

Matthias M. Weber

Erschütterte Nerven

Hermann Oppenheims Konzept der traumatischen Neurose

Shocked Nerves – Hermann Oppenheim's concept of traumatic neurosis

Zusammenfassung

Im Jahr 1889 veröffentlichte der Berliner Neurologe Hermann Oppenheim seine Abhandlung über die traumatische Neurose. Diese Untersuchung muss als Ausgangspunkt der aktuellen Diskussion um psychiatrische Erkrankungen infolge von psychischen Traumen betrachtet werden. Oppenheim galt als einer der angesehensten Neurologen seiner Zeit, erreichte aber keine führende akademische Position, wobei wahrscheinlich auch der zeitgenössische Antisemitismus seine Karriere behinderte. Sein Konzept der traumatischen Neurose stellte einerseits psychische Kausalfaktoren in den Vordergrund, hielt jedoch andererseits an der Vorstellung einer funktionellen Störung fest, möglicherweise bedingt durch „Umlagerungen“ auf molekularer Ebene. Die massive Kritik, insbesondere seit dem Ersten Weltkrieg, an Oppenheims Vorstellungen zur traumatischen Neurose scheint seine Biographie zwischen höchster wissenschaftlicher Anerkennung und seiner akademischen Außenseiterposition widerzuspiegeln.

Schlüsselwörter

traumatische Neurose – Geschichte der Psychiatrie – Geschichte der Neurologie – Hermann Oppenheim

Summary

In 1889 the neurologist Hermann Oppenheim from Berlin published his monograph about „traumatic neurosis“. This study can be seen as the origin of the ongoing discussion about psychiatric disorders due to psychological trauma. Oppenheim was considered one of the most distinguished neurologists of his time, but he never gained a leading academic position, his career presumably impeded by contemporary antisemitism. His concept of „traumatic neurosis“ emphasized the importance of psychological causes, but he also adhered to the idea of a functional disorder that might be entailed by molecular „rearrangements“. The massive criticism aimed at Oppenheim's concept of traumatic neurosis, especially since the First World War, seems to reflect his biography oscillating between the highest scientific recognition and remaining an academic outsider.

Keywords

traumatic neurosis – history of psychiatry – history of neurology – Hermann Oppenheim

„Denn Oppenheim ist wahrlich nie ‚geschickt‘ gewesen; die bloße Formung seines Wissens und Erkennens schon wurde ihm nicht leicht, weder sprach noch schrieb er ‚glänzend‘; er war auch kein blendender Arzt, konnte weder hypnotisieren, noch beherrschte er die Psychoanalyse; aber er eroberte sich alles Vertrauen der Kranken wie der Lernenden durch eine lebensvolle Gedicgenheit und Wahrhaftigkeit seines theoretischen und ärztlichen Tuns.“

Willy Hellpach (1919)

■ Die posttraumatische Belastungsstörung in der öffentlichen Wahrnehmung

Die posttraumatische Belastungsstörung spielte im Vergleich zu anderen psychiatrischen Erkrankungen über Jahrzehnte in der öffentlichen Diskussion keine wesentliche Rolle. Seitdem jedoch Truppen der Bundeswehr auf dem Balkan und in Afghanistan eingesetzt werden und daher auch wieder eine wachsende Zahl deutscher Soldaten mit dieser Störung von den Kriegsschauplätzen zurückkehrt, erscheint das Thema in den Medien relativ häufig, wobei meistens die schwierige therapeutische Versorgungssituation bei den Streitkräften angesprochen wird (Süddeutsche Zeitung, 2009). Infolge dieser Darstellung nimmt die Öffentlichkeit die posttraumatische Belastungsstörung als ein psychisches Problem wahr, das

überwiegend bei Soldaten auftritt und hauptsächlich mit der modernen Kriegsführung verknüpft ist, wodurch sowohl die komplexe soziale als auch die historische Dimension dieser diagnostischen Kategorie übergangen werden.

Wie eine aktuelle Recherche (Februar 2010) in juristischen Datenbanken aufzeigt, bezieht sich etwa die große Mehrheit aller Entscheidungen deutscher Gerichte, für die das Vorhandensein einer posttraumatischen Belastungsstörung von ausschlaggebender Bedeutung war, keineswegs auf das Schicksal traumatisierter Soldaten, sondern stammt aus den Gebieten des zivilen Verwaltungs- und Sozialrechts. Hierbei handelt es sich einerseits meistens um Asylverfahren, d. h. um Fragen der Anerkennung des Asylstatus im Zusammenhang mit psychischen Traumatisierungen im Herkunftsland, oder um die dort tatsächlich vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten im Falle einer Abschiebung, andererseits um die Zuerkennung von Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten nach unfallbedingtem Trauma oder von Leistungen gemäß dem Opferentschädigungsgesetz nach Gewalttaten usw. Diese Themenbereiche werden in der Öffentlichkeit aber ebenso selten dargestellt wie der Umstand, dass das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung keineswegs erst im Gefolge der technischen Kriegsführung oder gar aufgrund der Erfahrungen der US-amerikanischen Militärpsychiatrie während des Vietnam-Kriegs entstand, sondern bereits in den 1880er Jahren durch den deutschen Neurologen *Hermann Oppenheim* (1858-1919) aufgrund seiner klinischen Beobachtungen formuliert wurde.

Oppenheim war aufgrund seiner zentralen Bedeutung für die Etablierung der Neurologie als eigenständige Disziplin in Deutschland, seiner Erstbeschreibung zahlreicher neurologischer Krankheitsbilder und des Jahrzehnte währenden, teilweise erbittert geführten Streits um die traumatische Neurose zwar als medizingeschichtliche Größe stets präsent, allerdings existierten bis vor Kurzem über ihn kaum fundierte biographische Darstellungen. Bezeichnenderweise findet sich etwa weder in *Theodor Kirchhoffs* „Deutschen Irrenärzten“ (Kirchhoff, 1921) nach dem Ersten Weltkrieg noch in *Kurt Kollers* „Großen Nervenärzten“ (Kolle, 1956) nach dem Zweiten Weltkrieg eine Würdigung Oppenheims. Auch die Einträge in medizinischen Personenlexika waren seiner historischen Stellung in der deutschen Nervenheilkunde oft nicht angemessen. Die geschichtliche Entwicklung des nosologischen Konzepts der traumatischen Neurose und seine sozialen, politischen und kulturellen Konnotationen wurden hingegen seit der Mitte der 1970er Jahre vielfach untersucht, u. a. auch in dieser Zeitschrift (Bronisch, im vorliegenden Heft S. XXX, Fischer-Homberger, 1975; Lerner, 1997). Im Mittelpunkt der nachfolgenden Darstellungen soll daher zunächst die Biographie von Hermann Oppenheim stehen, sodann seine 1889 erschienene Monographie über „Die traumatischen Neurosen“ (Oppenheim, 1889), da sie den Ausgangspunkt der modernen medizinischen Diskussion um die Folgen psychischer Traumata bildet und bereits die meisten der Probleme benennt, die bis heute mit dieser Diagnose verbunden sind.

