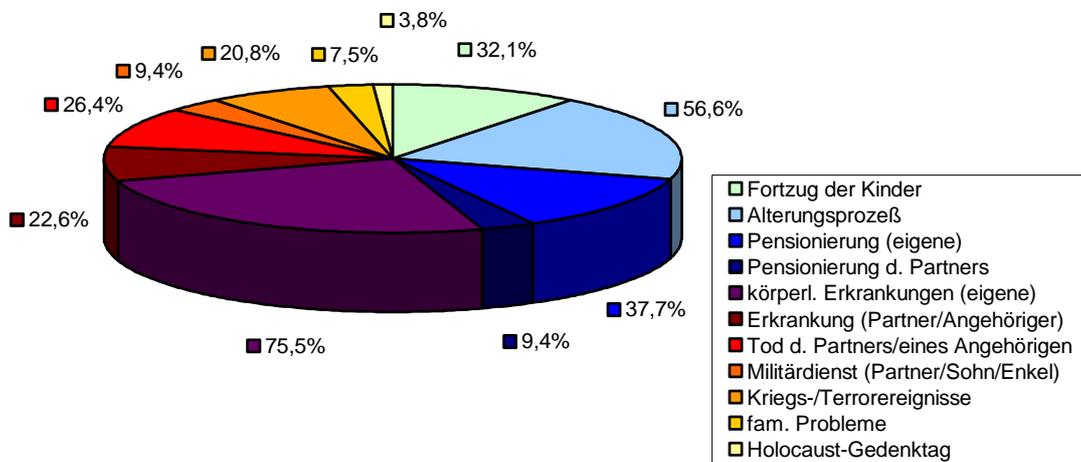


Abb. 28: Progredienzfaktoren: Verteilung

3.2.16 Therapiemaßnahmen

Zu einer professionellen Therapie ihrer Störungsbilder entschieden sich 90,9% der Begutachteten. 2 (3,0%) der Überlebenden begaben sich in psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, 28 (42,4%) wurden ausschließlich

medikamentös mit Psychopharmaka wie Benzodiazepinen oder Antidepressiva therapiert. Der Großteil jedoch, nämlich 30 (45,5%) ehemals Verfolgte, ließ sich sowohl gesprächstherapeutisch als auch medikamentös behandeln.

Nur 6 (9,1%) Personen entschieden sich gänzlich gegen eine Behandlung.

Tabelle 22: Therapiemaßnahmen

Therapiemaßnahmen	Anzahl (Häufigkeit in %)
- Psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung	2 (= 3,0%)
- Medikation (Psychopharmaka)	28 (= 42,4%)
- Psych. Behandlung und Medikation	30 (= 45,5%)
- weder noch	6 (= 9,1%)
gesamt	66 (= 100%)

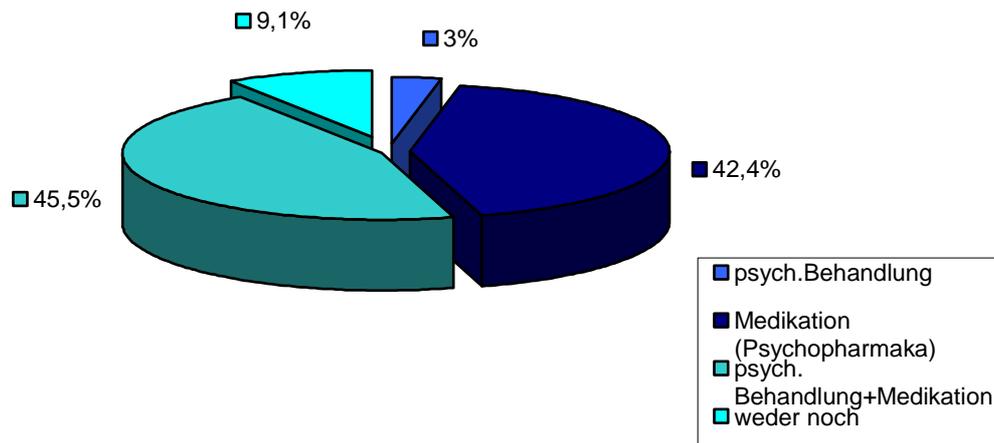


Abb. 29: Therapiemaßnahmen: Verteilung

3.2.17 Suchterkrankungen, Essstörungen

Anhaltspunkte für eine Drogen-, Medikamenten- oder Alkoholabhängigkeit sowie für Selbstverletzungen fanden sich bei den Begutachteten nicht.

Allerdings konnte bei 6 (9,1%) Überlebenden, ausschließlich Frauen, ein gestörtes Essverhalten festgestellt werden.

So litt eine der Begutachteten an Bulimie, eine der Frauen überaß sich stets aus Nervosität und die übrigen 4 hatten die ständige Angst, den Hungertod zu sterben, infolgedessen sie sich zeitlebens mit übermäßig viel Nahrungsmitteln eindeckten.

4 DISKUSSION

4.1 Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit vorangegangenen Untersuchungen

4.1.1 Gesundheitsstörungen

Das Wissen um bleibende Gesundheitsschäden auf physischem und psychischem Gebiet bei Überlebenden des Holocausts hatte sich nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges nur sehr mühsam durchgesetzt. (11) War man doch bis dato von der unendlichen Belastbarkeit der menschlichen Seele überzeugt. (14)

In den nachfolgenden Jahrzehnten konnte zudem festgestellt werden, dass trotz des zunehmenden Abstands zum Ende der Nazi-Gewaltmaßnahmen die verfolgungsbedingten Störungen unvermindert weiter bestanden und es bei vielen Überlebenden sogar zu einer Exazerbation des Beschwerdebildes gekommen war. (6)

4.1.1.1 Vertrauensärztliche Erstbegutachtung

Die späte und nur langsame Ausbreitung der Kenntnis über Gesundheitsschäden nach KZ-Haft war maßgebend für die zeitlich verzögerten Erstbegutachtungen der Holocaustüberlebenden. Die vorliegende Arbeit war diesbezüglich zu dem Ergebnis gekommen, dass beim untersuchten Patientengut im Schnitt erst 26 Jahre (SD = 4,5) nach dem Ende der Verfolgungsmaßnahmen eine Erstbegutachtung zur Feststellung verfolgungsbedingter Schäden stattgefunden hatte. Der Vergleich mit der Studie von Kirchhoff et al. (6) zeigte jedoch, dass es sich bei dieser Zeitspanne um eine sehr variable Größe handelt. Kirchhoff et al. beschrieben

im Durchschnitt eine Dauer von 4 Jahren zwischen der Befreiung und der Erstbegutachtung.

Die sich erst allmählich ausbreitende Kenntnis von der Existenz eines Überlebenssyndroms war durch mehrere Faktoren bedingt.

Neben der klassischen psychiatrischen Lehrmeinung, nach welcher es infolge äußerer Ereignisse allenfalls zu rasch vorübergehenden und abklingenden Reaktionen kommt (11), standen der Anerkennung der verfolgungsbedingten Gesundheitsstörungen Ämter im Wege, in „welchen vor allem Beamte saßen, die dort schon während der ganzen Nazizeit gearbeitet hatten und daher (...) nicht die richtige Einstellung mitbrachten. Sie sahen (...) ihre Hauptaufgabe darin, den Nachweis zu führen, dass „Konstitution“ und „anlagebedingte Schwäche“, nicht aber die Verfolgung für das große seelische Leid verantwortlich seien“. (11)

Beigetragen zu den verspäteten Erstbegutachtungen hatten auch die betroffenen Überlebenden selbst. In der Zeit unmittelbar nach der Befreiung hatten sie ihre Prioritäten zunächst anderswo gesetzt. Die Suche nach überlebenden Angehörigen oder die Rückkehr in die Heimat standen im Vordergrund. Manche entschieden sich für eine Emigration und nur wenige blieben in Deutschland. (11) Für deutsche Ärzte bzw. Gutachter bestand somit anfänglich kaum die Möglichkeit, Erfahrungen mit den gesundheitlichen Folgen des Holocausts zu sammeln (11) und deren Anerkennung als verfolgungsbedingte und entschädigungswürdige Störungen voranzutreiben.

4.1.1.2 Verfolgungsbedingte Störungen

Im Rahmen dieser Untersuchung konnte nachgewiesen werden, dass alle 66 Begutachteten durch den Nazi-Terror körperliche und/oder seelische Störungen davongetragen haben. Dies wundert nicht, bedenkt man, welche gravierenden Erlebnisdruck nationalsozialistisch Verfolgte ausgesetzt waren. (10) Zusammengepfercht in Konzentrations- und Vernichtungslagern mussten sie die „systematische Ausrottung tausender Leidensgefährten mit ansehen (...)

und die eigene Selektion zur Tötung jeden Tag von neuem (...) befürchten (...).“ (10) Diese ständige Bedrohung und Ängstigung in Verbindung mit den Drangsalierungen, brutalen Misshandlungen, dem Hunger und den unmenschlichen Lebensverhältnissen hatten eine enorm destruierte Wirkung auf die Verfolgten. Auch fehlte der entscheidende Faktor der Hoffnung, eines Tages wieder in Freiheit zu gelangen. Die Vernichtung dieser Menschen war eine beschlossene Sache, einen Sinn in diesem Leben zu finden unmöglich. (10)

Die Spuren, die der Nazi-Terror bei den Überlebenden hinterlassen hat, können der Häufigkeitsverteilung der in der Untersuchungsgruppe beobachteten verfolgungsbedingten Störungen entnommen werden. Nahezu das gesamte Kollektiv ist von depressiven Störungen (98,5%), von generalisierten und anfallsweise auftretenden Angststörungen (97%), einem Hyperarousal (97%) und psychosomatischen Beschwerden (97%) in Form von funktionellen Magen-Darmstörungen, Herzklopfen u.a. betroffen. 83,3% des untersuchten Personenkreises weisen soziale Isolierungstendenzen auf und 78,8% der Überlebenden leiden an hypermnestischen Erinnerungsfixierungen.

Freyberger et al. (5) beschrieben in ihrer Arbeit vergleichbare verfolgungsabhängige Störungen, die dem Symptomenkomplex der posttraumatischen Belastungsstörung angehören. Sie nennen beispielsweise Intrusionen, Hyperarousal, depressive Störungen, Angststörungen, phobische Vermeidung und Merkmale wie die Teil-Amnesie oder die Depersonalisation, die in der vorliegenden Arbeit nicht eruiert werden konnten.

Verglichen mit der Studie von Freyberger et al. (5) ergaben sich für die depressiven (98,5% vs. 50,5%) und die Angststörungen (97% vs. 50,2%), das Hyperarousal (97% vs. 56,3%), die Phobien (37,9% vs. 11,7%) und die hypermnestischen Erinnerungsfixierungen (78,8% vs. 67,7%) im vorliegenden Kollektiv signifikant höhere Prozentwerte und damit eine höhere Repräsentanz.

Die andersartige Verteilung und das unterschiedlich häufige Vorkommen der verfolgungsbedingten Störungen in verschiedenen Untersuchungsgruppen

führen Matussek et al. (9) auf die individuelle Belastbarkeit des einzelnen Menschen sowie auf unterschiedlich schwere Belastungsfaktoren zurück. Sie unterscheiden hierbei zwischen objektiv situationsgebundenen und subjektiv personengebundenen Faktoren.

Unter den objektiv situationsgebundenen Belastungsfaktoren werden Arbeitssituationen, Dauer der Verfolgung und Haft, Verlust von Angehörigen, Lagerschwere und Lagerkrankheiten verstanden. Zu den subjektiv personengebundenen Belastungsfaktoren zählen Verfolgungsgrund, Alter, Geschlecht, Anpassung im Konzentrationslager und Merkmale der Persönlichkeitsentwicklung.

Je nach Konstellation der Belastungsfaktoren ergibt sich nach Matussek et al. (9) für den einzelnen Verfolgten ein nach Art, Schwere und Folgestörungen individuell unterschiedliches Verfolgungsschicksal.

4.1.1.3 Verlauf der verfolgungsbedingten Störungen: Progredienz, Rückbildung, statischer Verlauf; Salutogene und Progredienzfaktoren

Bei 54, d.h. 81,8% und somit der Mehrheit der untersuchten Personen im vorliegenden Kollektiv, ließ sich eine Progredienz ihrer verfolgungsabhängigen Schäden feststellen. Demgegenüber zeigten 12 (18,2%) der Überlebenden keine Intensitätssteigerung ihrer posttraumatischen Symptomatologie. In 4 Fällen (33,3%) handelte es sich hierbei um einen Rückbildungsprozess auf ein niedrigeres Intensitätsniveau und bei den übrigen 8 (66,7%) Personen um einen statischen Verlauf.