■ Ein deutscher Neurologe jüdischer Herkunft

Bezeichnend für den Mangel fundierter biographischer Kenntnisse über Oppenheim war die lange Zeit bestehende Unsicherheit über sein korrektes Geburtsdatum. Die wissenschaftliche Literatur folgt allerdings inzwischen wieder Oppenheims eigenen Angaben, wonach er am 1. Januar 1858 – und nicht am 31. Dezember 1857 – in Warburg (Westfalen) geboren wurde. In den letzten Jahren wurden zwei medizinhistorische Dissertationen vorgelegt (Bewermeyer, 2004; Pech, 2007), die Leben und Werk Oppenheims anhand umfangreicher Archivalstudien und neu identifizierter Dokumente reherchierten, auf denen der nachfolgende Abriss beruht. Auf die Zitierung der einzelnen Belegstellen aus diesen Arbeiten wird hierbei verzichtet; der an den biographischen Details speziell interessierte Leser sei auf die genannten Dissertationen verwiesen. Besonders aufschlussreich war eine im New Yorker *Leo Baeck Institute* aufgefundene Quelle, ein „Auszug aus den Erinnerungen von Hermann Oppenheim“, den *Emil Herz*, ein 1937 in die USA emigrierter Neffe, 1963 nach Aufzeichnungen von Oppenheim aus dem Jahr 1890 erstellt hatte. Darüber hinaus stellten Angehörige der Familie zumindest teilweise einige relevante Tagebücher von Geschwistern Oppenheims zur Verfügung.

Hermann Oppenheim entstammte einer rabbinischen Familie. Sein Vater *Juda Oppenheim* (1824-1891) war seit 1850 Lehrer und Prediger der jüdischen Gemeinde in Warburg, die als größte jüdische Gemeinschaft im Gebiet um Paderborn galt. Auch Oppenheims Mutter *Cäcilie, geb. Steeg* (1822-1898), war Enkelin eines Oberlandesrabbiners. Des „Judenlehrers Hermännchen“ war eher ein kränkliches Kind, zeigte aber zunehmend gute schulische Leistungen. Die Atmosphäre in Oppenheims Herkunftsfamilie soll einerseits durch einen unermüdlichen Bildungs- und Arbeitseifer, andererseits durch Sparsamkeit gekennzeichnet gewesen sein, wobei – in durchaus zeittypischer Weise – eine Synthese zwischen jüdischen Traditionen und deutscher bildungsbürgerlicher Kultur angestrebt wurde. Oppenheim blieb seiner jüdischen Herkunft und seiner Familie zeitlebens eng verbunden; eine Konversion zur evangelischen Konfession kam für ihn trotz der dadurch zu erwartenden gesellschaftlichen und akademischen Karrierevorteile niemals in Frage. Später trat er dem „Centralverein deutscher Staatsbürger jüdischen Glaubens (C.V.)“ bei. Obwohl sich Oppenheim somit – in Anbetracht der gesellschaftlichen Konventionen des Wilhelminischen Kaiserreichs – nicht für eine vollständige Assimilation entschieden hatte, bestanden an seiner nationalen Identifikation keine Zweifel. Politisch betrachtete er sich als Nationalliberaler und Anhänger der Bismarcks.

Nach dem Abitur, das Oppenheim im Frühjahr 1877 in Warburg am Gymnasium Marianum ablegte, studierte er wie sein älterer Bruder *Emanuel* (1853-1914) auf Anraten seines Vaters Medizin, da jüdischen Bürgern trotz ihrer formellen Gleichstellung zahlreiche andere gehobene Berufe, z. B. die Beamten- oder Offizierslaufbahn, nach wie vor de facto verschlossen waren. Hermann Oppenheim begann sein Studium

in Göttingen, wechselte aber noch zum Wintersemester 1877 nach Bonn, wo er insbesondere durch den Physiologen *Nathan Zuntz* (1847-1920) gefördert wurde. 1881 promovierte er „magna cum laude“ mit einer preisgekrönten Arbeit über die Pathophysiologie der Harnstoffausscheidung (Oppenheim, 1881). Wie in den meisten akademischen Prüfungen während des Studiums erzielte Oppenheim auch im Staatsexamen, das er 1882 ablegte, ausgezeichnete Leistungen. Im Juni desselben Jahres begann er seine ärztliche Weiterbildung als psychiatrischer Assistent an einer Privatanstalt in Berlin-Schöneberg, dem von *Eduard Levinstein* (1831-1882) geleiteten „Maison de Santé“.

Obwohl Oppenheim dort seine erste wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Nervenheilkunde (Oppenheim, 1884) erstellen konnte, wechselte er im Juli 1883 wegen der günstigeren wissenschaftlichen und klinischen Arbeitsbedingungen an die von *Carl Westphal* (1833-1890) geleitete Abteilung für Geistes- und Nervenkrankte der Charité. Dort beschäftigte sich Oppenheim nicht nur mit den damals vorherrschenden Themen der Neurologie und Neuropathologie, wie etwa Neuritis, Paralyse oder Tabes dorsalis, sondern seit 1884 auch mit Verletzungen nach Eisenbahnunfällen (Oppenheim, 1885). Oppenheims öffentliche Probevorlesung für seine Habilitation im Dezember 1886 behandelte ebenfalls das Thema „Die ätiologische Bedeutung des Schrecks für die Krankheiten des Nervensystems“. Auch die Monographie über die traumatische Neurose (Oppenheim 1889) entstand während seiner Tätigkeit an der Charité. Als Privatdozent begann Oppenheim nicht nur mit einer intensiven neurologischen Lehrtätigkeit, sondern musste seit Mai 1887 auch den erkrankten Westphal als kommissarischer Leiter der Abteilung für Nervenkrankte vertreten. Im September 1889 eröffnete Oppenheim im Berliner Klinikviertel außerdem seine erste Privatpraxis.

Auch das Privatleben Oppenheims schien auf einen erfolgreichen bürgerlichen Lebensweg hinzudeuten. Im April 1891 heiratete er in Hannover die damals 21-jährige *Martha Oppenheimer* (1869-1938), die Tochter eines wohlhabenden Kaufmanns. Ein Jahr später wurde der einzige Sohn *Hans* (1892-1965) des Ehepaars geboren, der eine musische Karriere einschlug. In seiner akademischen Laufbahn erlitt Oppenheim seit den 1890er Jahren allerdings erhebliche Rückschläge. Zunächst verlor er mit dem Tod Westphals im Januar 1890 seinen wichtigsten Förderer, so dass Oppenheim im Juni 1891 die Charité verließ. Ob Westphals Nachfolger *Friedrich Jolly* (1844-1904) tatsächlich Oppenheims weitere Karriere behindert hatte, wie dieser vermutete, ist nicht erwiesen. Die Verweigerung eines im Juni 1891 beantragten Extraordinariats durch das preußische Kultusministerium empfand Oppenheim jedoch als massive persönliche und fachliche Kränkung. Maßgeblich für diese abschlägige Entscheidung war ein Personalgutachten, das der Marburger Physiologie *Eduard Külz* (1845-1895) für *Friedrich Althoff* (1839-1908) verfasst hatte, der als Ministerialdirektor für die preußische Hochschulpolitik und somit auch für Berufungsfragen zuständig war. Külz hielt Oppenheim zwar für „fähig“ und „fleißig“, empfahl aber „höchstens den Titel Professor“. In einem weiteren Bericht

an Althoff, den Külz 1893 mündlich erstattete, beschrieb er Oppenheim als „tüchtig, aber unverschämt“ und wies zudem darauf hin, dass er eine „reiche Jüdin geheirathet“ habe (Pech, 2008). Schließlich wurde Oppenheim, wie von Külz vorgeschlagen, 1893 zum Titularprofessor ernannt.