Freyberger et al. (5) kamen in ihrer Arbeit zu einem gegenteiligen Ergebnis. Die Mehrheit ihrer Untersuchungsgruppe, genauer gesagt 61,3%, ließ keine Progredienz des verfolgungsbedingten Störungskomplexes erkennen, sondern zeigte Rückbildungsprozesse und statische Verläufe. Bei 38,6% der Überlebenden hingegen war eine Verschlimmerung der posttraumatischen Pathologie eingetreten.

Der bei 368 ehemals Verfolgten ermittelten Reduktion der posttraumatischen Belastungsstörungssymptomatik schrieben Freyberger et al. (5) ursächlich vier salutogene Faktoren zu, die sie im Rahmen ihrer Arbeit identifiziert hatten. Diese vier Merkmale traten in der Gruppe der nicht-progredienten Überlebenden signifikant häufiger auf als in der Gruppe der progredienten Überlebenden. Bei den vier Merkmalen handelte es sich um:

1. *Den Staat Israel:*

Die Mehrzahl der durch Freyberger et al. untersuchten Überlebenden (57,5%) war nach der Befreiung nach Israel ausgewandert. Mit dem dort herrschenden Zionismus verbanden die befreiten Juden die Hoffnung auf einen Neuanfang in einem Land, das an die Religions-, Kultur- und Volksgeschichte der Juden anknüpft. (5) Israel bot ihnen die Chance, ihre Traumata zu verarbeiten und zu überwinden sowie ihre Rehabilitation voranzutreiben. (5)

2. *Die Eheschließung mit einem ebenfalls Überlebenden:*

Diesen salutogenen Faktor betreffend zeigte sich, dass sich nicht nur 47% von insgesamt 95% Verheirateten für einen ebenfalls Überlebenden als Partner entschieden hatten, sondern auch, dass diese Betroffenen überzufällig seltener der Gruppe der progredienten Überlebenden angehörten. Die Ursache hierfür sahen Freyberger et al. in der Entwicklung einer gemeinsamen salutogenen Bewältigungsstrategie innerhalb dieser Ehen. (5)

3. *Die Geburt von Kindern:*

„Nach unserer Befreiung wollten wir Kinder und noch einmal Kinder haben, um nach dem grauenvollen Inferno mit den unzähligen Toten endlich wieder neues Leben um uns herum zu haben.“ (5)

In der Untersuchungsgruppe von Freyberger et al. war der Wunsch nach Kindern ebenfalls sehr groß. So hatten sich 93,1% der verheirateten Überlebenden für Kinder entschieden. Die durchschnittliche Kinderzahl lag bei 3,4 (SD = 2,1). Die Fortführung der Generationenfolge und der Erhalt des jüdischen Volkes waren somit sichergestellt. (5)

4. *Holocaust-Thematisierungen:*

Die direkte und indirekte Exposition mit Verfolgungsthemen konnte von Freyberger et al. bei 72,3% ihrer untersuchten Überlebenden als salutogener

Faktor ermittelt werden. (5) Hierunter sind die Teilnahme an Gedenkzeremonien („Holocaust Remembrance Day“), der Besuch von Museen, Vorträgen und Gedenkstätten (Yad Vashem, Washington Holocaust Memorial, Museum Auschwitz) sowie die regelmäßigen Treffen von Überlebenden zu verstehen. (5) Freyberger et al. konnten zudem aufzeigen, dass bei 65% ihrer Holocaust-Überlebenden das intensive Bedürfnis bestand, die ehemalige Heimat sowie die Ghettoisierungs- und Lagerorte zu besuchen. Die Intention dahinter war, symbolisch auszudrücken, dass das jüdische Volk letztlich doch überlebt hatte. (5)

Die salutogene Wirkung führten Freyberger et al. auf die regelmäßigen Konfrontationen mit den belastenden Vergangenheitserinnerungen zurück. (5)

Obwohl die Mehrheit der in der vorliegenden Arbeit untersuchten Überlebenden, nämlich 63,6%, ebenfalls nach Israel ausgewandert waren, 40% der Verheirateten die Ehe mit einem ehemals Verfolgten eingegangen waren und sich 97% der Holocaust-Überlebenden für Kinder entschieden hatten, waren diese Faktoren, anders als in der Studie von Freyberger et al. (5), nicht überzufällig häufig in der Gruppe der nicht-progredienten Überlebenden zu finden. Vielmehr verteilten sie sich auf das gesamte Kollektiv.

Andere salutogene Faktoren mit signifikant höherem Auftreten in der Gruppe der Überlebenden mit sich rückbildenden und statischen Verläufen waren ebenso nicht nachzuweisen.

Eine Rolle könnte bei dem Personenkreis der sich abschwächenden bzw. gleich bleibenden Beschwerdesymptomatik jedoch der immer größer werdende zeitliche Abstand zu den Nazi-Gewaltmaßnahmen spielen. Vor diesem Hintergrund wäre eine Intensitätsabschwächung bzw. eine gleich bleibende Intensität erklärbar. (5)

In Übereinstimmung mit der Studie von Freyberger et al. (5) konnten in der vorliegenden Untersuchungsgruppe Faktoren eruiert werden, die einen negativen Einfluss auf die bestehende verfolgungsbedingte

Beschwerdesymptomatik nahmen und in der Folge eine Intensitätssteigerung der Symptomatik bewirkten.

Diese Faktoren waren bei nahezu allen Überlebenden des untersuchten Kollektivs (98,1%), die einen progredienten Verlauf ihrer Gesundheitsstörungen zeigten, zu finden. Freyberger et al. (5) konnten diese bei 37% ihrer Untersuchten nachweisen.

In beiden Studien erwiesen sich eigene (schwere) körperliche Erkrankungen und Operationen als der Lebensumstand mit dem höchsten Belastungspotential. Das Verlassen des Elternhauses durch erwachsen gewordene Kinder, die eigene Pensionierung mit dem Zutagetreten von Vereinsamungsgefühlen, die Erkrankung oder der Tod des Partners oder von Angehörigen, aber auch verfolgungsassoziierte Faktoren wie die Einberufung des Partners, Sohnes oder Enkels zum Militärdienst sowie erneute kriegerische Konflikte (Golfkrieg) stellten weitere Verschlimmerungsereignisse dar.

Während in der Arbeit von Freyberger et al. die Konfrontation mit dem Holocaust-Gedenktag als salutogener Faktor ermittelt werden konnte, empfanden 3,8% der Überlebenden der vorliegenden Untersuchung diesen Gedenktag und die Erinnerungen an ihre Verfolgungserlebnisse hingegen als Belastung und schrieben diesem einen retraumatisierenden Charakter zu.

Ergänzend zu den bereits genannten Faktoren fanden sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit zusätzliche Progredienzfaktoren. Hierzu zählen die Pensionierung des Partners, familiäre Probleme wie Eltern-Kind- oder Ehekonflikte und der fortschreitende Alterungsprozess, der einem unausweichlich die Endlichkeit des Daseins ins Bewusstsein ruft.

Progredienzfaktoren stoßen bei Überlebenden des Holocausts auf eine spezielle Disposition im Sinne einer verfolgungsbedingt gesteigerten psychischen Vulnerabilität. (3) Dies erklärt auch die im untersuchten Kollektiv festgestellte hohe Rate an progredienten Verläufen (81,8%).

Die Fähigkeit der Überlebenden, Krankheiten, Verlusterlebnisse, Bedrohungen oder sonstige konfliktreiche Lebensumstände zu verkraften, ist im Vergleich zu anderen Menschen erheblich vermindert. (15) Die Mobilisation der zur

Bewältigung erforderlichen Abwehrmechanismen gelingt in nur geringem Maße, da die Überlebenden durch die Verfolgungserlebnisse ihrer Unbefangenheit und ihres Optimismus beraubt wurden. (15) Beängstigende Zukunftsperspektiven drängen hierdurch in ihr Leben und verursachen großes seelisches Leid. (15)

4.1.1.4 Therapiemaßnahmen

Im Kampf gegen die psychischen Störungen nahmen 90,9% der Überlebenden des vorliegenden Personenkreises professionelle Hilfe in Anspruch.

3,0% der Betroffenen begaben sich in psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, 42,4% entschieden sich ausschließlich für eine medikamentöse Therapie mittels Psychopharmaka wie Benzodiazepinen oder Antidepressiva. Eine Kombinationsbehandlung aus Gesprächs- und medikamentöser Therapie beanspruchten 45,5% der Überlebenden.

In der Studie von Kirchhoff et al. (6) nahmen 8% des analysierten Kollektivs die Möglichkeit einer nervenärztlichen und 19% einer medikamentösen Behandlung wahr.

Die im Vergleich zu Kirchhoff et al. hohe Rate an ehemals Verfolgten, die sich einer Gesprächstherapie unterzogen, überrascht, hatte doch Matussek im Rahmen seiner Untersuchungen eine Ablehnung der Psychotherapie durch die Überlebenden feststellen können. (10) Für die ablehnende Haltung gegenüber dieser Therapieform fand Matussek drei Gründe:

1. Vorurteil gegenüber der Methode aufgrund ungenügender oder falscher Aufklärung („Beschäftigung hauptsächlich mit der Sexualität“) sowie der Ansicht, dass die grausamen Erfahrungen der Vergangenheit überhaupt nicht rückgängig gemacht werden könnten. (10)
2. Angst um die Rente infolge der durch die Verfolgungszeit bedingten überdurchschnittlichen Existenzangst. (10)
3. Misstrauen gegenüber einem deutschen Therapeuten, dessen politische Einstellung und Vergangenheit nicht bekannt ist. Psychotherapeuten anderer Nationen wurden hingegen eher akzeptiert. (10)

4.1.2 Verfolgungsumstände

4.1.2.1 Alter bei Verfolgungsbeginn

Die Mehrheit der Überlebenden (63,6%) der vorliegenden Arbeit wurden im Alter von 11 bis 20 Jahren Opfer nationalsozialistischer Verfolgungsmaßnahmen. Das jüngste Opfer der Untersuchungsgruppe war gerade 4, das älteste 30 Jahre alt gewesen. Im Durchschnitt lag das Alter bei Verfolgungsbeginn bei 15,4 Jahren (SD = 5,4) und kommt somit dem von Freyberger et al. (5) ermittelten mittleren Alter von 17,04 Jahren (SD = 9,8) sehr nahe.

Hinsichtlich der Entwicklung von Folgestörungen spielt das Alter, in das die Verfolgungsmaßnahmen fallen, eine wichtige Rolle. Gerade die ersten Lebensjahre des Menschen sind nach Paul et al. ausschlaggebend für die Prägung der Entwicklungsrichtung. (10) Ist ein Heranwachsen unter normalen verfolgungsunabhängigen Bedingungen nicht möglich, können Infantilismus, Retardierung, begrenzte Akzelerationen oder aber Charakterdeformierungen die Folge sein. (10)

Ähnlich wie bei den Erwachsenen fallen bei jugendlich Verfolgten vor allem psychoreaktive Dauerstörungen auf. Durch die stärkere Beeindruckbarkeit und der weniger stabilen seelischen Tragfähigkeit dieser Altersgruppe ist die Ausprägung der Störungen jedoch um einiges tiefer gehend. Beeinträchtigungen im charakterologischen Bereich sind wahrscheinlicher. (10)

4.1.2.2 Verfolgungsdauer

Die durchschnittliche Verfolgungsdauer betrug im vorliegenden Kollektiv 3,4 Jahre (SD = 1,7) und schwankte zwischen einem und sechs Jahren. Die meisten Überlebenden der Untersuchungsgruppe (28,8%) waren nationalsozialistischen Verfolgungsmaßnahmen 3 Jahre ausgesetzt.

Matussek et al. beschrieben eine Inhaftierungszeit zwischen 3 und 48 Monaten für die eine Hälfte und eine Haftzeit über 48 Monate für die andere Hälfte ihrer

untersuchten Personengruppe. (9) Zudem hielten sie fest, dass sich zwischen der Inhaftierungsdauer und der Häufigkeit des Auftretens der Folgestörungen kein Zusammenhang ergibt. (9) Dies bedeute, dass die Wahrscheinlichkeit während einer kurzen Inhaftierungszeit einen gesundheitlichen Schaden zu erleiden genauso groß ist wie nach einer längeren Haftzeit. (9)

Diese Beobachtung kann auf die vorliegende Arbeit übertragen werden. Auch hier fand sich keine Korrelation zwischen der Verfolgungsdauer und dem Auftreten verfolgungsabhängiger Störungen. Die vorliegende Untersuchung konnte außerdem kein häufigeres Vorkommen einer kürzeren Verfolgungsdauer in der Gruppe der nicht-progredienten Überlebenden nachweisen. Eine kurze Verfolgungsdauer im Sinne eines salutogenen Faktors ließ sich somit nicht bestätigen.