Im Frühjahr 1901, als Oppenheim bereits unbestritten zu den international renommierten und führenden Neurologen zählte, wiederholte er den Antrag auf die Erteilung eines Extraordinariats. Die Berliner medizinische Fakultät befürwortete das Gesuch gegenüber dem preußischen Kultusministerium, allerdings mit einer damals unüblich knappen Mehrheit von nur 6 zu 5 Stimmen. Nachdem sich das Ministerium fast ein Jahr lang nicht zu Oppenheims Gesuchs geäußert hatte, trat er im Februar 1902 aus der medizinischen Fakultät aus, ohne eine definitive Entscheidung abzuwarten. Dieser Entschluss erregte erhebliches Aufsehen in der Öffentlichkeit und in der Presse. Obwohl sich Ablauf und Hintergründe der Vorgänge im Einzelnen kaum mehr rekonstruieren lassen, bestehen keine Zweifel daran, dass antisemitische Motive der Entscheidungsträger hierbei zumindest teilweise eine Rolle spielten, was Oppenheim durchaus bewusst war. Möglicherweise kam auch dem Umstand eine gewisse Bedeutung zu, dass Oppenheim als eine eher „schwierige“ und zurückhaltende Persönlichkeit galt, der jede oberflächliche Gewandtheit fremd blieb (Hellpach, 1919, nach Pech, 2007, S. 392). Sein späterer Schüler *Arthur Stern* (1868-1925) beschrieb Oppenheim als „(äußerlich) kühle Natur“, zu der ein persönlicher Kontakt kaum möglich war (Stern, 1968, S. 56, nach Pech, 2007, S. 55). Allerdings verkehrte Oppenheim privat gerne und häufig in Berliner Musikkreisen und besuchte mit seiner Ehefrau, einer begeisterten Anhängerin *Richard Wagners*, regelmäßig die Bayreuther Festspiele.

Wie etwa sein Zeitgenosse *Sigmund Freud* (1856-1939) konzentrierte sich Oppenheim nach dem Ende seiner akademischen Karriere im Sommer 1891 auf die praktische ärztliche Tätigkeit, wozu auch die Eröffnung einer privaten neurologischen Poliklinik einschließlich eines neuropathologischen Labors gehörte. Diese Einrichtung erwarb sich sowohl bei Kranken als auch bei Ärzten in den 1890er Jahren einen ausgezeichneten Ruf weit über Berlin hinaus, so dass Oppenheim zeitweise bis zu 12 Assistenten beschäftigte und seine Poliklinik bald als „Hochschule der Neurologie“ bezeichnet wurde. Zu Oppenheims Schülern zählten viele später bekannt gewordene Psychiater, Neurologen und Neuropathologen, wie etwa das Ehepaar *Oskar* (1870-1959) und *Cecile Vogt* (1875-1962), aber auch *Ernst Rüdin* (1874-1952; Weber, 1993, S. 32). Oppenheim galt als ausgezeichnete Lehrer, musste aber infolge der Beanspruchung durch die Poliklinik seine Unterrichtstätigkeit mehr und mehr auf Ferienkurse für Ärzte beschränken. Berühmt wurde Oppenheim dabei vor allem für seine Demonstrationen der Untersuchungstechnik. Aufgrund seiner Fähigkeiten als neurologischer Diagnostiker führten ihn seit dem Ende der 1880er Jahre Konsultationsreisen zudem regelmäßig u. a. nach Russland, Österreich und Spanien. Trotz seiner ausgezeichneten klinischen Reputation bedauerte Oppenheim zeitlebens, keine angemessene akademische

Position als Ordinarius oder Krankenhausdirektor erlangt zu haben. Oppenheim betrieb die neurologische Poliklinik daher ohne Unterbrechung bis zu seinem Tod im Jahr 1919; lediglich während des Ersten Weltkriegs musste er seine Praxis einschränken, da er – übrigens unter Verzicht auf ein Honorar – von 1914 bis 1916 die Leitung des Berliner „Militärkrankenhauses für Nervenerkrankungen“ übernahm.

Diese umfangreiche klinische Tätigkeit bedeutete allerdings keineswegs, dass Oppenheim seine weitreichenden wissenschaftlichen und berufspolitischen Ambitionen aufgab. International bekannt wurde er insbesondere durch sein „Lehrbuch der Nervenkrankheiten“ (Oppenheim, 1894), dessen erste Auflage 1894 erschien. Das Buch wurde vielfach übersetzt und bis in die 1920er Jahre als das Standardwerk der Neurologie betrachtet. Aus Oppenheims Poliklinik gingen außerdem zahlreiche Publikationen seiner Assistenten hervor. Der maßgebliche Einfluss, den Oppenheim auf die Entwicklung der Neurologie als eigenständige Disziplin zwischen innerer Medizin und Psychiatrie ausübte, zeigte sich nicht zuletzt an den mit seinem Namen verbundenen medizinischen Eponymen, wie etwa dem Oppenheim-Reflex, der Myotonia congenita Oppenheim oder der Dystonia musculorum deformans (Torsionsdystonie Ziehen-Schwalbe-Oppenheim). Oppenheims innovative Ansätze bewährten sich nicht zuletzt in der Zusammenarbeit mit den Chirurgen *Ernst von Bergmann* (1836-1907) und *Fedor Krause* (1857-1937) bei der Diagnostik und Therapie cerebraler Tumore. Auch gegenüber der entstehenden Psychoanalyse verhielt sich Oppenheim zunächst aufgeschlossen. Durch die Überweisung von Patienten förderte er etwa *Karl Abraham* (1877-1925), mit dem er entfernt verwandt war, dem Begründer der Berliner psychoanalytischen Gesellschaft und des Berliner psychoanalytischen Instituts. Oppenheim lehnte aber insbesondere die Theorie der kindlichen Sexualität ab und kann daher keineswegs als Anhänger der Lehren Freuds betrachtet werden.