4.1.2.3 Verlusterlebnisse

Nach Matussek et al. (9) beeinflusst der Verlust enger Familienangehöriger in großem Maße die persönliche Betroffenheit durch Verfolgung und Inhaftierung. Der Tod der Lieben zerstöre die Hoffnung auf ein Überleben und lasse die Zukunft sinnlos erscheinen. Apathie und Passivität stellen sich ein und führen zu einer vielfachen Verstärkung der äußeren Belastung. (9)

Von Verlusterlebnissen betroffen waren in der vorliegenden Untersuchungsgruppe 81,8% der Überlebenden. Bei 48,5% handelte es sich um einen partiellen Verlust, d.h. einem Teilverlust der Kernfamilie (Eltern und Geschwister) und bei 28,8% um einen totalen Verlust, also einem Verlust der kompletten Kernfamilie. 4,5% der ehemals Verfolgten hatten den Tod weitläufiger Verwandte zu beklagen.

Freyberger et al. (5) beschrieben bei 212 Überlebenden (35,3%) ihrer Studie einen totalen und bei 301, d.h. 50,2%, einen partiellen Verlust. 5% ihrer ehemaligen Verfolgten hatten einen Ehepartner und 3,3% eigene Kinder verloren.

In der vorliegenden Arbeit trauerten 3% der Überlebenden um einen Ehepartner und 1,5% um eigene Kinder.

4.1.2.4 Emigrationsländer

Die 20 Männer und 46 Frauen dieser Untersuchungsgruppe stammten im Wesentlichen aus ost- bzw. südosteuropäischen Ländern wie Polen, der ehem. CSSR oder Ungarn. Zu gleichem Ergebnis waren Freyberger et al. (5) sowie Stoffels et al. (12) in ihren Untersuchungen gekommen.

Auffallend war, dass sich keiner der Überlebenden dieses Kollektivs nach dem Ende der Verfolgungsmaßnahmen wieder in seinem Heimatland niederließ, sondern alle in die Emigration gingen. Viele waren zwar für kurze Zeit in ihre Heimatländer zurückgekehrt, doch hinterließen diese oftmals einen fremden und feindseligen Eindruck. Familienmitglieder und Bekannte waren häufig nicht mehr aufzufinden, waren tot oder verstreut. (12)

Die Mehrheit der Überlebenden (63,6%) der vorliegenden Arbeit entschied sich für ein Leben in Israel. 27,3% der ehemals Verfolgten wanderten in die USA aus, der Rest verteilte sich auf Kanada, Frankreich und Argentinien.

Freyberger et al. (5) hatten in ihrer Studie gleiches festgestellt. Nach dem Ende der Verfolgung emigrierten mehr als die Hälfte ihrer Stichprobe nach Israel und 31,2% in die USA.

Israel dominierte insgesamt als Auswanderungsziel. Es nahm alle Menschen mit offenen Armen auf, die in das Land kommen wollten. (9) Für viele war der Zionismus der eigentliche Beweggrund für die Wahl Israels als Aufenthaltsort. (9) Mit diesem war die große Hoffnung auf ein neues Leben in einem neuen Land verbunden (4), einem Land, das an die Jahrtausend alte Kultur- und Volksgeschichte der Juden anknüpfte und ihnen Sicherheit bot.

4.1.3 Soziologische Merkmale

Stoffels et al. konnten bei den im Rahmen ihrer Arbeit analysierten Holocaustüberlebenden eine erfolgreiche Lebensbewältigung nachweisen. (12) So zeigten diese trotz ihres Verfolgungsschicksals und dem daraus resultierenden seelischen Leid gute Anpassungs- und Bewältigungsfähigkeiten. Den meisten gelang die Eingliederung in die Gesellschaft, die Gründung einer Familie sowie ein beruflicher Abschluss. (12)

Nach Stoffels et al. besitzen ehemals Verfolgte bessere Coping-Fähigkeiten als nicht durch Verfolgungsmaßnahmen Betroffene. Sie sind zudem härter, gleichzeitig aber trauriger, hoffnungsloser, rigider und mit einer größeren Verletzlichkeit gegenüber belastenden Lebenssituationen, insbesondere wenn diese Erinnerungen an die Verfolgung oder die damalige ausweglose Lebensbedrohung wiedererwecken. (12)

Dieses stark ausgeprägte Bestreben, die Lebensaufgaben zu bewältigen und Erfolg zu haben, hänge für viele von ihnen mit dem Bedürfnis zusammen, ihrem Leben einen Sinn zu geben angesichts der Tatsache, dass gerade sie überlebten, während andere nicht am Leben bleiben durften. (12) Weiterhin stelle dies eine Möglichkeit dar, mit der Überlebensschuld zurechtzukommen und der Verpflichtung gegenüber den im Holocaust umgekommenen Angehörigen und den in sie gesetzten Erwartungen gerecht zu werden. (12) Überlebende versuchen, so Stoffels et al. (12), teils bewusst, teils unbewusst, das Testament der Toten durch harte Arbeit, Aufopferung für die Familie, Erziehung von Kindern und Ergebenheit gegenüber dem Staate Israel zu erfüllen.

4.1.3.1 Beruf

In der vorliegenden Stichprobe konnte bei nahezu allen Überlebenden eine Berufsgruppenzugehörigkeit ermittelt werden. Lediglich bei zwei Frauen war eine berufliche Zuordnung aufgrund fehlender Angaben nicht möglich. Unter den männlichen Begutachteten fanden sich neben Handwerkern, Arbeitern und Landwirten auch Akademiker, Beamte/Angestellte und Selbständige. Bei den beiden am häufigsten gewählten Berufen handelte es sich um den Handwerkerberuf sowie das Beamtentum/Angestelltentum. Kein Berufszweig konnte sich in besonderem Maße von der Gruppe der anderen abheben.

Bei den weiblichen Überlebenden überwog die Gruppe der Hausfrauen. An zweiter Stelle folgten die Beamtinnen/Angestellten. Weniger häufig vertreten waren die Arbeiterinnen, Handwerkerinnen und die Akademikerinnen.

4.1.3.2 Familienstand

Nahezu die gesamte Untersuchungsgruppe, das heißt 98,5%, hatte sich nach der Befreiung für eine Eheschließung entschieden. Nur eine Person war ledig geblieben.

Zu einem ähnlichen Ergebnis waren auch Freyberger et al. (4) gekommen. 95% ihrer Überlebenden hatten sich im Laufe ihres Lebens verheiratet, 5% hingegen blieben ledig. Von den 95% Verheirateten waren 47% die Ehe mit einem Ebenfalls-Überlebenden eingegangen, im vorliegenden Kollektiv waren es 40%. Hinter dem Wunsch einen Ebenfalls-Überlebenden zu ehelichen, steckte häufig die Vorstellung, dass sich nur ein ebenfalls Befreiter in die erlittenen Traumatisierungen und Kränkungen einfühlen könne. (4) Zugleich sollte eine Eheschließung, möglichst rasch im Anschluss an die Befreiung, Mittel und Weg sein, aufkeimende Vereinsamungsgefühle zu unterdrücken.

4.1.3.3 Kinder

„Nach unserer Befreiung wollten wir Kinder und noch einmal Kinder haben, um nach dem grauenvollen Inferno mit den unzähligen Toten endlich wieder neues Leben um uns herum zu haben.“ (4)

Der Wunsch der Überlebenden, sich biologisch zu verewigen (10) und damit einen Beitrag zur Fortführung der Generationenfolge und zum Erhalt des jüdischen Volkes zu leisten, war nach dem Ende der NS-Diktatur sehr groß. (4) Die hohe Geburtenrate nach dem Zweiten Weltkrieg (2000 Kinder bei 4000 Überlebenden) spiegelte diesen Kinderwunsch wieder. (10)

In der vorliegenden Untersuchungsgruppe hatten sich 97% für Kinder entschieden. Am häufigsten fanden sich Familien mit 2 Kindern. Die durchschnittliche Kinderzahl lag bei 2,4 (SD = 1,05).

Freyberger et al. beschrieben eine durchschnittliche Kinderzahl von 3,4 (SD = 2,1). (5) Der Prozentsatz der Überlebenden mit Kindern lag in dieser Studie bei 93,1%.

4.2 Schlussbemerkung

Ausgehend von den langwierigen und lebhaften Diskussionen um die Anerkennung physischer, vor allem aber psychischer Dauerschäden infolge nationalsozialistischer Verfolgungsmaßnahmen, hat sich in den Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg langsam, aber unaufhaltsam eine Psychiatrie der Verfolgten entwickelt.

Im Anschluss an den Zweiten Weltkrieg mangels Erfahrung und Kenntnis noch als Randerscheinungen vernachlässigt, werden psychische Spätschäden nach extremen Lebensbedingungen zwischenzeitlich unumstritten als Folgestörungen anerkannt. Die Erkenntnis hatte sich allgemein durchsetzen können, dass der Mensch durch Erlebnisse auch dann noch seelisch völlig umgebildet werden kann, wenn er vorher bereits eine fertige und in sich abgeschlossene Persönlichkeit war. (11)

Die Erfahrungen mit dem Holocaust beeinflussten zudem die Beurteilungsgrundlagen anderer Bereiche wie zum Beispiel der lang dauernden inhumanen Kriegsgefangenschaft, der politischen Inhaftierung oder der Opfer sexueller Gewalt uvm. (11) Die Gegenwart ist reich an Gewalttaten und Kriegen. Die Zukunft wird es sein. Eines jedoch hat sich geändert:

Während die Opfer der NS-Diktatur noch um Aufmerksamkeit und Anerkennung ihrer unverschuldet erlittenen Traumatisierungen kämpfen mussten, können Opfer von Gewaltmaßnahmen heutzutage und zukünftig hinsichtlich psychischer (Dauer-)Schäden auf uneingeschränkte Hilfe sowie auch auf die Gewissheit bauen, nicht allein und sich selbst überlassen zu werden. (11)

5 ZUSAMMENFASSUNG

In den Jahren 1933 bis 1945 fielen dem in Deutschland herrschenden nationalsozialistischen Regime Millionen von Juden, Roma und Sinti, aber auch politische Gegner, psychisch Kranke, Behinderte und Homosexuelle zum Opfer. Die oft mehrere Jahre andauernde Haft in Zwangsarbeits-, Konzentrations- und Vernichtungslagern war geprägt durch Misshandlungen, Schwerstarbeit, Hunger, Entwürdigung, unmenschliche Lebensverhältnisse und Massenmord. Die Überlebenden dieses Terrors zeigten psychische und physische Folgen der Traumen in einem bis dahin kaum vorstellbaren Ausmaß. Dies führte zu einer erneuten heftigen und zunächst kontroversen Diskussion um die Existenz psychischer Spätschäden nach extremen Lebensbedingungen, die bereits Ende des 19. Jahrhunderts und auch später im Zusammenhang mit dem Ersten Weltkrieg geführt worden war. Schließlich setzte sich die Erkenntnis durch, dass die seelische Belastbarkeit eines Menschen nicht im Unendlichen liegt und der Mensch auch dann noch eine seelische Umbildung erfahren kann, wenn er bereits eine „fertige“ und strukturierte Persönlichkeit war. (11) Von diesem Zeitpunkt an wurden den psychischen Dauerschäden Bedeutung beigemessen und sie wurden als verfolgungsbedingte und entschädigungswürdige Erkrankungen anerkannt.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit solchen Spätschäden von Holocaustüberlebenden. Bei diesen Überlebenden handelte es sich um ehemals Verfolgte, die vom Wiedergutmachungsamt in Saarburg, dessen Zuständigkeit die zentrale Bearbeitung der Anträge ist, bereits Leistungen aufgrund eines als verfolgungsbedingt anerkannten psychischen Leidens erhielten, jedoch wegen einer Verschlimmerung dieser Beschwerden eine Neufestsetzung ihrer Rente anstrebten. Hierdurch war es möglich, die Entwicklung und den Verlauf der Gesundheitsstörungen seit der Befreiung bis hin zum Verschlimmerungsantrag zu verfolgen und eine eventuelle Änderung der Symptomatik festzustellen. Die Auswertung der Einzelgutachten erfolgte mittels eines Erhebungsbogens anhand von Auswertungskriterien.

Neben den Gesundheitsstörungen und deren Verlauf wurde das Patientengut im Allgemeinen analysiert. Es zeigte sich, dass die durchlebten Verfolgungsmaßnahmen bei allen 66 Begutachteten physische und/oder psychische Traumen hervorgerufen hatten. Am häufigsten vertreten waren depressive Störungen, Angststörungen, psychosomatische Beschwerden, Hyperarousal, soziale Isolierungstendenzen und hypermnestische Erinnerungsfixierungen.