Zwischen 1895 und 1915 galt Oppenheim – neben dem Heidelberger Ordinarius *Wilhelm Erb* (1860-1921) – somit als der maßgebliche Repräsentant der Neurologie in Deutschland. Daher verwundert es nicht, dass er in zahlreichen medizinischen Gesellschaften als Mitglied und Referent aktiv war, u. a. in der Berliner medizinischen Gesellschaft und der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Darüber hinaus zählte Oppenheim 1907 zu den Initiatoren der „Gesellschaft deutscher Nervenärzte“; gemeinsam mit *Paul Julius Möbius* (1853-1907), *Constantin von Monakow* (1853-1930) und *Ludwig Edinger* (1855-1918) hatte er 1906 den Gründungsauftrag verfasst. Von 1912 bis 1917 amtierte er als ihr Vorsitzender. Dass Oppenheims Verdienste für die Etablierung und Institutionalisierung der Neurologie auch im Ausland wahrgenommen wurden, erwiesen seine vielfältigen Auszeichnungen und Ehrenmitgliedschaften, die ihm durch medizinische Vereinigungen u. a. aus Moskau, Wien, Tokio, Istanbul und Buenos Aires verliehen wurden.

Oppenheim konnte sich jedoch seiner Anerkennung im In- und Ausland und seiner publizistischen Erfolge nicht sehr lange

ungetrübt erfreuen. Seine letzten Lebensjahre waren nämlich durch die erbittert und teilweise beleidigend geführten Auseinandersetzungen um seine Auffassungen über die Ätiologie und Pathologie der traumatischen Neurose gekennzeichnet. Oppenheim hatte stets an seiner ursprünglichen These von 1889 festgehalten, wonach diese Erkrankung durch die traumabedingte „Erschütterung“ des Nervensystems hervorgerufen wird und zumindest partiell auf einer funktionellen Störung der Großhirnrinde beruht, d. h. auf einem organischen Substrat. Je mehr im Verlauf des Ersten Weltkriegs die Zahl der psychischen Störungen bei Soldaten anstieg, desto hartnäckiger bestritt eine wachsende Mehrheit der deutschsprachigen Neurologen, darunter auch einige ehemalige Schüler Oppenheims, die Richtigkeit seiner ätiologischen Deutung der traumatischen Neurose; stattdessen setzte sich die Theorie einer rein psychogenen Entstehung der „Kriegszitterer“ bzw. „Kriegsneurosen“ aufgrund einer individuellen psychopathischen Konstitution durch. Der Verlauf der sogenannten gemeinsamen Kriegstagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte und des Deutschen Vereins für Psychiatrie, die im September 1916 in der Münchner Nervenlinik stattfand, ließ keinen Zweifel an Oppenheims Niederlage im Streit um die traumatische Neurose aufkommen. Auf die Einzelheiten dieser Auseinandersetzungen kann hier nicht näher eingegangen werden, jedoch spielten hierbei politische Motive und die soziale Bewertung der Symptomatik ebenso eine Rolle wie Fragen des Renten- und Entschädigungsrechts (Fischer-Homberger, 1975; Lerner, 1997, 2003).

Oppenheim verwand diese Ereignisse kaum, zumal ihm keineswegs eine unpatriotische oder gar antideutsche Haltung unterstellt werden konnte. Hinzu kam, dass er seit Sommer 1916 über den Ausgang des Weltkrieges und die weitere Entwicklung Deutschlands sehr besorgt gewesen sein soll. Angeblich litt Oppenheim in den letzten Kriegsjahren auch an depressiven Verstimmungen und Suizidideen. Die zahlreichen Ehrungen, die er zu seinem 60. Geburtstag am 1. Januar 1918 erhielt, konnten ihn weder über seine persönliche Situation noch über die allgemeine politische und soziale Lage hinwegtäuschen. Wie viele deutsche Akademiker hatte Oppenheim sein Vermögen in Kriegsanleihen investiert, die mit der Niederlage Deutschlands wertlos wurden. Schließlich machten sich zunehmend Anzeichen einer Herzerkrankung bemerkbar. Hermann Oppenheim starb in seiner Berliner Wohnung am 22. Mai 1919 im Alter von 61 Jahren an den Folgen einer Koronarsklerose. Da er keine öffentlich besoldete Position bekleidet hatte und die Einkünfte aus der Poliklinik wegfielen, waren die materiellen Lebensbedingungen seiner Witwe äußerst beschränkt. Sein Sohn Hans konnte sich jedoch nach einem Musikstudium in Berlin und München als Kapellmeister etablieren; er emigrierte 1933 nach England, wo er u. a. beim Glyndebourne Festival als Dirigent tätig war. Martha Oppenheimer blieb hingegen in Berlin, wo sie sich unter dem Eindruck der Progromnacht im November 1938 suizidierte. Der Name Hermann Oppenheim blieb zwar schon aufgrund der erwähnten Eponyme und des Streits um sein Konzept der traumatischen Neurose im Gedächtnis der Nervenheilkunde erhalten, der Inhalt von Oppenheims diesbezüglichen

Vorstellungen geriet aber alsbald ebenso in Vergessenheit wie sein exemplarisches Lebensschicksal für einen deutschen Mediziner jüdischer Herkunft dieser Generation.

■ Die traumatische Neurose – ein psychisches und physisches Leiden

Somit stellt sich Frage, welche neuartigen Feststellungen Oppenheims in seiner Monographie über die traumatische Neurose bei seinen Zeitgenossen einen derartigen Widerspruch hervorriefen. Um die Bedeutung dieses Werks angemessen würdigen zu können, muss man zunächst berücksichtigen, dass die technischen und testpsychologischen Verfahren, die heute ganz selbstverständlich zu jeder psychiatrisch-neurologischen Untersuchung gehören, im Jahr 1889 nicht zur Verfügung standen. Oppenheim und seine Kollegen waren fast ausschließlich auf die anamnestiche Exploration und die klinisch-neurologische Untersuchung angewiesen. Die Neuropathologie, die zur Zeit Oppenheims führende Grundlagenwissenschaft der Neurologie und der Psychiatrie, war auf Analysen post mortem beschränkt und spielte naturgemäß für therapeutische Entscheidungen in vivo kaum eine Rolle. Auch die damals im Entstehen begriffenen experimentalpsychologischen, physiologischen und klinisch-chemischen Methoden wurden meist für wissenschaftliche Fragestellungen und nicht in der Routinediagnostik eingesetzt. Daher verwundert es nicht, dass Oppenheims Abhandlung ganz überwiegend aus sogenannten Beobachtungen, d. h. Fallberichten besteht, wobei allerdings die Anamnese, die Symptomatik und der Befund der Patienten ausführlich und in einer sehr anschaulichen Fachsprache dargestellt werden, die aktuellen Kasuistiken häufig abgeht. Während diese Darstellungsweise dem heutigen Leser ungewohnt vorkommen mag, wird er andere Elemente der Wissenspräsentation vermissen, die inzwischen unabdingbar zur einer wissenschaftlichen Arbeit in den biomedizinischen Fächern gehören, insbesondere statistische Tabellen und Abbildungen. Oppenheims Monographie steht somit ganz in der Tradition der Theorienbildung aufgrund von möglichst exakten klinischen Symptom- und Verlaufsbeschreibungen, wie sie vor allem von der französischen und deutschen Medizin seit der Aufklärungszeit entwickelt wurden (Schott & Tölle, 2006, S. 59-77). Dieser Forschungsansatz wurde in der Psychiatrie der 1880er Jahre nach wie vor als zukunftsweisend betrachtet, wie etwa *Emil Kraepelins* (1856-1926) Dorpater Antrittsvorlesung von 1886 zeigte (Kraepelin, 1887, S. 18-21).

Gegenüber der Schilderung der 33 „eigenen Beobachtungen“, die Oppenheim anhand einschlägiger Patienten von 1883 bis 1888 in der Nervenabteilung der Charité dokumentierte, treten seine theoretischen Überlegungen deutlich zurück. Oppenheims Literaturbericht zum zeitgenössischen Kenntnisstand über die traumatische Neurose schildert kurz die Entwicklung von *John Erichsens* Konzept der „railway-spine“ (Erichsen, 1867) über die erste einschlägige deutschsprachige Monographie *Johannes Riglers* (Rigler, 1879) bis zu *Jean-Martin Charcots* „Nevrose hystéro-traumatique“ (Charcot, 1886).

Oppenheim begrüßt zwar den Wandel in der pathophysiologischen Deutung des Krankheitsbildes, der sich in den 1870er und 1880er Jahren im Sinne einer „Cerebralisierung“ vollzog. Um 1890 waren sich die Experten darin einig, dass die wesentliche Störung der traumatischen Neurose im zentralen und nicht im peripheren Nervensystem zu lokalisieren ist. Aus der „railway-spine“ war das „railway-brain“ geworden. Oppenheim kritisiert jedoch die vorherrschende Auffassung Charcots, wonach die Symptomatik nicht durch das Trauma selbst verursacht wird, sondern vielmehr durch eine psychogene und von einer erheblichen affektiven Beteiligung begleiteten Vorstellung des betroffenen Patienten über das traumatische Ereignis im Sinne einer Hysterie. Dieses Argument wurde und wird vor allem in forensischen Beurteilungen Traumatisierter gegen eine externe Verursachung der Störung häufig vorgebracht. Hierauf entgegnete Oppenheim, dass Charcots These das klinische Erscheinungsbild der traumatischen Neurose nicht umfassend erklären könne, insbesondere nicht die „andauernde melancholische Verstimmung“ vieler traumatisierter Patienten (Oppenheim, 1889, S. 6).

Von vornherein ist sich Oppenheim somit darüber im Klaren, dass jede ätiologische Hypothese über die traumatische Neurose erhebliche Konsequenzen für die forensische Einordnung dieses Krankheitsbildes zeigen muss. Oppenheim möchte daher seine Untersuchung nicht nur als „Leitfaden“ für die wissenschaftliche, sondern vor allem für die „forensische Beurteilung dieser in ihrem Wesen [...] oft so schwierig zu erkennenden Krankheitszustände“ verstanden wissen (Oppenheim, 1889, S. V). Die klinischen „Beobachtungen“, die ihm als Mittel zum besseren Verständnis der traumatischen Neurose dienen, zeigen dabei stets den gleichen Aufbau. Nach einer einleitenden Vignette mit den wichtigsten Informationen zum jeweiligen Fall schildert Oppenheim den Unfallhergang und die allgemeine medizinische Anamnese, den psychopathologischen und – entsprechend seiner Spezialisierung meist ausführlicher – den neurologischen Status des Patienten, einschließlich einer Gesichtsfeld- und Hörprüfung, sodann den therapeutischen Verlauf und abschließend, soweit bekannt, die Katamnese. Als typisches Beispiel sei hier Oppenheims Bericht über einen im Juli 1886 verunfallten Zugschaffner wiedergegeben:

Ursache: Eisenbahnunfall durch Entgleisung. Stoss gegen den Rücken. [...]

Symptome: Schmerzen in der Rücken- und Lendenwirbelsäule sowie in der linken Kopfhälfte. Flimmern vor den Augen, Einengung des Gesichtsfeldes auf dem linken Auge, Abnahme der Hörschärfe links. - Psychische Anomalien: Verstimmung, Reizbarkeit, Alpdrücken und Aufschrecken aus dem Schlaf. Sprachstörung. Eigenthümliche Gehstörung [...] Zittern [...]

Anamnese: G. P., Schaffner, 41 Jahre, aufgenommen den 24. November 1886, entlassen den 8. Februar 1887 [...] Am 8. Juli 1886 befand er sich als Schaffner auf einem Zuge, der *entgleiste* in dem Moment, als Patient sich niedersetzen wollte. Er wurde hin- und hergeschleudert und so auf den Rücken geworfen, dass „ihm das Feuer aus den Augen herausgesprun-

gen“ sei. Es war ihm vor Schreck so, als ob seine Gedanken stille ständen. Er kam erst wieder zu sich als Passagiere die Thür öffneten. [...]

Status: Gegenwärtige Beschwerden: Schwäche in den Beinen, Schmerzen im Kreuz, Summen in der linken Kopfhälfte, Schlaflosigkeit resp. Halbschlaf mit fortwährenden Träumen, in denen stets die Entgleisungsbegebenheit wiederkehrt, Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit. Der Kranke hat ein ängstlich-befangenes Wesen, ist aber im Stande, klare Auskunft über die Entwicklung seines Leidens zu geben. Er legt eine deprimierte Stimmung an den Tag. Die Sprache ist gestört; er spricht zögernd, wiederholt häufig ein Wort oder selbst mehrere, klebt dagegen an anderen fest.

Therapie: warme Bäder [...] Nach Angabe der Mitpatienten und des Wartepersonals leidet Patient Nachts an „Alpdrücken“. Er wälzt sich im Bett, stöhnt oder schreit selbst laut auf, so dass es sehr störend für seine Umgebung wird. Er selbst führt zur Erklärung seine Träume an, die sich immer auf Unfälle beziehen [...] Nachdem die Besserung soweit fortgeschritten, wird Patient auf eigenen Wunsch entlassen“ (Oppenheim, 1889, S. 11-13).

Aufgrund der vergleichenden Analyse seiner „Beobachtungen“ stellt Oppenheim als ihr gemeinsames Merkmal heraus, dass der auslösende Unfall bzw. die Verletzung stets zu einer „heftigen psychischen Emotion führen musste oder zu führen im Stande war“. Oppenheim weist ausdrücklich darauf hin, dass nach einem derartigen Ereignis die Symptome der traumatischen Neurose unabhängig davon auftreten, ob der Patient „Entschädigungsansprüche“ stellen kann (Oppenheim, 1889, S. 88), wobei er diese forensisch wichtige Feststellung ebenfalls mit seinen einschlägigen klinischen Erfahrungen begründet. Als wesentliche Beschwerden aller Betroffenen beschreibt Oppenheim „Unruhe, Aufregung, Angst und Schreckhaftigkeit“, ferner eine „hypochondrisch-melancholische Verstimmung“, „Angstzustände“ und schließlich eine „abnorme Reizbarkeit“ (Oppenheim, 1889, S. 90). Die Ängste manifestieren sich häufig als „Angstanfall“ mit Platzangst, wobei „Grübeln“ und „Zwangsvorstellungen“ hinzutreten können. Aufgrund ihrer „gesteigerten Empfindlichkeit“ würden die Patienten außerdem dazu neigen, sich „aus der Gesellschaft in die Einsamkeit zurückzuziehen“. Die Intelligenz der Kranken – nach heutigem Verständnis ist damit die kognitive Leistungsfähigkeit gemeint – sei allerdings in der Regel nicht beeinträchtigt (Oppenheim, 1889, S. 92-96). Sehr häufig stellt Oppenheim außerdem „Schwindelgefühl“ als Symptom fest. Auffällig sei aber vor allem eine spezifische Schlafstörung. Der Kranke schrecke nämlich aus dem Schlaf auf, denn „der erlittene Unfall giebt auch den Träumen Stoff und Färbung“. Oppenheim hält dieses Symptom für geradezu pathognomonisch:

„[...] Dieses Krankheitszeichen ist dem objectiven Nachweis zugänglich, wird sogar für die Umgebung so lästig, dass die Kranken, die in demselben Zimmer schlafen, Beschwerde führen, indem die Jactation, das Wimmern und Stöhnen im Schläfe, das Vorsichhinsprechen und Aufschreien die Mitbewohner des Krankensaales nicht zur Ruhe kommen lässt. [...]“ (Oppenheim, 1889, S. 98).