Bei der Mehrheit des untersuchten Kollektivs (81,8%) wiesen die ermittelten Gesundheitsstörungen einen progredienten Verlauf auf. Für diese Intensitätssteigerung konnten Progredienzfaktoren identifiziert werden. Die größte Rolle spielten hierbei neben dem fortschreitenden Alterungsprozess und der Pensionierung eigene (schwere) körperliche Erkrankungen und Operationen. Das Verlassen des Elternhauses durch die erwachsen gewordenen Kinder, die Pensionierung des Partners, familiäre Konflikte, Erkrankungen, Operationen oder gar der Tod des Lebenspartners bzw. eines nahen Angehörigen stellten sich wie die Einberufung eines Familienmitglieds zum Militärdienst, äußere Kriegs-/Terrorereignisse und der sich nähernde Holocaust-Gedenktag ebenfalls als bedeutende und negativ beeinflussende Lebensumstände heraus.

Salutogene Faktoren hingegen, die sich etwa signifikant häufiger in der Gruppe der nicht-progredienten Überlebenden zeigten, konnten nicht ausfindig gemacht werden.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sowohl hinsichtlich der Gesundheitsschäden als auch hinsichtlich allgemeiner Aspekte wie zum Beispiel dem Alter oder dem Familienstand wurden mit den Ergebnissen vorausgegangener Arbeiten verglichen und im Zusammenhang diskutiert.

6 LITERATURVERZEICHNIS

1. **v. Baeyer, W.; Häfner, H.; Kisker, K.P. (1964):** *Psychiatrie der Verfolgten*. Springer, Berlin. S.106-109, 115.
2. **Czisch, P.; Dietrich, M.; Foerster, K. (1995):** *Die Begutachtung von Verschlimmerungsanträgen im Rahmen des Bundesentschädigungsgesetzes*. Med Sach 91. S.123-124.
3. **Freyberger, H.; Freyberger, H. (1996):** *Psychosomatische Begutachtung bei ehemaligen Nazi-Verfolgten*. In: Kisker, K.P.; Bischof, H.H.: *Koblenzer Handbuch des Entschädigungsrechts*. Nomos, Baden-Baden. S. 143, 146, 157.
4. **Freyberger, H.; Freyberger, H. (2002):** *KZ-Traumatisierung: Die Überlebenden und die Täter*. In: Duncker, H.; Dimmek, B.; Kobbé, U.: *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*. KM, Groß-Umstadt. 9. Jg., Heft 3. S.102-103, 110-111.
5. **Freyberger, H.; Freyberger, H. (2007):** *Sechzig Jahre danach: Posttraumatische Belastungsstörungen, salutogene Faktoren und gutachterliche Einschätzungen bei Holocaust-Überlebenden im Langzeitverlauf*. *Z Psychosom Med Psychother* 53. Vandenhoeck & Ruprecht. S.381, 384-388.
6. **Kirchhoff, R.M.; Kirchhoff, G.M.; Schäcke, G. (2003):** *Die gutachtliche Beurteilung psychischer Spätschäden nach Konzentrationslagerhaft im Rahmen von Verschlimmerungsanträgen bei Verfolgungsleiden*. *Nervenheilkunde* 22. S.44, 48, 50, 52.

7. **Kisker, K.P.; Bischof, H.H. (1996):** *Koblenzer Handbuch des Entschädigungsrechts*. Nomos, Baden-Baden. S.15, 19, 257.
8. **Leonhardt, M. (2002):** *Die Begutachtung von Holocaust-Überlebenden. Ein Exkurs zu den Sollbruchstellen in der Identität des forensischen Psychiaters*. *Forens Psychiat Psychother* 9, Heft 3. S.61, 63, 71-73.
9. **Matussek, P. (1971):** *Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen*. Springer, Berlin. S.14, 63, 222, 224.
10. **Paul, H.; Herberg, H.-J. (1967):** *Psychische Spätschäden nach politischer Verfolgung*. S. Karger, Basel. S.51, 127, 240, 247, 253, 256, 275, 356-357, 360-361.
11. **Peters, U.H. (1989):** *Die psychischen Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom*. *Fortschr Neurol Psychiat* 57, Heft 5. Thieme, Stuttgart. S.169-178, 180-182, 186.
12. **Stoffels, H. (1991):** *Schicksale der Verfolgten*. Springer, Berlin. S.44, 47, 69.
13. **Venzlaff, U. (1958):** *Die psychoreaktiven Störungen nach entschädigungspflichtigen Ereignissen (die sogenannten Unfallneurosen)*. Springer, Berlin. S.3-5, 7, 12.
14. **Venzlaff, U. (2005):** *Zur Geschichte der Traumatherapie*. In: Seidler, G.H.; Eckart, W.U.: *Verletzte Seelen: Möglichkeiten und Perspektiven einer historischen Traumaforschung*. Psychosozial, Gießen. S.293-295.
15. **Venzlaff, U.:** Psychiatrisches Gutachten.

7 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1	: Fallzahl und Geschlechtsverteilung.....	32
Tabelle 2	: Länge der Gutachten: Durchschnitt und Häufigkeitsverteilung....	34
Tabelle 3	: Zeitpunkt der Gutachtenerstellung: Verteilung.....	36
Tabelle 4	: mittleres Alter und Altersverteilung zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Zweitbegutachtung (im Rahmen des Verschlimmerungsantrags).....	38
Tabelle 5	: Familienstand der Begutachteten: Teil 1.....	40
Tabelle 6	: Familienstand der Begutachteten: Teil 2.....	40
Tabelle 7	: Kinderzahl: Häufigkeitsverteilung	43
Tabelle 8	: Berufsgruppenzugehörigkeit der Männer.....	45
Tabelle 9	: Berufsgruppenzugehörigkeit der Frauen.....	46
Tabelle 10	: Herkunftsländer.....	48
Tabelle 11	: mittleres Alter und Altersverteilung zum Zeitpunkt des Verfolgungsbeginns.....	49
Tabelle 12	: Deportationsorte.....	51
Tabelle 13	: mittlere Verfolgungsdauer und Häufigkeitsverteilung der Verfolgungsdauer.....	52
Tabelle 14	: Verlusterlebnisse.....	54
Tabelle 15	: Emigrationsländer.....	55
Tabelle 16	: Häufigkeitsverteilung der verfolgungsbedingten Störungen.....	58
Tabelle 17	: Häufigkeitsverteilung der Begutachteten mit und ohne Progredienz.....	62
Tabelle 18	: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik anhand des BSS; Zeitpunkt: vertrauensärztliche Erstbegutachtung.....	64
Tabelle 19	: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik anhand des BSS; Zeitpunkt: vertrauensärztliche Zweitbegutachtung.....	67
Tabelle 20	: Vergleich der BSS-Gradeinteilungen.....	68
Tabelle 21	: Progredienzfaktoren.....	72
Tabelle 22	: Therapiemaßnahmen.....	74