Oppenheim versteht die traumatische Neurose über die psychopathologischen Auffälligkeiten hinaus als eine umfassende psychiatrisch-neurologische Erkrankung. Die ätiologische Neudefinition des traditionell eher breiten Neurosebegriffs durch die Theorien Freuds war 1889 noch nicht erfolgt. Oppenheim bezieht daher in seine Beschreibung der traumatischen Neurose auch Symptome ein, die – aus heutiger Sicht – den organischen Verletzungsfolgen zuzuordnen sind, wie etwa neurologische Ausfälle oder Schmerzen in den geschädigten Extremitäten. Aus diesem Ansatz Oppenheims folgt, dass er sich mit einem schwer zu beurteilenden Übergangsbereich auseinandersetzen musste, nämlich mit Symptomen wie Parästhesien, Spasmen, Paresen oder epileptiformen Anfällen, die nach damaligem Kenntnisstand und in Anbetracht der vorhandenen Untersuchungsmethoden nicht eindeutig einer organisch-neurologischen Veränderung zugeordnet werden konnten. Viele dieser Auffälligkeiten, etwa eine „pseudoatactische Gehstörung“, identifiziert Oppenheim dabei eindeutig als Folge der pathologischen Ängstlichkeit, ebenso das „überaus häufige Symptom“ des „Zitterns“ und die „abnorme Irritabilität des Herzens“ im Sinne einer Pulsbeschleunigung (Oppenheim, 1889, S. 113, 115, 119).

Vergleicht man Oppenheims Beschreibung der traumatischen Neurose mit den aktuellen DSM-IV-Kriterien der posttraumatischen Belastungsstörung, dann kommen nahezu alle heute anerkannten Merkmale in seinen Symptombeschreibungen vor. Lediglich das Vermeidungsverhalten für traumaassoziierte Situationen erwähnt Oppenheim nicht explizit. Bemerkenswert erscheint auch, dass er keine objektiv-qualitative Eingrenzung des auslösenden Ereignisses vornimmt, etwa auf katastrophale Vorgänge außergewöhnlicher Bedrohung wie nach den aktuellen Kriterien, sondern als hinreichendes Eingangsmerkmal die „heftige psychische Emotion“ herausstellt, d. h. das subjektive Erleben des Erschreckens. Damit stand Oppenheims Konzept der traumatischen Neurose in einer damals durchaus noch verbreiteten psychiatrischen Denktradition, die in starken, unvorhersehbaren Gemütsbewegungen allgemein eine der wichtigsten Ursachen psychischen Krankseins erkannte (Griesinger, 1861, S. 169).

Auf diesen klinischen Merkmalen baut Oppenheim auch sein ätiologisches Konzept der traumatischen Neurose auf. Er betont zunächst, dass bei seinen Patienten, abgesehen von wenigen Ausnahmen, keine „neuropathische Prädisposition“ vorlag. Die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen war vor ihrer Erkrankung „vollkommen gesund, arbeitsfähig und in neuropathischer Beziehung unbelastet“. Sollten aber tatsächlich eine „neuropathische Diathese“ oder „psychische Anomalien“ vorhanden sein, würden schon „leichtere Verletzungen“ wegen der geringeren Widerstandsfähigkeit des Nervensystems zu einer traumatischen Neurose führen (Oppenheim, 1889, S. 128 f.). Insbesondere erhöhe eine Alkoholkrankheit die Wirkung von Traumen. Hingegen teilt Oppenheim nicht die zeitgenössische Ansicht, dass in gewissen Berufsgruppen, wie etwa beim Eisenbahnpersonal, a priori eine Prädisposition für traumatische Neurosen vorliegt, wobei er diese Meinung nicht weiter begründet. Hinsichtlich des Pathomechanismus

stellt er – wie bereits in der Einleitung seiner Abhandlung – heraus, dass der „einzige oder Hauptsitz der Krankheit“ das „Großhirn“ ist, das er pauschal mit der „Psyche“ gleichsetzt. Das äußere Trauma verursacht sowohl physische als psychische Schädigungen, wobei Oppenheim den Letztgenannten aufgrund des damit verbundenen „Schrecks“, der „Gemüterschütterung“ und der „schreckhaften Aufregung“ größere Bedeutung zumisst als den körperlichen Verletzungen. Allerdings bleibt für Oppenheim der ätiologische Zusammenhang zwischen dem physischen Trauma und der traumatischen Neurose stets bestehen; zu den Folgen eines rein psychischen Traumas äußert er sich in seiner Monographie nicht. Als Erklärung für die Langzeitfolgen traumatischer Ereignisse geht Oppenheim davon aus, dass die unmittelbar verletzungsbedingten organisch-neurologischen Veränderungen durch die psychische „Erschütterung“ erst ihre pathogene Bedeutung im Sinne einer „dauernden Seelenstörung“ gewinnen (Oppenheim, 1889, S. 123-127).

Oppenheim ist sich dabei der Tatsache bewusst, dass die traumatische Neurose weder zu „grob-anatomischen“ noch zu „mikroskopisch nachweisbaren“ Schäden führt, weshalb er von „cerebralen funktionellen Störungen“ ausgeht, „die ihren Sitz aller Wahrscheinlichkeit nach in der Großhirnrinde haben und die Psyche, sowie die Centren für Motilität, Sensibilität und Sinnesfunktionen betreffen“ (Oppenheim, 1889, S. 127). In diesem Zusammenhang stellt er sogar die bemerkenswerte Hypothese auf, dass die „Erschütterung“ eine „directe moleculare Umlagerung“ im „Nervenapparat“ hervorruft, wobei Art und Lokalisation dieser traumatisch bedingten molekularen Störung nicht näher erläutert werden. Oppenheim bietet für die Entstehung der traumatischen Neurose somit ein differenziertes, wenn auch etwas unscharfes Krankheitskonzept an. Einerseits erkennt er die vorrangige Bedeutung des psychischen Traumas an, das in eine funktionelle Störung mit möglicherweise molekularen Veränderungen des Nervensystems einmündet, andererseits bildet die physische Verletzung mit ihren organoneurologischen Folgen weiterhin einen notwendigen Bestandteil der traumatischen Neurose.

Genau diese ätiologische Verbindung wurde Oppenheims Krankheitsmodell in der deutschen Nervenheilkunde spätestens im Verlauf der Diskussionen um die „Kriegsneurose“ während des Ersten Weltkriegs zum Verhängnis. Da mittels der damals zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden die von Oppenheim postulierten molekularen Veränderungen niemals nachgewiesen werden konnten, war es für Oppenheims Opponenten einfach, die Vorstellung einer genuinen kausalen Verbindung zwischen der traumatischen Neurose und einer traumatisch bedingten „Erschütterung“ zurückzuweisen. Schon um 1900 hatte sich, z. B. in der Klassifikation der „Schreckneurosen“ durch Emil Kraepelin, abgezeichnet, dass das konstitutionell-psychogene Moment im Erklärungskonzept der traumatischen Neurose gegenüber der eigentlichen psychischen und physischen Wirkung des Traumas die Oberhand gewann (Kraepelin, 1899, S. 524). Daher setzte sich die auf Charcot zurückgehende Vorstellung durch, es handele sich bei der traumatischen Neurose um eine psychische Störung,

die den hysteriformen Erkrankungen zuzurechnen ist und bei der äußere Schädigungsfaktoren allenfalls eine „zufällige“ und daher letztlich keine entscheidende kausale Rolle spielen. Dass diese Deutung außerdem dem politischen und gesellschaftlichen Zeitgeist in Deutschland entsprach, wurde bereits erwähnt (Fischer-Homberger, 1975, S. 136).

Wie präzise und umfassend Oppenheims „Beobachtungen“ die traumatische Neurose erfassten, belegen auch seine Ausführungen zu Verlauf und Therapie der Erkrankung. Er stellt z. B. fest, dass nur selten „im sofortigen Anschluss an den Unfall die Krankheit in voller Entwicklung steht“. Typisch sei hingegen eine Zunahme der Symptomatik über einen Zeitraum von mehreren Monaten, wobei dann insbesondere die „psychische Alteration“ von „starrer Persistenz“ sei. Oppenheim weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass dieser Verlaufstyp neben der Affektstörung ebenfalls gegen eine einfache Gleichsetzung der traumatischen Neurose mit der Hysterie spricht, die sich bekanntermaßen durch einen „launischen Wechsel der Erscheinungen“ auszeichnet (Oppenheim, 1889, S. 130). Zum langfristigen Verlauf macht Oppenheim hingegen keine eindeutigen Aussagen; einerseits sei eine „wesentliche Besserung“ infolge eines „geeigneten Regimes“ nicht ungewöhnlich, andererseits sei die traumatische Neurose aber auch mit erheblichen Komplikationen verbunden, z. B. mit einer „Neigung zum Selbstmord aufgrund von Seelenstörung“. Interessant sind auch Oppenheims Ausführungen zu den zeitgenössischen Behandlungsmethoden. Von den damals weit verbreiteten verschiedenen Formen der Elektrotherapie, etwa dem Galvanisieren des Kopfes oder dem „elektrischen Bad“, erwartet er sich keine wesentliche Besserung, während er gegen „die Verstimmung, die Angstzustände, die Schreckhaftigkeit“ Hypnotika und Sedativa empfiehlt, insbesondere Brompräparate, Paraldehyd oder Chloralhydrat. Dem Bedürfnis der Patienten nach Ruhe solle entsprochen werden, daher sei auch ein „Land- resp. Waldaufenthalt“ durchaus zu empfehlen, aber keine Seebäder (Oppenheim, 1889, S. 132-137).

Besonders wichtig sind Oppenheim jedoch zwei Faktoren, nämlich die psychische Therapie und das „Fernhalten von Schädlichkeiten“. Unter Psychotherapie versteht Oppenheim „beruhigenden Zuspruch“ und die „Versicherung, dass das Leiden heilbar ist“. Vor allem aber dürfe der Arzt die geklagten Beschwerden keineswegs ableugnen oder dem Kranken „mit Ungläubigkeit oder Misstrauen“ begegnen, da diese Störung des Vertrauensverhältnisses alle anderen Therapiemaßnahmen unwirksam mache. Wie aktuell Oppenheims Arbeit ist, zeigt nicht zuletzt seine Definition von „Schädlichkeiten“, d. h. der Umstände, die eine traumatische Neurose aufrechterhalten. Als besonders nachteilig für einen positiven Verlauf hält Oppenheim vor allem langdauernde juristische Auseinandersetzungen um Anerkennungs- und Entschädigungsfragen: „Von diesem Gesichtspunkte aus würde es auch von der größten Wichtigkeit sein, den Rechtsstreit über die Entschädigung in möglichst kurzer Zeit zu erledigen“ (Oppenheim, 1889, S. 132). Als Maßnahmen gegen langwierige Rechtsstreitigkeiten schlägt er klare Regelungen durch Abfindungsvereinbarungen

und pauschalierte Entschädigungen vor, die eine rasche Abwicklung gewährleisten. Entsprechend seinen Intentionen leitet Oppenheim mit diesen Überlegungen zu seiner forensischen Bewertung der traumatischen Neurose über.

Dabei steht – ebenfalls von unverminderter Aktualität – für ihn das Problem der Simulation und Aggravation der Beschwerden im Vordergrund. Während sich Oppenheim sicher ist, dass eine Simulation aufgrund der komplexen Symptomatik der traumatischen Neurose nahezu unmöglich ist und durch eine stationäre Beobachtung aufgedeckt werden kann, stelle die „Übertreibung“ tatsächlich vorhandener Beschwerden „ein nicht ganz zu überwindendes Hindernis“ dar, dessen Bewältigung nur durch eine „sorgfältige Untersuchung“ der Patienten möglich ist. Keine Schwierigkeiten sieht Oppenheim hingegen bei der Beurteilung der Kausalitätsfrage im Einzelfall, die in der Regel aufgrund der Anamnese eindeutig beantwortet werden kann. Da Oppenheim von seinem umfassenden psychophysischen Ätiologiekonzept der traumatischen Neurose und seinen Befunden überzeugt war, bestand aus seiner Sicht überhaupt keine Notwendigkeit, andere Ursachen, wie etwa eine psychopathische Konstitution, ernsthaft zu erwägen, zumal sich die Degenerationshypothese als Erklärungsmodell für psychische Krankheiten erst in den 1880er Jahren durchsetzte. Abschließend stellt Oppenheim noch einige sozialmedizinische Überlegungen zur traumatischen Neurose an. Eine vollständige Erwerbsunfähigkeit sei nur dann gegeben, wenn entweder erhebliche organische Verletzungen vorliegen oder nach ein bis zwei Jahren keine Besserung der Beschwerden eintritt. Während eine Weiterbeschäftigung im ursprünglichen Beruf, z. B. im „Fahrdienst“, aufgrund der Natur der psychischen Symptomatik meist nicht empfohlen werden kann, hält Oppenheim eine „inferiore Thätigkeit“ in vielen Fällen trotz der Erkrankung für vertretbar (Oppenheim, 1889, S. 137-145). Mit dieser Einschätzung endet Oppenheims Monographie recht unvermittelt; eine zusammenfassende Würdigung der traumatischen Neurose fehlt ebenso wie etwa Ausführungen zu weiterführenden Untersuchungen über das Krankheitsbild.

Die historische Bedeutung von Oppenheims Monographie über die traumatische Neurose beruht jedoch nicht auf der Geschlossenheit oder gar der Eleganz der Darstellung, sondern auf der Tatsache, dass die traumatische Neurose erstmals als eine psychische Erkrankung definiert wird, die überwiegend auf einem akuten und emotional außergewöhnlich belastenden Ereignis beruht. Dabei ließ Oppenheim aber weder die somatischen Schäden infolge traumatischer Verletzungen außer Acht, noch gab er seine Überzeugung auf, dass es sich bei der traumatischen Neurose um eine funktionelle Störung des Nervensystems handelt, deren Pathomechanismus sich auch auf molekularer Ebene zeigen müsse. Insbesondere mit diesem Konzept der Folgen von „Erschütterungen“, das sowohl psychische als auch somatische Kausalfaktoren umfasste, wagte sich Oppenheim weit über das hinaus, was die zeitgenössische Nervenheilkunde als beweisbare Wissenschaft betrachtete. Darüber hinaus war Oppenheim von vornherein die enorme sozialmedizinische Bedeutung dieser Erkrankung

bewusst, weshalb er sich auch mit den forensischen Konsequenzen seiner Auffassungen auseinandersetzte. Obwohl einige aktuelle Vorstellungen über die Ätiopathologie der posttraumatischen Belastungsstörung, etwa zu Störungen der hormonellen Stressregulation oder zu epigenetischen Veränderungen durch Traumen, wie ein später Sieg Oppenheims wirken mögen, darf dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass die sozialmedizinisch-forensische Beurteilung dieser Erkrankung nach wie vor sehr umstritten ist (Fabra, Stevens & Merten, 2009). Insbesondere in Deutschland war diese Diagnose stets eng mit der allgemeinen politisch-historischen Entwicklung verknüpft, die in den gesundheitlichen Folgen eines psychischen Traumas lange Zeit eher das Symbol einer selbstverschuldeten Schwäche als die individuelle Erkrankung eines durch äußere Umstände Geschädigten erkannte. Mit jeder Diagnosestellung einer traumatischen Störung ist unweigerlich auch die Frage nach der Verantwortung verbunden, sei diese individuell oder zeitgeschichtlich. Die ambivalente Position zwischen Außenseitertum und höchster Anerkennung, die Oppenheim in der deutschen Neurologie und Psychiatrie aufgrund seiner Biographie einnahm, scheint sich in der historischen Entwicklung und Bewertung der traumatischen Neurose widerzuspiegeln.

■ Literatur

- Bewermeyer, K. (2004). Hermann Oppenheim – Begründer der deutschen Neurologie. Biographie anhand einer neuen Quelle. Universität Marburg, Dissertation.
- Charcot, J.M. (1886). Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, insbesondere über Hysterie. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. Sigm. Freud. Leipzig: Toeplitz und Deuticke.
- Erichsen, J.E. (1867). On railway and other injuries of the nervous system. Philadelphia: Henry C. Lea.
- Fabra, M., Stevens, A. & Merten, T. (2009). Empfehlungen für die Begutachtung von PTBS-Opfern. *Versicherungsmedizin*, 61, 111-116.
- Fischer-Homberger, E. (1975). Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Bern: Huber.
- Griesinger, W. (1861). Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende (2. Aufl.). Stuttgart: Krabbe.
- Hellpach, W. (1919). Hermann Oppenheim. *Berlin, Vossische Zeitung*, 27.05.1919, Morgenausgabe, Nr. 266a, 145.
- Kirchhoff, T. (1921). Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens (2 Bde.). Berlin: Springer.
- Kolle, K. (1956). Große Nervenärzte (3 Bde.). Stuttgart: Thieme.
- Kraepelin E (1887): Die Richtungen der psychiatrischen Forschung. Leipzig, Vogel.
- Kraepelin E (1899): Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte (6. Aufl., Bd. 2). Leipzig: Barth.
- Lerner, P. (1997). „Nieder mit der traumatischen Neurose, hoch die Hysterie“. Zum Niedergang und Fall des Hermann Oppenheim (1889-1919). *Psychotherapie*, 2, 16-23.
- Lerner, P. (2003). *Hysterical Men. War, psychiatry and the politics of trauma in Germany, 1890-1930*. Ithaca: Cornell University Press.

- Mennel, H.D., Holdorff, B., Bewermeyer, K. & Bewermeyer, H. (2007). Hermann Oppenheim und die deutsche Nervenheilkunde zwischen 1870 und 1919. Stuttgart: Schattauer.
- Oppenheim, H. (1881). Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Harnstoffausscheidung (Gekrönte Preisschrift). Universität Bonn, Dissertation.
- Oppenheim, H. (1884). Beiträge zum Studium des Gesichtsausdrucks der Geisteskranken. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 40, 840-863.
- Oppenheim, H. (1885). Weitere Mitteilung über die sich an Kopfverletzungen und Erschütterungen anschließenden Erkrankungen des Nervensystems. Archiv für Psychiatrie, 16, 743-777.
- Oppenheim, H. (1889). Die traumatischen Neurosen nach den in der Nervenlinik der Charité in den letzten 5 Jahren gesammelten Beobachtungen. Berlin: August Hirschwald.
- Pech, A. (2007). Hermann Oppenheim 1858-1919. Leben und Werk eines jüdischen Arztes (Studien zur Medizin-, Kunst- und Literaturgeschichte, 58). Herzogenrath: Murken-Altrogge.
- Pech, A. & Schmiedebach, H.P. (2008). Hermann Oppenheim (1858-1919) – ein exzellenter Neurologe ohne akademische Anerkennung. Zum 150. Geburtstag am 1. Januar 2008. Nervenarzt, 79, 225-230.
- Rigler, J. (1879). Über die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen insbesondere der Verletzungen des Rückenmarks. Mit Hinblick auf das Haftpflichtgesetz. Berlin: G. Reimer.
- Schott, H. & Tölle, R. (2006). Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehre, Irrwege, Behandlungsformen. München: C. H. Beck.
- Stern, A. (1968). In bewegter Zeit. Gedanken und Erinnerungen eines jüdischen Nervenarztes. Jerusalem: Mass.
- Süddeutsche Zeitung (2009): <http://www.sueddeutsche.de/politik/312/488706/text> 24.09.2009.
- Weber, M.M. (1993). Ernst Rüdin. Eine kritische Biographie. Berlin: Springer.

■ Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Matthias M. Weber
 Max-Planck-Institut für Psychiatrie
 Leiter des Historischen Archivs
 Leitender Oberarzt
 Leiter der Gutachtenstelle
 Kraepelinstr. 10
 D-80804 München
 Tel.: 089-30622-485
 Fax: 089-30622-605
 E-Mail: mmw@mpipsykl.mpg.de