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Geschlechtsverteilung.....	33
Abbildung 2: Gutachtenlänge: Häufigkeitsverteilung.....	35
Abbildung 3: Zeitpunkt der Gutachtenerstellung: Häufigkeitsverteilung.....	36
Abbildung 4: Geschlechtsverteilung.....	37
Abbildung 5: Altersverteilung zum Zeitpunkt der vertrauensärztlichen Zweitbegutachtung (Verschlimmerungsantrag).....	39
Abbildung 6: Familienstand: Eheschließung.....	41
Abbildung 7: Familienstand: Scheidung.....	41
Abbildung 8: Kinder.....	43
Abbildung 9: Kinderzahl: Häufigkeitsverteilung.....	44
Abbildung 10: Berufsgruppzugehörigkeit der Männer.....	45
Abbildung 11: Berufsgruppenzugehörigkeit der Frauen.....	47
Abbildung 12: Herkunftsländer.....	48
Abbildung 13: Altersverteilung zum Zeitpunkt des Verfolgungsbeginns.....	50
Abbildung 14: Deportationsorte.....	51
Abbildung 15: Verfolgungsdauer: Verteilung.....	53
Abbildung 16: Verlusterlebnisse.....	54
Abbildung 17: Emigrationsländer.....	55
Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung der verfolgungsbedingten Störungen: Teil 1.....	59
Abbildung 19: Häufigkeitsverteilung der verfolgungsbedingten Störungen: Teil 2.....	60
Abbildung 20: Häufigkeitsverteilung der verfolgungsbedingten Störungen: Teil 3.....	61
Abbildung 21: Begutachtete mit und ohne Progredienz.....	62
Abbildung 22: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung: BSS-Punkteverteilung.....	65
Abbildung 23: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik zum Zeitpunkt des Verschlimmerungsantrags: BSS-Punkteverteilung.....	68

Abbildung 24: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung: BSS-Gradeinteilung.....	69
Abbildung 25: Intensität der verfolgungsbedingten Symptomatik zum Zeitpunkt der Zweitbegutachtung: BSS-Gradeinteilung.....	69
Abbildung 26: Vergleich der BSS-Gradeinteilungen.....	70
Abbildung 27: Progredienzfaktoren: Vorkommen.....	73
Abbildung 28: Progredienzfaktoren: Verteilung.....	73
Abbildung 29: Therapiemaßnahmen: Verteilung.....	74

9 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BEG	Bundesentschädigungsgesetz
BErgG	Bundesergänzungsgesetz
BSS	Beeinträchtigungs-Schwere-Score
KZ	Konzentrationslager
MdE	Minderung der Erwerbsfähigkeit
NS	Nationalsozialismus
SD	Standardabweichung
vMdE	verfolgungsbedingte Minderung der Erwerbsfähigkeit
ZAL	Zwangsarbeitslager

10 DANKSAGUNG

Ich danke Herrn Professor Dr. med. Klaus Foerster für die Überlassung dieses Studienthemas, das entgegengebrachte Vertrauen und seine große Unterstützung, die sich in Form wertvoller Ratschläge, Instruktionen und Anregungen, Engagement, einer stetigen Erreichbarkeit sowie umgehender Korrekturen äußerte und die Erstellung dieser Doktorarbeit in großem Maße vorantrieb.

Bei Herrn Professor Dr. med. Ulrich Venzlaff möchte ich mich für die Bereitstellung der Gutachten und somit für die Ermöglichung der Durchführung der vorliegenden Arbeit bedanken.

Meinen Eltern und Geschwistern danke ich von Herzen für den Rückhalt, die Geduld, die Ermutigung, den zeitlichen Verzicht, das Verständnis, die unermüdliche Unterstützung und die Hilfe bei Problemen jeglicher Art während dieser Zeit des Schreibens meiner Doktorarbeit.

Mein größter Dank gilt Dir, Dominik. Du hast nicht nur immerzu und unbeeindruckt den oft hoffnungslos erscheinenden Kampf gegen den TF aufgenommen, Du hast ihn auch jedes Mal gewonnen. Vor allem aber warst Du zu jeder Zeit an meiner Seite. Danke!!

11 CURRICULUM VITAE

Name: Martina Veas
Geburtsdatum: 26.06.1982
Geburtsort: Donaueschingen
Nationalität: deutsch

Schulbildung und Studium:

1988 bis 1992: Grundschule in Starzach-Bierlingen (Baden-Württemberg)

1992 bis 2001: Martin-Gerbert-Gymnasium in Horb am Neckar (Baden-Württemberg);
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Ab April 2002: Studium der Humanmedizin an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen

März 2004: Ärztliche Vorprüfung (alte ÄAppo)

06. November 2008: 2. Ärztliche Prüfung (neue ÄAppo)

Famulaturen:

März/April 2005: Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Balingen (Baden-Württemberg), Prof. Dr. med. W. Gröbner

August bis Oktober 2005: Fachklinik für Orthopädie, Klinik im Hofgarten, Bad Waldsee (Baden-Württemberg), Dr. med. M. Fürst

April 2006: Allgemeinarztpraxis in Starzach-Bierlingen (Baden-Württemberg), Dr. med. W. Veas

September/Oktober 2006: Medizinische Klinik für Atemwegserkrankungen und Allergien, Fachklinik Wangen im Allgäu (Baden-Württemberg), Dr. med. W. Nowak

Praktisches Jahr:

Feb. 2007 bis Jan. 2008: Praktisches Jahr am Klinikum Stuttgart, Krankenhaus Bad Cannstatt

1. Tertial: Chirurgie, Prof. Dr. U. Hesse
2. Tertial: Dermatologie, Prof. Dr. P. von den Driesch und PD Dr. J. Keller
3. Tertial: Innere, Prof. Dr. T. Andus

Sonstige Tätigkeiten:

Sept. 2001 bis März 2002: Freiwilliges Soziales Jahr am Universitätsklinikum Tübingen, Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie