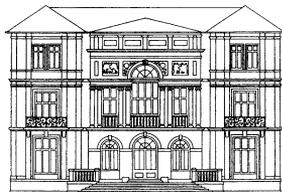


Entgrenzungen des Wahnsinns

Psychopathie und Psychopathologisierungen um 1900



Schriften des Historischen Kollegs

Herausgegeben von Andreas Wirsching

Kolloquien

93

Entgrenzungen des Wahnsinns

Psychopathie und Psychopathologisierungen um 1900

Herausgegeben von
Heinz-Peter Schmiedebach

DE GRUYTER
OLDENBOURG

Schriften des Historischen Kollegs

herausgegeben von
Andreas Wirsching
in Verbindung mit

Georg Brun, Peter Funke, Karl-Heinz Hoffmann,
Hartmut Leppin, Susanne Lepsius, Helmut Neuhaus,
Frank Rexroth, Martin Schulze Wessel, Willibald Steinmetz und Gerrit Walther

Das Historische Kolleg fördert im Bereich der historisch orientierten Wissenschaften Gelehrte, die sich durch herausragende Leistungen in Forschung und Lehre ausgewiesen haben. Es vergibt zu diesem Zweck jährlich bis zu drei Forschungsstipendien und bis zu drei Förderstipendien sowie alle drei Jahre den „Preis des Historischen Kollegs“.

Die Forschungsstipendien, deren Verleihung zugleich eine Auszeichnung für die bisherigen Leistungen darstellt, sollen den berufenen Wissenschaftlern während eines Kollegjahres die Möglichkeit bieten, frei von anderen Verpflichtungen eine größere Arbeit abzuschließen. Professor Dr. Heinz-Peter Schmiedebach (Hamburg) war – zusammen mit Professor Dr. Stefan Rebenich (Bern/Schweiz), Dr. Simone Derix (München) und Dr. Jörg Neuheiser (Tübingen) – Stipendiat des Historischen Kollegs im Kollegjahr 2013/2014. Den Obliegenheiten der Stipendiaten gemäß hat Heinz-Peter Schmiedebach aus seinem Arbeitsbereich ein Kolloquium zum Thema „Entgrenzungen des Wahnsinns – Psychopathie und Psychopathologisierung in urbanen und provinziellen öffentlichen Räumen um 1900“ vom 22.–24. Mai 2014 im Historischen Kolleg gehalten. Das Kolloquium wurde durch die DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns (1870–1930). Schwellenphänomene der urbanen Moderne“ (FOR 1120) gefördert. Die Ergebnisse des Kolloquiums werden in diesem Band veröffentlicht.

Das Historische Kolleg wird seit dem Kollegjahr 2000/2001 – im Sinne einer „public private partnership“ – in seiner Grundausrüstung vom Freistaat Bayern finanziert, die Mittel für die Stipendien kamen bislang unter anderem von der Fritz Thyssen Stiftung, dem Stiftungsfonds Deutsche Bank, der Gerda Henkel Stiftung und dem Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft. Träger des Historischen Kollegs, das vom Stiftungsfonds Deutsche Bank und vom Stifterverband errichtet und zunächst allein finanziert wurde, ist die „Stiftung zur Förderung der Historischen Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften und des Historischen Kollegs“.

Heinz-Peter Schmiedebach wurde im Kollegjahr 2013/2014 vom Freistaat Bayern gefördert.

www.historischeskolleg.de

Kaulbachstraße 15, D-80539 München

Tel.: +49 (0) 89 2866 380

Fax: +49 (0) 89 2866 3863

Email: elisabeth.huels@historischeskolleg.de

ISBN 978-3-11-041269-7

e-ISBN (PDF) 978-3-11-044349-3

e-ISBN (EPUB) 978-3-11-043594-8

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

A Cip catalog record for this book has been applied for at the Library of Congress.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© 2016 Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston

Umschlagbild: Die Illustration erschien ursprünglich am 16. Mai 1896 auf der Titelseite des „Simplicissimus. Illustrierte Wochenschrift“ unter der Überschrift „Wahnsinn“.

Druck und Bindung: Hubert & Co. GmbH, Göttingen

∞ Gedruckt auf säurefreiem Papier

Printed in Germany

www.degruyter.com

Inhalt

Vorwort	VII
Verzeichnis der Abkürzungen	IX
<i>Heinz-Peter Schmiedebach</i>	
Entgrenzungsphänomene des Wahnsinns – Einleitung	1
<i>Thomas Beddies</i>	
„In den Symptomen des Niedergangs, über die sich so viele entrüstet haben, habe ich nichts erblicken können als Krankheitserscheinungen“. Profilierung und Positionierung deutscher Psychiater nach dem Ersten Weltkrieg	29
<i>Kai Sammet</i>	
Wozu man die Schizophrenie gebrauchen kann: Semantik, Pragmatik, Öffentlichkeit(en) zwischen ca. 1910 und 1930	45
<i>Marietta Meier</i>	
Auf der Kippe: Spannungskonzepte an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert	63
<i>Thomas Müller</i>	
Rückführung des Irren in die Gesellschaft? Außerklinische Versorgungsformen und Behandlungsorte des Wahnsinns (ca. 1850–1914)	79
<i>Felicitas Söhner</i>	
Familiäre psychiatrische Versorgung an der Schwelle vom langen 19. Jahrhundert zur Moderne	95
<i>Julie Clauss/Christian Bonab</i>	
An der Grenze der Nosologie: Die praktische Klassifikation der Psychosen und die Einführung der Diagnose „Schizophrenie“ an der Psychiatrischen Universitätsklinik zu Straßburg, 1912–1962	131

Volker Hess/Chantal Marazia

Inside/Outside. Die Nervenpoliklinik in Berlin und Straßburg,
ca. 1880–1930 161

Stefan Wulf

Morphinismus und Kokainismus. Anmerkungen zum Konstrukt der
Psychopathie im Hamburger Drogendiskurs der 1920er Jahre 185

Urs Germann

Umstrittene Grenzen: „Psychopathische Persönlichkeiten“ zwischen
Psychiatrie und Justiz. Zur inter-institutionellen Stabilisierung des
Psychopathiekonzepts in der Schweiz vor dem Ersten Weltkrieg 209

Rupert Gaderer

J. G. Lehmann-Hohenberg – Wahnsinn, Presse und Politik im deutschen
Kaiserreich 225

Sonja Mählmann/Cornelius Borck

Der Querulantenwahn – oder wie die Psychiatrie zu ihrem Recht kam 241

Gabriele Dietze

„Heller Wahn“. Echoräume zwischen Genie-und-Wahnsinn-Diskursen in
Psychiatrie und künstlerischen Avantgarden der Moderne 259

Rainer Herrn

Gutachterliche Aushandlungen des Transvestitismus zwischen Psychiatrie
und Sexualwissenschaft 279

Kurzbiografien der Autoren 299

Personenregister 303

Vorwort

Um 1900 veränderten sich die Bedeutung und der Gebrauch des Begriffs „Wahnsinn“. Für die sich gerade in der akademischen Etablierung befindende neue medizinische Disziplin Psychiatrie erwies sich der Terminus in Anbetracht der stark wachsenden Forschungsaktivitäten, die auffällige psychische Erscheinungen zu neuen Einheiten zusammenschlossen und neu ordneten, als zu unspezifisch. Die nosologischen und epistemischen Differenzierungen der Psychiater lösten den „Wahnsinn“ in neu abzugrenzende Krankheitsentitäten auf. Außerhalb der Psychiatrie erlebte „Wahnsinn“ jedoch eine Konjunktur, die ein immer weiter gespanntes Netz von Konnotationen transportierte und damit dessen Unschärfe erhöhte. Das Wort fungierte als Chiffre zur Einordnung einer Großzahl von bislang wenig bekannten Phänomenen des modernen Lebens, die auf psychischem Gebiet, im kulturellen und sozialen Bereich mit erhöhter Aufmerksamkeit registriert wurden und Unverständnis, Irritation und Beunruhigung hervorriefen. Diese Diffusion des Begriffs in alle möglichen Felder außerhalb der Medizin traf sich mit der professionellen Bestrebung von Psychiatern, durch neue Konzepte die zahlreichen Verhaltensauffälligkeiten und Persönlichkeitsstörungen, die im weiten Feld zwischen psychischer Unauffälligkeit und störendem psychischen Verhalten angesiedelt waren, zu erfassen und in ihren Kompetenzbereich einzuordnen. Dieses psychiatrische Bemühen ist mit dem Konzept der Psychopathie verknüpft. Teilweise unabhängig von fachinternen Differenzierungen, teilweise in Anlehnung an diese wurde in den Medien und der Öffentlichkeit einer eigensinnigen Benutzung des Terminus „Wahnsinn“ Tür und Tor geöffnet. Da aber die Psychiatrie immer größere Zuständigkeiten für alle nur denkbaren Alteritäten im psychischen und sozialen Kontext erhielt und diese auch öffentlich mit Inhalt füllte, entwickelten sich unzählige Schnittstellen und überraschende Verknüpfungen für diese höchst unterschiedlichen Diskursinhalte, die Fachwissen, Laienmeinung, Vorurteil, Irritationen, Sicherheitsbedürfnisse, Ängste etc. auf alle denkbaren Weisen zusammenführten und überformten. Kurz, es entstand ein weitreichendes Experimentierfeld zur Aus- und Umdeutung neu wahrgenommener Phänomene im Alltag der sich herausbildenden modernen Sozialordnung, in der psychiatrisches Wissen eine bedeutende Rolle spielte. Umcodierungen und Metaphern bestimmten diese Auseinandersetzungen und Neuordnungsversuche, in denen die Zirkulation von Wissensbeständen zwischen den verschiedenen wissenschaftlichen und kulturellen Feldern zu einem wichtigen Motor wurde. Dabei entstanden kultur- und naturwissenschaftliche Entwürfe, die sowohl das Bild des Menschen wie die moderne Sozialordnung betrafen. Die modernen Medien und

die Öffentlichkeit spielten bei der Vermittlung dieser Prozesse eine entscheidende Rolle.

In der Öffentlichkeit trafen unterschiedliche Kompetenzen, politische und soziale Interessen und verschiedenartige Ordnungsentwürfe aufeinander. Psychiatrische Vorstellungen wurden von außerpsychiatrischen Modellen bestimmt wie umgekehrt psychiatrisches Wissen bei der Analyse literarischer Texte Anwendung fand. Auch die Praxis psychiatrischer Versorgung war in diese Diskurse involviert. Es werden Austauschprozesse und Verwobenheiten greifbar, die in der politischen Debatte um eine Neuordnung nach dem Ersten Weltkrieg ebenso Spuren hinterließen wie in rechtlichen Diskursen, im polizeilichen und sicherheitsrelevanten Kontext, in Fragen der Geschlechterordnung oder im Diskurs über Kunst und Wahnsinn.

Eine Tagung im Mai 2014 im anregenden Ambiente der Kaulbach-Villa widmete sich diesen Facetten, die in einem Prozess der Umdeutungen und der Zirkulation von Wissensbeständen verschiedenartigste Gestalt annahmen, ohne freilich Anspruch auf Vollständigkeit oder endgültige Antworten zu erheben. Als Stipendiat des Historischen Kollegs war es mir vergönnt, ein Jahr lang die für die eigene Arbeit so produktive Atmosphäre, die sich auch dank der Mitstipendiaten entfaltete, zu erleben und zu nutzen sowie die Tagung zu konzipieren. Die verschiedenen Ansätze, mit denen sich die Kolleginnen und Kollegen aus mehreren europäischen Ländern diesen Erscheinungen näherten, gestatteten einen multiperspektivischen Blick auf die weitreichenden Auswirkungen. Für diese Beiträge sei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern auf das Herzlichste gedankt.

Dank ist dem Historischen Kolleg München und der DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns“ auszusprechen. Beide haben durch ihre finanziellen Unterstützungen dafür gesorgt, dass dieser produktive Austausch stattfinden konnte. Das Historische Kolleg fungierte zudem als Gastgeber, der eine angenehme Heimstatt zur Verfügung stellte und auch die materiellen Bedürfnisse der Gäste mit Unterstützung eines aufmerksamen Personalstabes zu befriedigen verstand. Die Organisation der Tagung lag in den Händen von Frau Dr. Elisabeth Hüls, die diese Aufgabe mit Souveränität und Gelassenheit aufs Beste bewältigte. Sie und Regina Meyer waren auch mit der Erstellung des druckfertigen Manuskriptes dieses Bandes einschließlich der teilweise recht umfangreichen Korrespondenz mit den Autorinnen und Autoren befasst. Auch diese Aufgabe wurde reibungslos erledigt. Ohne ihr durchgängig hohes Engagement hätte der Band nicht so zeitnah den Leserinnen und Lesern präsentiert werden können. Für dieses Engagement und die hohe Qualität der Arbeit ist ein ganz besonders herzlicher Dank zu sagen. Ein weiterer Dank geht an Franziska Griebel, die das Personenregister des Bandes erstellt hat.

Hamburg, im September 2015

Heinz-Peter Schmiedebach

Verzeichnis der Abkürzungen

AHR	The American Historical Review
apl.	außerplanmäßig
AZP	Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BKH	Bezirkskrankenhaus
DDP	Deutsche Demokratische Partei
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DVLP	Deutsche Vaterlandspartei
DVP	Deutsche Volkspartei
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
GG	Geschichte und Gesellschaft
GH	German History
HPAC	Historisches Psychiatriearchiv der Charité
HPAS	Historisches Psychiatriearchiv der psychiatrischen Universitätsklinik Strasbourg
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
JModH	The Journal of Modern History
k. A.	keine Angabe
M	Mark
MedGG	Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung
NDB	Neue Deutsche Biographie
NF	Neue Folge
NS	Nationalsozialismus/nationalsozialistisch
NSDAP	Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei
NTM	NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin
Pat.	Patient
PZM	Archiv des Psychiatriezentrums Münsingen
RM	Reichsmark
RStGB	Reichsstrafgesetzbuch
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
StAHH	Staatsarchiv Hamburg
StAZH	Staatsarchiv Kanton Zürich
USPD	Unabhängige Sozialdemokratische Partei Deutschlands
WhK	Wissenschaftlich-humanitäres Komitee

Heinz-Peter Schmiedebach

Entgrenzungsphänomene des Wahnsinns – Einleitung

Das Thema des vorliegenden Buches ist in einem Spannungsfeld angesiedelt, das besonders von drei Begriffen bestimmt wird: Es geht erstens um „Entgrenzung“, zweitens um „Wahnsinn“ und schließlich um „Psychiatrie“. Die Psychiatrie als Teil der modernen medizinischen Wissenschaften erlebte, wie die Wissenschaften insgesamt, im Rahmen der sich etwa ab den 1870er Jahren herausbildenden neuen Sozialordnung einen starken Bedeutungszuwachs. Diese für die klassische Moderne typische Veränderung war mit widersprüchlich verlaufenden Entwicklungen und mannigfaltigen Verwerfungen verknüpft.¹ Bei der Interpretation und Einordnung der subjektiven Reaktionen und Antworten auf diese Verwerfungen war die moderne Psychiatrie als wissenschaftlich-medizinische Disziplin in besonderer Weise gefordert, da Beschleunigungsphänomene, neue Arbeitsrhythmen und andere den Alltag grundlegend verändernde Prozesse nicht selten psychische Resonanzen zeigten.² Diese Reaktionsweisen waren vielfach einer immer weiter zunehmenden Psychopathologisierung unterworfen, was durch die psychiatrisch-wissenschaftliche Kompetenz legitimiert wurde. In Deutschland begann um 1860 der systematische akademische Etablierungsprozess der Psychiatrie als neuer und moderner Disziplin, die an die Erkenntnisse der Anatomie und Physiologie des Gehirns anknüpfte und psychische Devianzen zu ihrem Untersuchungs- und Behandlungsfeld gewählt hatte.³

¹ Zur Moderne in dem hier behandelten Kontext vgl. z. B. Detlev J. K. Peukert: Die Weimarer Republik. Krisenjahre der klassischen Moderne. Frankfurt a. M. 1987; Zygmunt Baumann: Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit. Zürich 1992; Anthony Giddens: Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age. Stanford 1991; Samuel N. Eisenstadt: Die Vielfalt der Moderne. Frankfurt a. M. 2000; Jürgen Habermas: Die Moderne – ein unvollendetes Projekt. Philosophisch-politische Aufsätze. Stuttgart 1994.

² Volker Roelcke: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914). Frankfurt a. M./New York 1999.

³ In den zahlreichen Abhandlungen zur Entwicklung der Psychiatrie in Europa sind diverse Ansätze von reinen disziplingenetischen bis zu kulturhistorischen vertreten. Vgl. z. B. ältere Arbeiten: Hans-Heinz Eulner: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart 1970, S. 257–282, S. 510; Klaus Dörner: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1975; Robert Castel: L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Paris 1976; neuere Arbeiten: Claude Quétel: Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours. Paris 2009; Edwin R. Wallace: History of

Nach wie vor ist der Einfluss, den Foucault auf die (geschichts-)wissenschaftliche Diskussion über die Psychiatrie und ihre Macht hat, recht groß. Eine gewisse Schärfung und damit auch eine epistemologische Aufladung des Terminus „Entgrenzung“ lässt sich erreichen, wenn man den Begriff gegen das von Foucault bei seiner Beschreibung der Psychiatrie benutzte Analysekriterium der „Expansion“ hält. Foucault stellt die moderne Gesellschaft als durchdrungen und strukturiert von einer anonymen Macht dar. Er sieht dabei die Psychiatrie als Teil dieser Macht ohne Namen, ohne Gesicht, die aber unter verschiedenen Personen aufgeteilt ist. Diese Macht manifestiere sich mit einer mannigfaltigen, diskreten disziplinarischen Wirkmächtigkeit als militärische, polizeiliche, berufliche oder schulische Disziplin. Sie würde nur in der Folgsamkeit und im Gehorsam derjenigen sichtbar, auf die sie ausgeübt werde. Kennzeichen dieser Macht sei die Erfassung von allen Mitgliedern der Gesellschaft und ihre Einordnung in die verschiedenen existierenden Disziplinen. Wenn einzelne Personen die Reglements dieser Disziplinen nicht in ihr Verhalten aufnehmen und nicht in die Systeme integriert werden könnten, würden sie als gestört oder geisteskrank gelten. Für diese übrig bleibenden „Residuen“ – so Foucaults Begriff – sei die psychiatrische Disziplin zuständig.⁴

Wie alle disziplinarischen Systeme funktioniere auch die Psychiatrie von alleine, und diejenigen, die damit betraut sind, wirkten nicht in erster Linie als personale Individuen, sondern als eine lebendige Verkörperung von Funktionen des Systems. Diese Funktionen würden zwar von einer konkreten Person ausgeübt, sie könnten jedoch genauso gut von anderen erfüllt werden. Die Personen seien austauschbar und ihr Wirken als Funktionsträger stehe im Vordergrund. Da alle Mitwirkenden mehr als Funktionen denn als Personen erscheinen, entsteht der von Foucault benannte anonyme Charakter beim Funktionieren dieses Systems.

Die von der Psychiatrie entwickelten Bewertungs- und Klassifizierungssysteme für alle Arten psychischer Devianz wurden wissenschaftlich hergeleitet und dadurch legitimiert. In der Psychiatrie haben sich dabei zwei Systeme miteinander verwoben: die Wissenschaft als Legitimierungs- und Orientierungssystem und die praktische Psychiatrie als Handlungssystem. Das ineinandergreifende Funktionieren dieser beiden Systeme war die Voraussetzung für eine zunehmende Psychiatrisierung sozialer und kultureller Phänomene. In der offensiven Expansion überwand die Psychiatrie ihre Zuständigkeit für das, was Foucault unklassifizierbare „Residuen“ nennt: Sie bot sich an, nun auch fast alle in der modernen Gesellschaft neu auftretenden, bislang unbekanntem psychischen Erscheinungen in Alltag und

Psychiatry and Medical Psychology. With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation. New York 2008; Heinz Schott/Rainer Tölle: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München 2006; Eric J. Engstrom: Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice. Ithaca, NY 2003; Roy Porter: Madness. A Brief History. Oxford u. a. 2003; Edward Shorter: Geschichte der Psychiatrie. Reinbek bei Hamburg 2003.

⁴ Michel Foucault: Die Macht der Psychiatrie. Vorlesungen am Collège de France 1973–1974. Frankfurt a. M. 2005, S. 88.

Kultur (wie zum Beispiel Erschöpfungssyndrome, Expressionismus) mithilfe ihres wissenschaftlichen Instrumentariums zu erfassen und zu klassifizieren.⁵

Diese Darlegung Foucaults lässt sich gut mit der Entwicklung der Psychiatrie und dem Umgang mit psychischen Devianzen im 19. Jahrhundert in Einklang bringen. Die Psychiatrie schuf mithilfe immer weiterer Differenzierungen und Klassifikationen psychischer Störungen eine Vielzahl von Möglichkeiten, Menschen mit ungewöhnlichem Verhalten in ihr Kompetenzfeld zu integrieren. Diese Vereinnahmungen waren nicht Ausdruck von obrigkeitlicher Willkür, sondern wurden aus der Wissenschaft hergeleitet und durch sie legitimiert. Sie bestanden im Wesentlichen aus Neugewichtungen und Neuordnungen von allen möglichen psychischen und sozialen Auffälligkeiten, Affekten etc. Dabei wurden neue Grenzen gezogen, Ein- und Ausgliederungen vorgenommen. Durch die Bildung bislang nicht bekannter Klassen und Ordnungen wurden neue Krankheiten als eigene Entitäten in Krankheitssystematiken verortet.⁶

Dieser Prozess epistemologischer und nosologischer Differenzierung bedeutete eine Expansion in neue Bereiche. Dabei wurde von der Psychiatrie auch das Feld zwischen geistiger Krankheit und geistiger Gesundheit neu vermessen. Zu den Übergangs- und Grenzzuständen gehörten zum Beispiel die heute als Persönlichkeitsstörungen bezeichneten Auffälligkeiten, denen um die Jahrhundertwende immer größere professionelle Aufmerksamkeit zuteil wurde. Entscheidend hierfür war das in den 1890er Jahren in Deutschland entwickelte Konzept der Psychopathie. Mit diesem Ansatz konnte die Psychiatrie auf alle möglichen nicht angepassten Persönlichkeiten zugreifen. Jeder aufmüpfige Schüler, jeder moderne Künstler konnte nach diesem Konzept als persönlichkeitsgestört erfasst und der Psychiatrie überantwortet werden. Interessanterweise löste sich der „Wahnsinn“ als relativ unspezifischer Oberbegriff in diesem Differenzierungsprozess nicht vollständig in andere Krankheitseinheiten auf, sondern erhielt eine neue Unschärfe und entfaltete durch diese andere Wirkmöglichkeiten.

In der zunehmenden Psychiatisierung sozialer und kultureller Handlungen und Phänomene wird eine Expansion der Psychiatrie deutlich, die für Foucault das entscheidende Kennzeichen dieser Macht ist. Dieser Psychiatisierungsprozess lässt sich in eindrucksvollen Zahlen abbilden: Zwischen 1880 und 1910 ver-

⁵ Vgl. z. B. Marijke Gijswijt-Hofstra/Roy Porter (Hg.): *Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War*. Amsterdam 2003; Joachim Radkau: *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*. München 2000; Marieluise Matzel: „Irrsinn“ in Kunst. Öffentliche Auseinandersetzungen zur Psychopathologisierung bildender Kunst (1910–1925). Diss. med. Hamburg 2008.

⁶ Dazu vgl. z. B. Christine Wolters/Christof Beyer/Brigitte Lohff (Hg.): *Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit*. Bielefeld 2013; Martina Wernli (Hg.): *Wissen und Nicht-Wissen in der Klinik. Dynamiken der Psychiatrie um 1900*. Bielefeld 2011; Günter Lempa: *Psychosekonzepte im historischen Kontext. Vorurteil, Wissenschaft, Politik* (= Forum der psychoanalytischen Psychotherapie. Schriftenreihe des Frankfurter Psychoseprojekts, Bd. 23). Göttingen 2010; Michaela Ralser: *Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie. Kulturen der Krankheit um 1900*. München 2010.

fünffachte sich zum Beispiel die Zahl der Insassen der Irrenanstalten in Preußen (von 27 000 auf 143 000), während sich die Zahl der Einwohner noch nicht einmal verdoppelte (von ca. 27 Millionen auf ca. 40 Millionen). Damit einhergehend erfolgte ein Ausbau der Anstalten in dieser Zeit.⁷ Psychiater entschieden mit über die Internierung in eine Irrenanstalt oder über eine Entmündigung und damit über den Ausschluss aus dem öffentlichen Leben und den bürgerlichen Tod der Betroffenen. Diese Entscheidungen waren häufig umstritten und weckten in der Öffentlichkeit Befürchtungen eines wissenschaftlich-medizinischen Machtmissbrauchs.⁸

Der von Foucault benutzte Expansionsbegriff ist untrennbar mit der Wirkmächtigkeit dieser anonymen Macht verbunden, deren wesentliche Eigenschaft eine Machtausübung durch strukturelle und instrumentelle, disziplinar entwickelte, legitimierte und praktisch umgesetzte Prozesse ist. Mit der Betonung der Anonymität wird die Bedeutung des Strukturellen unterstrichen, die Rolle der Akteure relativiert. Der Bemächtigungsprozess ist nach dieser Lesart primär unidirektional ausgerichtet, einzig von der disziplinären Perspektive her beschrieben. Foucault macht deutlich, wie es der psychiatrischen Macht dank ihrer stark ausgeprägten disziplinären Fähigkeit immer wieder gelang, auch das, was sich zunächst ihrem Zugriff zu entziehen schien und als Widerstand imponierte, mithilfe neuer Aktualisierungen in ihr Machtgefüge zu integrieren.⁹ In Foucaults Perspektive bleibt nicht viel Platz für eine Betrachtung eigensinniger Selbstermächtigungsstrategien oder für die die disziplinäre Macht in Schranken verweisenden, außerhalb des disziplinären Zugriffs erfolgenden Selbstvergewisserungen und Neuverortungen von Personen und Gruppen.

Wenn der Wahnsinn in seinen vielfältigen Erscheinungsweisen und nicht die Psychiatrie im Zentrum der Analyse steht, kann die Perspektive leicht verändert werden. Mit dem Gebrauch des Begriffs „Wahnsinn“ waren sehr unterschiedliche, geradezu gegensätzliche Konnotationen verbunden. Zudem hatte Wahnsinn weder eine disziplinär-akademische Dignität noch eine institutionelle Verankerung, wie dies bei der Psychiatrie der Fall war. Jede und jeder konnte diesen Begriff in irgendeiner Weise, gerade wie es ihr oder ihm gefiel, in Anwendung bringen. Er fungierte als Instrument der psychiatrischen Macht, das dazu diente, alle möglichen Personen in ihren Kompetenzbereich zu ziehen, und war gleichzeitig Mittel der Gegenmacht, wenn er zum Beispiel im Genie-Wahnsinn-Diskurs zum notwendigen Element des Genialen stilisiert wurde. Dies alles verbietet die Anwendung einer unidirektionalen Perspektive wie sie bei Foucault angelegt ist. Der Begriff „Expansion“ ist somit für eine Erfassung der Vielfalt der mit Psychiatrie und Wahnsinn verbundenen Erscheinungen nicht geeignet. Passend scheint vielmehr der Terminus „Entgrenzung“ zu sein, den ich – trotz seiner analytischen Un-

⁷ Dirk Blasius: „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945. Frankfurt a. M. 1994, S. 79.

⁸ Vgl. dazu z. B. den Aufruf. In: Neue Preußische Zeitung („Kreuzzeitung“), Nr. 315, 9. 7. 1892.

⁹ Vgl. z. B. Foucault: Macht (wie Anm. 4), S. 386–412.

schärfe¹⁰ – hier in Anschlag bringen möchte.¹¹ Auf den ersten Blick erscheinen die Differenzen zum Terminus „Expansion“ nicht sehr groß. Entgrenzung meint grundsätzlich, dass etwas über die vorhandenen Grenzen hinaustritt, aus einem vorgegebenen Raum in angrenzende Räume diffundiert und bislang nicht Dazugehöriges erfasst. Das, was diffundiert, verändert selbst seine Bedeutung. Dabei werden Perspektiven verschoben. Dieser Prozess fördert die Bildung von neuen Strukturen und Bildern, anderen Vorstellungen, Erkenntnissen oder auch habituellen Ausrichtungen etc. Es wird möglich, die Zirkulation von zentralen Begriffen aus einem zum Beispiel wissenschaftlichen Feld in ein anderes, zum Beispiel kulturelles, und die damit einhergehenden epistemologischen Modifikationen und Bedeutungsverschiebungen zu erfassen und zu verorten. Dynamiken und eine nicht vorbestimmte Gerichtetheit können mithilfe des Konzepts der Entgrenzung deutlich konturiert werden. Sowohl die im *boundary concept* enthaltenen Grenzoszillationen als auch die in translokalen und transnationalen Verflechtungen (*histoire croisée*) sich zeigenden Dynamiken können untersucht werden.¹² Die Unterschiede und Vorteile gegenüber dem Foucault'schen Expansionsbegriff sind deutlich: Die Kategorie „Entgrenzung“ ermöglicht eine multiperspektivische Behandlung der Vielfalt unterschiedlichster Phänomene und eine größere Tiefenschärfe der Untersuchung.

Hinsichtlich der Vieldeutigkeit des Begriffs „Wahnsinn“ um 1900 ist festzuhalten,¹³ dass sich hinter diesem Begriff keine präzise nosologische Entität verbirgt.

¹⁰ Thomas Krüger: Was bedeutet „Entgrenzung“ für die politische Bildung? In: Dirk Lange (Hg.): Entgrenzungen. Gesellschaftlicher Wandel und Politische Bildung (= Schriftenreihe der DVPB). Schwalbach 2011, S. 14–20, S. 14.

¹¹ Seit den 1960er Jahren wird der Begriff in verschiedensten Wissenschaften und sozialen wie politischen Bereichen als strukturierendes Prinzip erörtert. In den letzten zehn Jahren wird der Terminus z. B. in der Politikwissenschaft im Kontext eines globalen Bedeutungsverlusts von Nationalgrenzen, der sich verschiebenden Grenzen des Menschseins oder zwischen Privatheit und Öffentlichkeit diskutiert; vgl. Lange (Hg.): Entgrenzungen (wie Anm. 10). Auch die Diskussion über die Rolle des Buches in einer sich wandelnden Medienlandschaft mit dem Entstehen neuer Kulturtechniken bedient sich dieses Begriffes; vgl. Clemens Zintzen (Hg.): Die Zukunft des Buches (= Akademie der Wissenschaften und der Literatur, Abhandlungen der Geistes- und sozialwissenschaftlichen Klasse, Jg. 2011, Nr. 4). Mainz 2011. In der Diskussion um die neue Theorie reflexiver Modernisierung hat der Terminus ebenfalls eine leitende Bedeutung; vgl. Ulrich Beck/Christoph Lau (Hg.): Entgrenzung und Entscheidung: Was ist neu an der Theorie reflexiver Modernisierung? Frankfurt a. M. 2004. Eine sehr umfassende Behandlung von Grenzen und Grenzüberschreitungen leistete der XIX. Kongress für Philosophie, bei dem u. a. ästhetische, bioethische Grenzen und Überschreitungen ebenso diskutiert wurden wie auch Rationalitätsschranken und Grenzen der Erkenntnis; vgl. dazu: Wolfram Hogrebe (Hg.): Grenzen und Grenzüberschreitungen. Bonn 2002.

¹² Eine Auseinandersetzung mit den Problemen und Möglichkeiten, die sich bei den konkurrierenden Ansätzen „Vergleich“, „Transfer“ und „Verflechtung“ ergeben, findet sich z. B. bei Christiane Reinecke/Agnes Arndt/Joachim C. Häberlen (Hg.): Vergleichen, verflechten, verwirren? Europäische Geschichtsschreibung zwischen Theorie und Praxis. Göttingen 2011.

¹³ Vgl. dazu Volker Hess/Heinz-Peter Schmiedebach: Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne. In: dies. (Hg.): Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne (= Kulturen des Wahnsinns (1870–1930), Bd. 1). Wien/Köln/Weimar 2012, S. 7–18.

„Wahnsinn“ wurde in der sich formierenden Psychiatrie des 19. Jahrhunderts in neu abgegrenzte Krankheitseinheiten mit neuen Namen differenziert. Diese Neustrukturierung psychischer Krankheiten hat innerhalb der psychiatrischen Community immer wieder grundsätzliche wie auch Systematisierungsfragen aufgeworfen, die häufig durch Fokussierung auf eine neue Patientenkiel und unter der Generierung anderer Krankheitsentitäten erörtert und entschieden wurden. Die Differenzierungsprozesse waren abhängig von den Verfahren, mit denen die Psychiater ihre epistemischen Objekte greifbar zu machen wussten und die anhand der Aufschreibesysteme, wie sie uns in den Krankenakten begegnen, rekonstruiert werden können. Über die Erfassung des bislang nicht Dazugehörenden erfolgte eine Expansion in neue Bereiche, indem durch die Integration des ehemals außerhalb der psychiatrischen Klassifikation Befindlichen das Feld zwischen geistiger Krankheit und geistiger Gesundheit mit allen möglichen psychischen Auffälligkeiten in zahllosen Abstufungen gefüllt wurde. Den Zeitgenossen war diese Entstehung eines Schwellenraumes, einer breiten Zwischenschicht von Übergangs- und Grenzzuständen, bewusst.

Diese Unschärfe des „Wahnsinns“ konnte mit vielen neuen Facetten ausgestattet werden, er zeigte sich für mannigfaltige Aufladungen bereit, sodass er fast als ubiquitäres Phänomen erschien. „Wahnsinn“ und „Irrsinn“ wurden zu Chiffren, die sich aus dem engen professionellen Zuständigkeitsbereich der Psychiatrie entfernten und deren Bedeutung in außermedizinischen Diskursen und den Medien stetig wuchs. Die besondere Entgrenzungsgeschichte der Schizophrenie hat Brigitta Bernet in ihrem 2013 erschienenen Buch dargelegt: „Im Verlauf des 20. Jahrhunderts hat die Schizophrenie ein Eigenleben außerhalb der psychiatrischen Fachdiskussion in Kunst, Literatur, Film, Fernsehen und der Tagespresse entwickelt.“¹⁴ Der Begriff zirkuliere als Metapher für Widersprüchlichkeiten aller Art. Die Kernsymptome – Zersplitterung, Autismus oder Ambivalenz – scheinen sich besonders gut dazu zu eignen, die Verfasstheit moderner Gesellschaften zu charakterisieren. Selbst in der Geschichtswissenschaft wurde der Terminus durch den Genfer Historiker François Walter in seiner „Histoire de la Suisse“ adaptiert. Walter sprach von einer „helvetischen Schizophrenie“, um die paradoxe Kluft zwischen internationaler Abhängigkeit und nationaler Sonderfallideologie des neutralen Kleinstaates zu kennzeichnen, also eine Dissoziation des Wahrnehmens und Denkens bei autistischer Verfassung.¹⁵ Selbst Papst Franziskus nahm im Dezember 2014 den Begriff auf und sprach in seiner Kritik an der Kurie davon, dass die „existenzielle Schizophrenie“ jener geheilt werden müsse, die unter Missachtung der strengen Lehren, die sie anderen erteilen, ein ausschweifendes Leben führten.¹⁶

¹⁴ Brigitta Bernet: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900. Zürich 2013, S. 15.

¹⁵ Ebd.; siehe auch: François Walter: Histoire de la Suisse. Bd. 5: Certitudes et incertitudes du temps présent (de 1930 à nos jours). Neuenburg 2010.

¹⁶ Süddeutsche Zeitung, 23. 12. 2014, S. 7.

Um 1900 wurde Wahnsinn in einem mit folgenden drei Bedeutungspolen ausgestatteten Feld benutzt:

1. Innerhalb der Psychiatrie und anderer Professionen bezeichnete der Begriff eine krankhafte Störung, deren vielfache Erscheinungsarten einer immer weitergehenden epistemologischen und nosologischen Differenzierung unterworfen waren. Der Begriff löste sich dabei in viele Unterformen auf, die neue Klassifikationssysteme bereicherten.
2. In einer Diffusion aus den professionellen Feldern hinaus in andere kulturelle Räume und Alltagsbereiche transformierte sich Wahnsinn in einer konzertierten Aktion von Fachleuten, Laien und Medien zu einer Chiffre für alle möglichen verstörend wirkenden, unerklärlichen oder auch kritisch zu bewertenden Erscheinungen in Kunst, Politik und Gesellschaft. Sowohl moderne Malerei und Literatur als auch eine tölpelhafte oder ungeschickte Politik des Kaisers konnten mit dem Etikett des Wahnsinns versehen werden. Die Zirkulation des Begriffs von einem in ein anderes Feld ging mit semantischen Verschiebungen einher, deren Analyse zum Beispiel für die Frage nach Selbst- und Fremdverortungen in einer sich schnell wandelnden Sozialordnung höchst aufschlussreich sein kann.
3. Wahnsinn erhielt aber auch den Charakter einer positiven Referenz, wenn zum Beispiel in der Kunst von den Wilden und Wahnsinnigen neue Impulse für eine Reform erwartet wurden oder wenn der „ganze künstlerische und psychotische Reichtum“ angesprochen wurde, den bestimmte Künstler in sich trügen.¹⁷ Eine gewisse Faszination ging von der als pur, ursprünglich, unverfälscht und absolut betrachteten Ausdrucksstärke des Wahnsinnigen aus. Getriggert wurde diese Allianz von Wahnsinn und Kunst durch den Genie-Wahnsinn-Diskurs.

Wenn Wahnsinn für viele Phänomene, die störend, unästhetisch, irritierend, nicht in Normen einzuordnen etc. waren, als erklärende Kategorie benutzt wurde, so bedeutete dies eine sehr starke Vereinfachung von gesellschaftlicher Komplexität. Die von Ulrich Herbert konstatierte Sehnsucht nach der Aufhebung der gesellschaftlichen Widersprüche¹⁸ schien erfüllt, da das Irritierende und Verstörende, sei es nun in der Kunst oder der Politik, nicht als Ausdruck eines gesellschaftlichen Widerspruchs angesehen wurde, sondern verschiedene Erscheinungsformen einer psychopathologischen Störung repräsentierte. Wenn man einen Künstler wegen seiner Bilder als verrückt bezeichnete, musste man sich nicht mit Inhalt, Stil und Normenverletzung auseinandersetzen. Wenn man vom Wahnsinn des Kaisers sprach, so lag das Problem ausschließlich in der Person des Monarchen und nicht in der Staatsverfassung der Monarchie. Mit dieser Transformation gesellschaftlicher Konfliktpotenziale in psychopathologische Phänomene schien es möglich, die Benennung von sozialen, kulturellen und politischen Widersprüchen als solchen und die Auseinandersetzung mit ihnen zu umschiffen. Die Orientierung am Althergebrachten konnte weiterhin aufrechterhalten werden. Freilich provozierte

¹⁷ Heinrich Stadelmann: Psychopathologie und Kunst. München 1908, S. 39.

¹⁸ Ulrich Herbert: Geschichte Deutschlands im 20. Jahrhundert. München 2014.

dies neue Verwerfungen, unter anderem weil viele Betroffene diese Lesart nicht akzeptierten und die öffentliche Meinung sich dieses widerspruchsvollen Themas annahm. In dieser weitreichenden öffentlichen Auseinandersetzung konnte nun eine der gesellschaftlichen Kernfragen: „Was heißt Normalität einer modernen Gesellschaft?“ nicht mehr ignoriert werden.

Betrachtet man das Agieren und Reagieren der Akteure, so kann man sehr gegensätzliche Erscheinungen feststellen. Auf die Expansionsbestrebungen der Psychiater reagierten viele der von Internierung und Entmündigung Betroffenen mit Abwehr, Kritik an der Psychiatrie und Ähnlichem.¹⁹ Im Bereich der Kunst war die Fremdzuweisung, wenn zum Beispiel Psychiater oder Kunstkritiker insbesondere die Expressionisten mit Irren verglichen oder gar die Künstler selbst als verrückt bezeichneten, mit heftigstem Widerstand verbunden. Wo jedoch eine Selbstbemächtigung des Wahnsinns seitens der Künstler stattfand, sah man ihn naturgemäß als positive Referenz. Die Entgrenzung des Wahnsinns und seine Benutzung zur Disqualifizierung des Kaisers wie es, wenn auch im historischen Gewand, Ludwig Quidde mit seiner Broschüre über Caligula und den Cäsarenwahnsinn tat,²⁰ zeitigte heftigste Reaktionen seitens der Historikerkollegen, der Politik wie auch des Geheimdienstes. Zu Quidde wurde eine Überwachungsakte angelegt und seine Karriere als Hochschullehrer unmöglich gemacht. Dennoch oder gerade deswegen konnte sein Büchlein zwischen 1894 und den 1920er Jahren eine Auflage von über 200 000 Exemplaren erzielen.²¹

Die Rekonstruktion dieser zahlreichen, vielfältigen Beziehungen und Auseinandersetzungen ist nur deshalb möglich, weil sie in verschiedenen, sich neu bil-

¹⁹ Zur Psychiatriekritik und „Antipsychiatrie“ liegen mittlerweile zahlreiche Arbeiten vor, wovon nur einige hier genannt werden sollen: Gabi Feger/Hans Schneider: „Antipsychiatrische“ Bewegung und sozialpsychiatrische Ansätze von der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts bis zur Machtergreifung der Nationalsozialisten. Zur Geschichte der „Antipsychiatrie“. In: Stefan Lundt (Hg.): Rebellion gegen das Valiumzeitalter. Überlegungen zur Gesundheitsbewegung (= Dokumentation des Gesundheitstages Berlin 1980, Bd. 7). Berlin 1981, S. 191–211; Heinz-Peter Schmiedebach: Eine „antipsychiatrische Bewegung“ um die Jahrhundertwende. In: Martin Dinges (Hg.): Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1879 – ca. 1933) (= MedGG, Beiheft, Bd. 9). Stuttgart 1996, S. 127–159; Ann Goldberg: A Reinvented Public: „Lunatic’s Rights“ and Bourgeois Populism in the Kaiserreich. In: Eric J. Engstrom/Volker Roelcke (Hg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum (= Medizinische Forschung, Bd. 13). Basel 2003, S. 189–217. Auch außerhalb Deutschlands sind ähnliche Bewegungen feststellbar; vgl. Jacques Postel/David F. Allen: History and Anti-Psychiatry in France. In: Marc S. Micale/Roy Porter (Hg.): Discovering the History of Psychiatry. New York/Oxford 1994, S. 384–414.

²⁰ Ludwig Quidde: Caligula. Eine Studie über römischen Cäsarenwahnsinn. Leipzig ²⁵1894.

²¹ Zu Quidde vgl. z. B. Karl Holl: Ludwig Quidde (1858–1941). Eine Biographie (= Schriften des Bundesarchivs, Bd. 67). Düsseldorf 2007; zu Quiddes Tätigkeit in der Historischen Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften und als Herausgeber der Reichstagsakten vgl. Eike Wolgast: Deutsche Reichstagsakten. In: Lothar Gall (Hg.): „...für deutsche Geschichts- und Quellenforschung“. 150 Jahre Historische Kommission bei der Bayerischen Akademie der Wissenschaften. München 2008, S. 79–120.

denden und immer wieder verändernden Öffentlichkeiten²² stattfanden und sehr unterschiedliche Zeugnisse hinterlassen haben: Große Bedeutung hatte erstens eine über die Schrift vermittelte Kommunikation mithilfe von Printprodukten. Zweitens gab es einen Austausch in mündlicher Form, zum Beispiel in Zwiegesprächen, aber auch im Parlament, auf Kongressen, bei Besprechungen etc. Abgesehen vom zufällig sich ergebenden spontanen Gespräch war bei fast allen diesen Formen ein gewisser Grad von Institutionalisierung gegeben, beispielsweise in Form eines regelmäßig erscheinenden Periodikums oder als jährlich stattfindender Kongress. Solche immer wiederkehrenden Gegebenheiten bildeten so etwas wie Kristallisationskerne, um die herum sich Öffentlichkeiten formieren konnten und die auch eine Perspektive in die Zukunft aufwiesen, ohne die eine gewisse Kontinuität einer sich formierenden Öffentlichkeit nicht denkbar wäre. Dies bedeutet aber nicht, dass dadurch eine dauerhafte Stabilität hinsichtlich des Bestehens von Teilöffentlichkeiten garantiert gewesen wäre. So konnten die sich um den Kern herum formierenden öffentlichen Gruppierungen in Größe, Form und auch in ihrer inhaltlichen Ausrichtung verändern, etwa wenn bestimmte Themen an Attraktivität verloren und durch andere ersetzt wurden. Zudem waren selbst die Kerne nicht stabil: Zeitungen konnten in Konkurs gehen, Kongresse nicht mehr abgehalten werden etc. Was diese Öffentlichkeiten auszeichnete, war trotz einer gewissen Institutionalisierung nicht Stabilität, sondern Dynamik, die immer neben Sein oder Nicht-Sein auch andere qualitative wie quantitative Veränderungen umfasste. Besonders in einer öffentlichen Zirkulation der verschiedenen Begriffe aus einem Feld in ein anderes werden die Modifikationen dieser Begriffe im semantischen *flow*, wie dies Kai Sammet in seinem Beitrag nennt, und die Neukonturierung von Positionen greifbar, unabhängig davon, ob wir diese Öffentlichkeiten unter Zuhilfenahme von Raumvorstellungen oder Netzwerkerweiterungen zu fassen versuchen.

Deutliche Spuren einer gegen die sich abzeichnende psychiatrische Deutungsmacht gerichteten Bewegung waren besonders ab den 1890er Jahren in der Tagespresse erkennbar. Zudem entstanden zahlreiche Broschüren von Personen, die sich als zu Unrecht entmündigt oder in eine Irreanstalt eingewiesen sahen. Hier deutete sich übrigens auch ein besonderes und neues Verhältnis zwischen Privatsphäre und Öffentlichkeit an. Die höchst privaten Erfahrungen im Umgang mit dem Verdacht des Irreseins wurden in diesen Broschüren, die – wie es Cornelia Brink sagt – den Autoren und Autorinnen nicht zuletzt zur Wiedererlangung ihrer Würde als handelnde Subjekte gedient haben,²³ in der Öffentlichkeit ausge-

²² Auch die historische und soziologische Annäherung an „Öffentlichkeit“ hat seit vielen Jahrzehnten ihre Spuren hinterlassen. Axel Schildt: Das Jahrhundert der Massenmedien. Ansichten zu einer künftigen Geschichte der Öffentlichkeit. In: GG 27 (2001), S. 177–206; Lucian Hölscher: Art. Öffentlichkeit. In: Otto Brunner/Werner Conze/Reinhart Koselleck (Hg.): Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland, Bd. 4. Stuttgart 1978, S. 413–467. Auch Kai Sammet nimmt diese Diskussion in seinem Beitrag in diesem Band auf.

²³ Cornelia Brink: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980 (= Moderne Zeit. Neue Forschungen zur Gesellschafts- und Kulturgeschichte des 19. und 20. Jahrhunderts, Bd. 20). Göttingen 2010, S. 176.

breitet. Die von Jürgen Habermas konstatierte am Ende des 19. Jahrhunderts einsetzende Verwischung der Trennung zwischen Staat und Gesellschaft, zwischen Öffentlichem und Privatem, scheint auch in diesen Schriften greifbar zu sein.²⁴

Die von 1909 bis 1923 erscheinende Zeitschrift des Bundes für Irrenrechts-Reform fungierte als ein wichtiges Sprachrohr der psychiatriekritischen Bewegung. Die Psychiater erkannten die neue Qualität der Öffentlichkeit durchaus. Ernst Rittershaus aus der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg publizierte 1913 ein Buch mit dem Thema „Irrsinn und Presse. Ein Kulturbild“. Er benannte darin die Presse „als wichtigsten Faktor des öffentlichen Lebens“, als „Spiegelbild unserer gesamten Kultur“. Diese Feststellungen bezeichnete er als „selbstverständliches“ und „triviales“ Wissen.²⁵ Weitere Reaktionen der Psychiater lassen sich in Vereinsversammlungen und in der Fachliteratur nachweisen. Auf insgesamt zwölf Jahrestagungen des „Vereins der deutschen Irrenärzte“ (später „Deutscher Verein für Psychiatrie“) zwischen 1893 und 1912 wurde das Thema der Psychiatriekritik angesprochen.²⁶

Foucault verweist darauf, dass die Internierung der Irren durch den Wunsch gerechtfertigt wurde, dem Wahnsinn kein öffentliches Forum zu gewähren, das Schande hätte hervorrufen können. Die Internierung hatte nach Foucault das Ziel, einen Skandal zu vermeiden.²⁷ Mit dem Entstehen einer modernen Öffentlichkeit drehte sich die Situation aber um: Über Internierung wie auch über Entmündigung konnte fortan lauthals öffentlich räsoniert werden, ja die Internierung konnte zum Skandal werden, gerade weil sie öffentlich wurde und nach der öffentlichen Meinung nicht hinreichend legitimiert war. Die wissenschaftlich-psychiatrische Expertise, Grundlage des Handelns der Behörden, geriet selbst in den Verdacht einer nicht zu akzeptierenden Willkür, ein Verdacht, der das reibungslose Funktionieren der anonymen Macht zu gefährden drohte. Die von Foucault beschriebene anonyme Macht, die Konstituierung eines psychiatrischen *dispositifs disciplinaire*, ging punktuell ihrer Anonymität verlustig. In den öffentlichen Auseinandersetzungen wurden Personen und Institutionen benannt, Akteure konkret bezeichnet, die einen Knotenpunkt in der öffentlichen Debatte bildeten. In dieser medialen, kulturellen und politischen Öffentlichkeit entfaltete der Wahnsinn nunmehr in unterschiedlichen Lebens- und Wirklichkeitsbereichen seine Wirkung; er offenbarte sich in höchst unterschiedlichen Erscheinungen in einer überraschenden Vielfalt, konstituierte neue Grenzbereiche, avancierte gar zum positiven Orientierungspunkt. Damit entstanden immer wieder andere Möglichkeiten für alle Beteiligten, neue (öffentliche) Fremdzuweisungen und Selbstverortungen in einer sich modernisierenden Gesellschaft vorzunehmen.

²⁴ Jürgen Habermas: Strukturwandel der Öffentlichkeit. Untersuchungen zu einer Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft. Frankfurt a. M. 1962/2013.

²⁵ Ernst Rittershaus: Irrsinn und Presse. Ein Kulturbild. Jena 1913, S. 1.

²⁶ Thomas-Peter Schindler: Psychiatrie im Wilhelminischen Deutschland im Spiegel der Verhandlungen des „Vereins der deutschen Irrenärzte“ (ab 1903: „Deutscher Verein für Psychiatrie“) von 1891-1914. Diss. med. FU Berlin 1990, S. 142-149.

²⁷ Michel Foucault: Wahnsinn und Gesellschaft. Frankfurt a. M. 1989, S. 135 f.

Themen und Kontexte

Revolution, semantischer „flow“ und Spannung

Mit dem akademischen und wissenschaftlichen Aufstieg der Psychiatrie im 19. Jahrhundert nahmen nicht wenige Psychiater für sich ein Wirken in Anspruch, das weit über die Aufgaben und das Selbstverständnis eines Irrenarztes im engeren Sinne hinausreichte. Die wissenschaftliche Psychiatrie präsentierte Interpretationsangebote für viele soziale, politische und kulturelle Phänomene des modernen Lebens, die Irritation und Verstörung bewirkten. Aus diesem Grund ist nach der Rolle der psychiatrischen Profession zu fragen. Diese besondere Rolle der Psychiater als wissenschaftliche Experten in gesellschaftlichen und politischen Fragen wird in diesem Band im Beitrag von Thomas Beddies²⁸ analysiert.

In ihrer psychiatrischen Beschäftigung mit Kunst und Sprache benutzten verschiedene Psychiater das zu Beginn des 20. Jahrhunderts geschaffene Konzept der Schizophrenie, um Künstler und ihre Werke zu verorten. Die dabei erfolgten semantischen Umkodierungen rücken für die Forschung die Schizophrenie ins Zentrum der Untersuchung. Diesen Prozess untersucht Kai Sammet in seinem Beitrag. Schließlich hat aber auch umgekehrt die Psychiatrie Konzepte in ihr Feld übernommen, die außerhalb der Disziplin bereits erste Gestaltungen erfahren hatten und nun im psychiatrischen Kontext neue epistemologische und soziale Relevanz erfuhren. Ein Beispiel hierfür sind Konzepte, die mit dem Begriff „Spannung“ Verknüpfungen zeigen. Marietta Meier geht den entsprechenden Übersetzungsmustern nach. Im ersten Abschnitt des Bandes stehen Entgrenzungsfänomene, die in der Rolle und dem Selbstverständnis der psychiatrischen Profession, in der Übertragung des psychiatrischen Konzeptes der Schizophrenie auf Sprache und Literatur und in der Rezeption des Konzeptes der Spannung in der Psychiatrie greifbar werden, im Zentrum der Ausführungen.

Ein besonders verstörendes und nachhaltig traumatisierendes Ereignis, mehr noch als der Krieg selbst, war die Niederlage der deutschen Armee im Ersten Weltkrieg und die sich anschließende Revolution. An diesem Ausgangspunkt setzt Thomas Beddies mit seinem Beitrag an. Er legt dar, in welcher Weise führende Psychiater die Konfrontation mit den politischen und sozialen Verwerfungen und Krisenerscheinungen und die damit einhergehenden Unsicherheiten erlebten und interpretierten. In der Niederlage glaubten die Psychiater – wie auch viele andere ihrer Zeitgenossen – moralische Schwäche, innere Zerrissenheit und mangelnden Wehrwillen zu erkennen. Deswegen sah man eine moralische Vorbereitung sowie eine gesellschaftliche Homogenisierung im Hinblick auf eine Wiedererstarkung als notwendig an. Dies führte in der „bellizistischen Republik“, so Rüdiger

²⁸ Vgl. auch Thomas Beddies/Kristina Hübener (Hg.): *Kinder in der NS-Psychiatrie*. Berlin 2004; Thomas Beddies: *Universitätspsychiatrie im Dritten Reich. Die Nervenklinik der Psychiatrie unter Karl Bonhoeffer und Maximilian de Crinis*. In: Rüdiger vom Bruch (Hg.): *Die Berliner Universität in der NS-Zeit. Bd. 2: Fachbereiche und Fakultäten*. Stuttgart 2005, S. 55–72.

Bergien,²⁹ zu einer andauernden Präsenz des Krieges in der Sprache, Kunst, Kultur und Politik der Gesellschaft nach 1918/1919, nicht zuletzt auch in der berühmt-berüchtigten Schrift von Karl Binding und Alfred Hoche aus dem Jahr 1920, die aus der Besonderheit einer Gesellschaft im Krieg die Notwendigkeit für die Vernichtung von sogenanntem lebensunwerten Leben ableitete.³⁰ Die Psychiater, Angehörige der Mittelschicht und zum Teil „konservative Revolutionäre“, offerierten zwei Lösungswege. Zum einen wurden die vermeintlichen Ursachen der Niederlage wie auch der revolutionäre Nachklang pathologisiert. Es ging dabei nicht nur um ein von den Psychiatern angemerkt „pathologisches Beiwerk“ von Revolution und Demokratie, sondern vor allem um eine grundsätzliche Pathologisierung, um eine Desavouierung dieser Phänomene als Ausgeburten einer Krankheit des Geistes. Zahlreiche psychiatrische Experten stellten ihr spezifisches Wissen für diesen Zweck bereitwillig zur Verfügung. Dabei kam der Sichtweise auf die „Masse“ und der Wechselwirkung zwischen Gemeinschaft und kranken oder psychopathisch disponierten Individuen eine besondere Bedeutung zu. Der Deutungsanspruch der Psychiater schien gerechtfertigt, denn „Masse“ wurde nicht allein mit Unterschicht, sondern darüber hinaus mit Unverstand, Unselbstständigkeit und Suggestibilität in Verbindung gebracht. Die konservativ geprägte Psychopathologisierung des Umsturzes und die Notwendigkeit, sich den Phänomenen moderner Massenbewegungen zu stellen, fanden ihren Ausdruck in rezenten wissenschaftlichen Begründungen, mithin in jener Modernität, deren sozialen und kulturellen Auswirkungen man sich entgegenstellte – so eine These von Beddies. Zum anderen boten Psychiater in ihren psychiatrischen Darlegungen einen besonderen Gesellschaftsentwurf an, nämlich den eines maßgeblich von medizinischer und vorwiegend männlicher Expertise geprägten Gemeinwesens. Hierbei entfaltete sich die Erinnerungskultur des Front- und Kriegserlebnisses im Sozialmilieu des national-konservativen Lagers und in dessen traditionellem Wertesystem, besonders hinsichtlich der nationalen und soldatischen Pflichterfüllung. Frühere Denk- und Handlungsweisen wurden nicht aufgegeben. Vor dem Hintergrund der erzwungenen radikalen militärischen Abrüstung und der fortbestehenden Präsenz des Krieges in der Gesellschaft repräsentierte die Betonung kriegerischer Männlichkeit eine mentale Aufrüstung, an der sich auch die Psychiater beteiligten. Über den Weg der Auslese und Eugenik zeigten sie Perspektiven für eine wehrhafte Zukunft auf. Die Figur des nervenstarken Kriegers wurde gleichermaßen zum Gegenpol und zur Zielgröße in Abgrenzung zum „willensschwachen“ Traumatiker. Greifbar wird ein politisch motivierter Anspruch, der mit psychiatrischen und erbbiologischen Methoden operierte. Hier wurde keine Gesellschafts- und Ideologiekritik auf der Ebene von Metaphern geübt, sondern eine Änderung

²⁹ Rüdiger Bergien: Die bellizistische Republik. Wehrkonsens und „Wehrhaftmachung“ in Deutschland 1918-1933 (= Ordnungssysteme. Studien zur Ideengeschichte der Neuzeit, Bd. 35). München 2012.

³⁰ Karl Binding/Alfred Hoche: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig 1920.

der Verhältnisse unter Anwendung psychiatrischer Methoden angestrebt, die wissenschaftlich legitimiert und in der eigenen Vorstellungswelt verankert war.

In seinem Beitrag thematisiert Thomas Beddies eine Grenzüberschreitung der Psychiatrie im Kontext von Gesellschaftsentwürfen der Moderne im Deutschland der Nachkriegszeit. Psychiater nahmen die Rolle von Experten ein, die in einem „radikalen Ordnungsdenken“ Vorschläge zur Regelung und Steuerung sozialen Verhaltens und sozialer Prozesse unterbreiteten.³¹

Während im Beitrag von Beddies eine medizinische Teildisziplin und ihre Protagonisten im Zentrum der Erörterung stehen, untersucht Kai Sammet die Schizophrenie in ihrer besonderen semantischen Verfügbarkeit in verschiedenen Kontexten. Es steht außer Frage, dass die Geschichte der Dementia Praecox/Schizophrenie für die Psychiatrie eine zentrale Rolle einnimmt und dementsprechend vielfache Aufmerksamkeit fand und findet. Dabei ergeben sich manchmal trotz unterschiedlicher zeitgenössischer Bestimmungen der Schizophrenie überraschende Konvergenzen. Vergleicht man zum Beispiel die Ausführungen von Brigitta Bernet über das Schizophreniekonzept Eugen Bleulers mit den Darlegungen von Alexander Friedland und Rainer Herrn über das Schizophreniekonzept von Karl Bonhoeffer an der Berliner Charité, so scheint es zwischen dem auf der Assoziationsstörung basierenden Konzept Bleulers³² und dem die Affektstörung zentrierenden Konzept Bonhoeffers³³ zumindest eine Berührung, wenn nicht gar eine Grundübereinstimmung gegeben zu haben. In beiden Konzepten steht eine Beeinträchtigung der Funktion des sozialen Austauschs im Zentrum des Krankheitsbildes.

In den Beiträgen von Marietta Meier und Kai Sammet geht es um Begriffe beziehungsweise Konzepte, die in unterschiedlichen Zusammenhängen gebraucht wurden und dabei sehr differente Konnotationen aufwiesen. Diese Differenzen entstanden bei der Anwendung in den verschiedenen wissenschaftlichen, medizinischen, kulturellen und Alltagskontexten und veränderten sich beim Transfer in ein anderes Feld erneut. Sammet stellt bei seiner Untersuchung des Gebrauchs und der Pragmatik der semantischen Konstrukte von „Schizophrenie“ als Deutungsfolien für anderes³⁴ auch Beziehungen zu Öffentlichkeitskonzepten her. Der Beitrag ist

³¹ Lutz Raphael hat in Erweiterung des Fragehorizonts zu dem von Gangolf Hübinger vorgegebenen „Gelehrten-Intellektuellen“ die öffentliche Präsenz und das inhaltliche Profil des „Sozial-experten-Intellektuellen“ erkundet und damit einen weiteren Beitrag zu den komplexen Vorgängen der „Verwissenschaftlichung des Sozialen“ geliefert. Lutz Raphael: Zwischen Sozialaufklärung und radikalem Ordnungsdenken. Die Verwissenschaftlichung des Sozialen im Europa der ideologischen Extreme. In: Gangolf Hübinger (Hg.): Europäische Wissenschaftskulturen und politische Ordnungen in der Moderne (1890-1970) (= Schriften des Historischen Kollegs, Kolloquien, Bd. 87). München 2014, S. 29-50.

³² Bernet: Schizophrenie (wie Anm. 14), S. 157-209.

³³ Alexander Friedland/Rainer Herrn: Die Einführung der Schizophrenie an der Charité. In: Hess/Schmiedebach (Hg.): Am Rande des Wahnsinns (wie Anm. 13), S. 207-258.

³⁴ Dabei erweitert er seine bisherigen Studien, in denen er sich z. B. mit Versorgungsfragen und der Modernisierung der Psychiatrie beschäftigt hat. Vgl. z. B. Kai Sammet: „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. Wilhelm Griesinger und der Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868. Münster 2000; ders.: Modernisierung in der Psychiatrie. Das

dementsprechend in zwei Abschnitte geteilt: Die im ersten Abschnitt dargelegten Schizophrenie-Semantiken und deren „Fließen“ werden im zweiten Teil dazu genutzt, den Öffentlichkeitsbegriff, besonders im Kontext historischer Analysen, kritisch zu erörtern und neue Aspekte zum Begriff „Öffentlichkeit“ zu entwickeln. Dabei ist der Ausgangspunkt klar: Es gibt nicht *das* Konzept der Schizophrenie, sondern nur oszillierende Pluralitäten, auch in der Psychiatrie selbst. Durch die Analyse von differenten Schizophrenie-Semantiken gelangt er zu dem Konzept der Mikro- oder fragmentarischen Öffentlichkeiten, die an Semantiken anschließen und Semantiken erzeugen. Öffentlichkeit wird zu einem virtuellen semantischen *flow*, den man wahrnehmen, ignorieren oder auch verwenden kann.

Einer besonderen Ausprägung des semantischen *flows* widmet sich Marietta Meier, die sich seit Jahren intensiv mit der Geschichte der Psychiatrie in der Schweiz auseinandersetzt.³⁵ Sie geht den Übersetzungs- und Aneignungsprozessen nach, die mit dem Konzept der Spannung verbunden sind. Spannung bezeichnete einen Zustand auf der Kippe, einen statischen, aber instabilen Zustand am Rande produktiver und destruktiver Prozesse, der mithilfe des *boundary concepts* erfasst und erläutert werden kann. Der Terminus der Spannung, im deutschen Sprachraum seit dem 17. Jahrhundert belegt, fand im 19. Jahrhundert auf den psychischen Zustand eines Menschen Anwendung, dessen Aufmerksamkeit erregt war. Die elektrische Spannung eröffnete ein anderes semantisches und epistemologisches Feld, das bald auch auf das Nervensystem übertragen wurde. Schließlich wurden auch Alltagserfahrungen, insbesondere hinsichtlich der Wirkung moderner Großstädte auf das Individuum, mit diesem Begriff erfasst. Das Zirkulieren des Spannungsbegriffs in den zahlreichen Kontexten, die dadurch feststellbaren Grenzerweiterungen und -verwischungen, die Wechselwirkungen, die mit diesem Begriff verbunden waren, analysiert Marietta Meier. Die Psychiatrie unterschied verschiedene Formen von Spannung, fragte nach deren Ursachen und Folgen sowie danach, wann Spannung pathologisch oder auf psychische Störungen zurückzuführen sei. Spannung fungierte auf diese Weise in der Psychiatrie als Scharnier, ohne dass geklärt werden musste, wie das, was im Einzelnen mit diesem Konzept verbunden wurde, zusammenhing. Meier erörtert die verschiedenartigen Komponenten, die mit dem entstandenen Spannungskonzept assoziiert wurden.

*Familienpflege, Diagnosen und Polikliniken im Vergleich –
Topografische und diagnostische Grenzverschiebungen*

Mit der zweiten Welle der Gründungen von psychiatrischen Anstalten entstanden ab den 1870er Jahren besondere komplementäre Formen der Versorgung oder der

psychologische Laboratorium in der Irrenanstalt Hamburg-Friedrichsberg seit 1909. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 17 (2011), S. 149–175.

³⁵ Vgl. z. B. Marietta Meier u. a. (Hg): Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich 1870–1970. Zürich 2007; Marietta Meier: Stufen des Selbst. Persönlichkeitskonzepte in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts. In: Historische Anthropologie 19 (2011), S. 391–410.

Betreuung von Patientinnen und Patienten. Diese erlaubten eine deutliche Differenzierung des psychiatrischen Patientenklentels und reichten über die Grenzen der Anstalt hinaus. Während in den ländlichen Regionen besonders die Familienpflege oder die agrikolen Kolonien ausgeweitet wurden, richteten die Anstalten in den Städten, besonders wenn es dort universitäre Kliniken und Ausbildungsstätten gab, Polikliniken ein, die allerdings mehr als nur Rekrutierungsanstalten von Patienten für Forschung und Lehre waren.

Wenn man die Entstehung der modernen Familienpflege mit einer vermehrten Durchlässigkeit der Grenzen der Anstalt in Verbindung bringt, so ist immer noch die Anstalt als Ausgangs- und Referenzinstitution im Blick der Analyse.³⁶ Zu fragen wäre dann zum Beispiel: Repräsentierte die Familienpflege eine humane und liberale Behandlung der Irren, verbunden mit mehr Freiheiten für die Kranken als in den Anstalten? Bereitete sie eine Integration von Kranken in die Gesellschaft vor, oder schuf auch sie einen grundsätzlich artifiziellen Zustand für die Kranken? Bedeutete die Selektion von Patientinnen und Patienten nicht auch eine Art der Stigmatisierung und des prognostischen Defätismus? Die Verlagerung des Behandlungsortes von der Anstalt in die (bürgerliche) Familie wirft die Frage nach der Rückführung der Kranken in die Gesellschaft auf und thematisiert den Aspekt, ob im konkreten Umgang mit dieser Gruppe eine Aufweichung der Grenzen zwischen „gesund“ und „krank“ zu erkennen ist. Dies könnte im Hinblick auf eine epistemologische Fassung von psychischer Krankheit von Bedeutung sein wie auch hinsichtlich professioneller Kompetenzzuweisungen. Zudem könnten möglicherweise auch innergesellschaftlich aufgerichtete oder verschobene Grenzen zwischen „gesund“ und „krank“ sichtbar werden. Mit der Vielfalt dieser Dynamiken, die im Zusammenhang mit der Familienpflege greifbar werden, setzen sich die Beiträge von Thomas Müller und Felicitas Söhner auseinander.

Thomas Müller³⁷ erörtert die Entgrenzungspänomene der Familienpflege anhand der Beziehung zwischen Patienten/Patientinnen in dieser Versorgungsform und dem gesellschaftlichen Umfeld. Er präsentiert bei der Darlegung der Entstehungsgeschichte auch einen internationalen Vergleich zwischen den Verhältnissen in Frankreich und Deutschland. Dabei gruppiert er seine Erörterung um die Geschichte des für die westeuropäische psychiatrische Familienpflege so wichtigen Ortes Gheel im belgischen Flandern, der seit dem 12. Jahrhundert als Pilgerort bekannt war und eine Anziehungskraft auf Menschen mit psychischen Auffälligkeiten und ihre Angehörigen ausübte. Trotz der religiösen Verwurzelung der dort ausgeübten Irrenpflege überstand die Einrichtung die Französische Revolution und wurde im Laufe des 19. Jahrhunderts von Tausenden von Menschen besucht.

³⁶ Vgl. dazu auch Paul-Otto Schmidt: *Asylierung oder familiale Versorgung. Die Vorträge auf der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte bis 1885* (= *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, Bd. 44). Husum 1982.

³⁷ Vgl. Thomas Müller (Hg.): *Wissenstransfer in der Psychiatrie. Albert Zeller und die Psychiatrie Württembergs im 19. Jahrhundert*. Zwiefalten 2009; ders. u. a. (Hg.): *Nach dem Tollhaus. Zur Geschichte der ersten Königlich-Württembergischen Staatsirrenanstalt Zwiefalten*. Zwiefalten 2012.

Müller setzt sich sowohl mit der anfänglich sehr starken Ablehnung der Familienpflege seitens der Psychiater auseinander wie auch mit den Motiven von Familien, fremde kranke Menschen in die eigene Familie aufzunehmen. Mentale, soziale und ökonomische Zusammenhänge gehen in seine Betrachtung ein. Dabei lenkt er den Blick auf einige Aspekte der Beziehungsdynamik zwischen den Pflegelingen und einzelnen Familienmitgliedern, die auch durch positive affektive Beziehungen bestimmt sein konnte, was letztlich den Charakter der Familienpflege als Therapeutikum unterstrichen hat. Schließlich bündelt er die verschiedenen mit der historischen Familienpflege verbundenen differenten Aspekte in einer abschließenden Überlegung hinsichtlich der gesellschaftlichen Grenzverschiebungen zwischen „normal“ und „krank“.

Auch wenn es in Berlin am Ende des 19. Jahrhunderts in den Anstalten Dalldorf und Herzberge einen Ausbau der städtischen Familienpflege gab, so wurden in den zeitgenössischen Darlegungen die besonderen Herausforderungen für die Umsetzung der Familienpflege in der Stadt deutlich benannt. Dies provoziert die Frage nach den Stadt-Land-Differenzen in der Familienpflege, wobei auch die Grenzen zwischen dem, was als Stadt und dem, was als Provinz betrachtet wurde, erörtert werden müssen. Diese Frage nimmt Felicitas Söhner in ihrem Beitrag auf. Die Verhältnisse der Familienpflege vor allem in der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren zwischen 1875 und 1935 ordnet sie in die allgemeinen ökonomischen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen ein. Aus den spezifischen Gegebenheiten der ländlichen Struktur, der Mentalitäten und den entsprechenden Gesetzen leitet sie Erklärungen für die langsamere und spätere Etablierung der Familienpflege in Bayerisch-Schwaben ab. So legt sie kulturelle und habituelle Muster in der Bevölkerung offen, die einer Etablierung der Familienpflege im Wege standen. Sie schildert zudem Beispiele aus dem Alltag der Pflegelinge, die auch in der extramuralen Versorgungsform ihren Status als Patienten der Heil- und Pflegeanstalt behielten. Die von ihr herauspräparierten Facetten des Verhältnisses von Pflegeperson zu der aufnehmenden Familie warnen vor allzu schneller genereller Idealisierung dieser Verpflegungsform als eine den Pflegelingen größere Entfaltungsmöglichkeiten bietende Betreuungsform.

In Bayerisch-Schwaben bewegte sich die Sichtweise auf die Familienpflege zwischen zwei Polen: Sie galt einerseits als therapeutisch sinnvolle Versorgungsform in wirtschaftlich blühenden Zeiten und andererseits als Einsparungsmodell in Krisenzeiten. Im Jahresbericht der Kaufbeurer Anstalt zu 1931 wurde festgehalten, dass die schlechte wirtschaftliche Lage die Bevölkerung auf dem Land dazu motivieren würde, gegen eine monatliche Entschädigung von 30 bis 50 Reichsmark einen teilweise arbeitsfähigen Familienpflegling aufzunehmen. Nachdem allerdings die Aufwandsentschädigung 1934 abgesenkt wurde, nahm die Bereitschaft zur Aufnahme wieder ab. Felicitas Söhner schließt sich der Position an, die in der phasenweisen Konjunktur der Familienpflege an der Schwelle zur Moderne eine Reaktion auf den gescheiterten Versuch des 19. Jahrhunderts sieht, der Versorgungsproblematik psychisch Kranker allein mit Asylisierung zu begegnen. Dies würde bedeuten, dass wir es bei der vorgestellten Familienpflege mit einem Ent-

grenzungsfänomen zu tun haben, das in dem Versuch wurzelte, einen Ausweg aus der Krise zu finden, in der sich die Anstaltsfürsorge gegen Ende des 19. Jahrhunderts befand.

Eine andere, im 19. Jahrhundert entstandene Institution, die einen Weg aus den Mauern der klinischen Einrichtung nach außen in die Stadt bahnte, war die Poliklinik. Ihre Etablierung an den verschiedenen universitären Kliniken, einschließlich der psychiatrischen, diente nicht zuletzt zum einen dazu, den Patientendurchsatz zu steigern, um auf diese Weise den Klinikern Gelegenheit zu verschaffen, jene Patienten zu rekrutieren, die sie für ihre Forschung und Lehre zu brauchen glaubten. Volker Hess und Sophie Ledebur haben diesen Blick aus der Binnenperspektive erweitert und verweisen darauf, dass die Polikliniken mit ihrem Angebot der ambulanten Beratung und Behandlung zum einen mit den ambulanten Patienten die Stadt ins Krankenhaus brachten, sodass sich die Ärzte mit Beschwerden und Leiden konfrontiert sahen, denen sie zuvor nicht begegnet waren. Zum anderen brachte die Poliklinik aber auch die Psychiatrie in die Stadt, indem sie die Deutungsmacht und den Wirkungsbereich der wissenschaftlichen Psychiatrie weit in den häuslichen Lebensbereich hinein ausdehnte. Die Poliklinik – so Hess und Ledebur – figurierte auf diese Weise als Schwellenraum *par excellence*.³⁸

In zwei Beiträgen werden Vergleiche psychiatrisch-klinischer und poliklinischer Institutionen anhand der Gegebenheiten in Berlin und Straßburg durchgeführt. Julie Clauss³⁹ und Christian Bonah nehmen die Implementierung der Diagnose „Schizophrenie“ bei gleichzeitiger Ablösung der Diagnose „Dementia praecox“ an den psychiatrischen Universitätskliniken in Straßburg und Berlin mit einem Fokus auf dem Zeitraum zwischen 1912 und 1962 vergleichend in den Blick.⁴⁰ Die politischen und wissenschaftlichen Wechsel an der Straßburger Klinik einerseits und der Vergleich mit Berlin andererseits ermöglichen einen einzigartigen Blick auf die kontextuelle Bedingtheit der Diagnosespektren für die jeweiligen Zeiträume. Da die Straßburger und die Berliner Einrichtung in dem gleichen Reformprogramm wurzelten und sie auch in engem Austausch standen, können sie besonders fruchtbringend verglichen und die beobachteten Unterschiede auf die lokalen Rahmenbedingungen zurückgeführt werden. Clauss und Bonah nähern sich ihren Fragen in zwei Schritten: Zunächst wird das Spektrum

³⁸ Volker Hess/Sophie Ledebur: Psychiatrie in der Stadt. Die Poliklinik als Schwellenfänomen einer urbanen Moderne. In: Hess/Schmiedebach (Hg.): *Am Rande des Wahnsinns* (wie Anm. 13), S. 19–56; Eric J. Engstrom: Sozialpsychiatrische Prophylaxe: Zu poliklinischen Einrichtungen in der Universitätspsychiatrie des Kaiserreiches. In: Marc Schalenberg/Peter Th. Walther (Hg.): „... immer im Forschen bleiben“. Rüdiger vom Bruch zum 60. Geburtstag. Stuttgart 2004, S. 213–236.

³⁹ Vgl. Julie Clauss: *Un état des lieux diagnostique comme outil de repérage et d'analyse de l'introduction de la schizophrénie à la Clinique psychiatrique des Hôpitaux de Strasbourg (1912–1962)*. Diss. med. Straßburg 2014.

⁴⁰ Zum Vergleich der Medizin in Deutschland und Frankreich vgl. Christian Bonah: *Les sciences physiologiques en Europe. Analyses comparées du XIX siècle*. Paris 1995; ders.: *Instruire, guérir, servir. Formation, recherche et pratique médicales en France et en Allemagne pendant la deuxième moitié du XIX siècle*. Straßburg 2000.

der zeitgenössischen Diagnosen für die Patienten und Patientinnen an der Straßburger Klinik ermittelt und mit den Daten aus Berlin verglichen. Damit wird eine Übersicht erreicht und die Möglichkeit geschaffen, Fragen zu generieren. In einem zweiten Schritt führen die Autoren unter Anknüpfung an die Mikrohistorie eine auf Krankenakten gestützte qualitative Untersuchung durch, mit der sie die Analyse des Implementierungsprozesses der Diagnose „Schizophrenie“ vertiefen. Diese Art der Rekonstruktion mithilfe von Fallgeschichten kann Auskunft darüber geben, ob mit der neuen Diagnose auch andere Grenzziehungen vorgenommen wurden. Durch die wechselnde nationale Zugehörigkeit der Universität Straßburg wurde deren psychiatrische Klinik selbst zu einem Grenzfall im deutschen und französischen Kontext. Die Geschichte des „hospitalisierten“ Wahnsinns wird dabei in einem doppelten Vergleich präsentiert: in der Gegenüberstellung erstens von Zentrum (Berlin) und Peripherie (Straßburg) sowie zweitens von deutschen und französischen Praktiken. Dem Ansatz der *histoire croisée* folgend werden transnationale und translokale Verflechtungen analysiert und die Besonderheiten der lokalen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Bedingungen im Zusammenhang mit der Generierung und der Rezeption psychiatrischen Wissens dargelegt.

Volker Hess und Chantal Marazia⁴¹ rücken in ihrem darauf aufbauenden Beitrag zunächst die Bedeutung der Poliklinik der Psychiatrischen und Nervenlinik der Berliner Universität als eigenständigem Raum der modernen Psychiatrie in den Vordergrund und vergleichen dann die Klientel der Berliner Poliklinik mit der der Klinik. Hess und Marazia folgen ebenfalls der *histoire croisée* und leuchten die Verhältnisse zwischen Berlin und Straßburg aus. Die deutlich werdenden großen Unterschiede können aber angesichts des universalen Geltungsanspruchs medizinischer Forschung und einer reichsweit geregelten Approbationsordnung nur auf lokale Bedingungen zurückgeführt werden. Daraus leiten die Autoren die These her, dass die lokalen Zwänge und Nöte der ambulanten Versorgung die institutionelle Form und wissenschaftliche Ausgestaltung der jeweiligen Poliklinik vorantrieben. Die Poliklinik wird damit als Element eines weitreichenden ambulanten Versorgungssystems, geprägt durch die Eigenschaften und Strukturen der jeweiligen Stadt, beschrieben.

Der methodische Zugriff besteht in einem Vergleich der Diagnosen der stationären mit denen der ambulanten Einrichtung in einigen Stichjahren zwischen 1880 und 1932. Dabei sollen nicht zeitgenössische Begrifflichkeiten positivistisch übernommen oder retrograde Diagnosen gestellt, sondern eine Diagnose im klinischen Zusammenhang als Handlungsbegriff verstanden werden, der im damaligen Verständnis die richtige institutionelle Antwort auf eine drängende Frage repräsentierte, mit der Betroffene, Angehörige oder einweisende Behörden die Kliniker konfrontierten. Die Ergebnisse der Untersuchung unterstreichen, dass die Berliner Poliklinik nicht als Verlängerung der Klinik oder gar als Erweiterung der Anstalt

⁴¹ Chantal Marazia/Davide Stimilli (Hg.): Die unendliche Heilung. Aby Warburgs Krankengeschichte von Ludwig Binswanger. Zürich 2007.

in den ambulanten Bereich missverstanden werden darf. Statt die Konzentration des Wahnsinns in der Klinik zu steigern, trug sie zur Entgrenzung des institutionellen Behandlungsauftrages bei. Die Stadtklinik wurde nicht als Vorstufe oder als erleichterter Zugang zu einer stationären Behandlung begriffen, sondern als Alternative zu anderen Formen der Behandlung aufgesucht. Der Poliklinik in Straßburg kam seit ihrer Gründung eine größere Rolle bei der ambulanten Betreuung von psychisch Kranken als der Poliklinik in Berlin zu. Während der Wahnsinn sich in der Klinik verdichtete, fanden sich die weichen Diagnosen vermehrt in der Poliklinik. Aus dem Beitrag zur Straßburger Klinik geht zudem hervor, dass sich das Krankheitsspektrum dort deutlich von dem in der Charité unterschied. Trotz aller festgestellten Unterschiede zwischen den Polikliniken in Berlin und Straßburg konstatieren Hess und Marazia, dass die untersuchten Polikliniken Produkte einer funktionalen Differenzierung des medizinischen, nicht des wissenschaftlichen Versorgungssystems waren. Diese Einrichtungen wurden wesentlich durch ihre Einbettung in die jeweilige urbane Infrastruktur zur ambulanten Versorgung und Betreuung von psychisch Kranken geprägt.

Psychopathie – Nosologische Entgrenzungen

Die Formulierung des Psychopathiekonzeptes repräsentiert einen Entgrenzungsvorgang par excellence, bei dem sich Psychiatrie und Justiz besonders intensiv verbanden. Einen ersten Schritt ging Richard von Krafft-Ebing im Jahr 1886 mit seiner „Psychopathia sexualis“, indem er Sexualpraktiken, die weder der zeitgenössischen Moral noch dem ästhetischen Empfinden vieler Zeitgenossen entsprachen, als psychopathologische Phänomene ins Feld der Psychiatrie integrierte.⁴² Neu war, dass diese Phänomene in einer psychiatrischen Nosologie als psychische Störungen zu einem Bestandteil ärztlichen Rasonierens und einer medikalen Kultur wurden⁴³ und damit dazu beitrugen, die Verbindung von Krankheit und Kulturkritik zu gestalten.⁴⁴ Krafft-Ebing hat den von ihm benutzten Psychopathiebegriff mit allen möglichen in der damaligen psychiatrischen Diskussion erörterten Krankheiten und Störungen – wie Hysterie, Neurasthenie etc. – amalgamiert. Genau diese Art der Vermengung machte der Direktor der Irrenanstalt Zwiefalten, Julius August Koch, zum Ziel seiner Kritik, als er Ende der 1880er Jahre den Begriff der „psychopathischen Minderwertigkeiten“ schuf und damit diese Gruppe von – heute würde man sagen – Persönlichkeitsstörungen in das Gebäude der Psychiatrie einbaute. Ihm ging es darum, die psychopathischen Minderwertigkeiten in einer Gesamtlehre als etwas Neues und Eigenes zu fassen

⁴² Richard von Krafft-Ebing: *Psychopathia sexualis*. Eine klinisch-forensische Studie. Stuttgart 1886.

⁴³ Ein frühes Beispiel dafür ist Carl Westphal: Die conträre Sexualempfindung: Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes. In: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 2 (1870), S. 73–108.

⁴⁴ Dies wurde dann besonders auch bei Sigmund Freud greifbar, vgl. dazu z. B. Roelcke: *Krankheit* (wie Anm. 2), S. 180–203.

und diese Lehre als ein selbstständiges Gebiet innerhalb der Psychiatrie und Neurologie zu umgrenzen. Er verwies auf eine interessante Übereinstimmung mit den Psychosen. Sowohl bei den psychopathischen Minderwertigen wie auch bei den Psychotikern gehe es immer um Zustände, die den Menschen in seinem Personenleben trafen, also einen persönlichkeitsverändernden Effekt aufwiesen.⁴⁵ Koch bezeichnete als psychopathische Minderwertigkeiten alle angeborenen oder erworbenen, den Menschen in seinem Personenleben beeinflussenden psychischen Störungen. 1914 veröffentlichte Karl Birnbaum, Arzt an der Berliner städtischen Irrenanstalt Buch, sein Werk über die psychopathischen Verbrecher. Er stellte durch die Verknüpfung von Psychopathie und Verbrechen die besondere Gefährlichkeit, die diesen Störungen anhaftete, heraus.⁴⁶ Mit der Schaffung der Psychopathie wurde das riesige Gebiet der Persönlichkeitsstörungen als Gegenstand für die Psychiatrie reklamiert. Gerade weil es sich dabei nicht um eine Form des Irreseins im strengen Sinne handelte, die Grenzen aber schwer erkennbar waren und der Störung ein hohes Gefährlichkeitspotenzial zugesprochen wurde, erforderte der Umgang mit diesem Phänomen eine Allianz aus Justiz, Verwaltung und Psychiatrie.

Urs Germann und Stefan Wulf untersuchen Grenzerweiterungen, die das Psychopathiekonzept mit sich brachte. Wulf widmet sich auf der Grundlage psychiatrischer Krankenakten der Hamburger Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, zahlreicher Entmündigungsgutachten und der einschlägigen Literatur dem Zusammenhang zwischen Psychopathie und Suchterkrankungen. Im Zentrum des Psychopathiekonzepts stehen Charaktereigenschaften, Persönlichkeitsstrukturen und Mentalitäten. Man befindet sich auf einem Feld jenseits der krankhaften Seelenstörungen. Allerdings wurden in den allermeisten Hamburger Fällen Mischdiagnosen gestellt, bei denen nicht nur die Rauschmittelsucht, sondern der Begriff „Degeneration“ eine Rolle spielte. Diese Kombinationsdiagnose wirft verschiedene Fragen auf, zum Beispiel die, ob Psychopathie als alleinige Diagnose nicht ausreichte, um eine Entmündigung, die Voraussetzung zur Zwangsentziehung war, zu erreichen und deswegen eine zweite Diagnose notwendig war, damit die Entmündigung durchgesetzt werden konnte. Da die Drogenproblematik vielfach als soziales Problem in Form von Verwahrlosung und gesellschaftlichem Abstieg in Erscheinung trat, waren auch städtische Behörden, deren Akten Stefan Wulf ebenfalls zur Analyse heranzieht, mit ihr befasst. In den Akten wird die Entstehung eines Netzwerks der Kooperation und gegenseitigen Information deutlich, das – neben Staatsanwaltschaft und Polizeibehörde – auch die Gesundheitsbehörde und die Hamburger Staatskrankenanstalt Friedrichsberg um-

⁴⁵ Julius August Koch: Die psychopathischen Minderwertigkeiten. In drei Abhandlungen. Ravensburg 1891–1893, hier: Abhandlung I, S. IV.

⁴⁶ Karl Birnbaum: Die psychopathischen Verbrecher. Die Grenzzustände zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit in ihren Beziehungen zu Verbrechen und Strafwesen. Handbuch für Ärzte, Juristen und Strafanstaltsbeamte (= Enzyklopädie der modernen Kriminalistik, Bd. 11). Berlin 1914.

fasste. Dieses Netzwerk diente der systematischen Erfassung von Hamburger Drogensüchtigen, die für eine Zwangstherapie infrage kamen. Im gemeinsamen Agieren von Staatsanwaltschaft, Amtsgericht und Gutachtern bildete die Diagnose „Psychopathie“ ein argumentatives Versatzstück, das im Kontext der Drogenabhängigkeit als maßgebliches Steuerungsinstrument Erhebliches zu leisten imstande war.

Urs Germann konzentriert sich in seinem Beitrag auf die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Strafjustiz in der Schweiz zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Er analysiert die Diskussion und Praktiken zunächst am Beispiel eines sogenannten Grenzers, eines Menschen, der an der Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit steht. Wie in zahlreichen Studien bestätigt wurde, war in dieser Zeit ein immer lauter werdender Ruf nach der Psychiatrie vonseiten der Justiz zu vernehmen.⁴⁷ Dies mündete in eine expandierende Begutachtungspraxis und in eine breite Kritik an den herkömmlichen Regeln der strafrechtlichen Zurechnung. Germann formuliert die These, dass sich in dieser historischen Konstellation das Konzept der „psychopathischen Persönlichkeit“ als Beitrag der Psychiatrie zur Lösung der Entscheidungs- und Legitimationsprobleme verstehen lässt, mit denen sich Staat und Justiz um 1900 bei der Bewältigung von Kriminalität und anderer Formen von sozialer Devianz konfrontiert sahen. Seine Analyse legt er in mehreren Schritten dar: Zunächst skizziert er den Aufstieg des Psychopathiekonzepts im schweizerischen Kontext. Dabei stehen „Grenzdiskurse“ im Vordergrund, in denen das Verhältnis von psychiatrischen Krankheitsdeutungen und Kriminalität verhandelt wurde. Sodann geht er auf die entgrenzenden Wirkungen des neuen psychiatrischen Konzepts in der Praxis ein, wobei besonders die Handlungsoptionen interessieren, die der Psychopathiediskurs an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Justiz eröffnete. Dies war einerseits die Möglichkeit, straffälliges Verhalten zu pathologisieren und in die Jurisdiktion der Psychiatrie zu überführen. Andererseits bestand die Option, Straftäter als „biografische Einheiten“ im Sinne von Foucault zu entwerfen und zu Objekten kriminal- und sozialpolitischer Interventionen zu machen. Damit war es möglich, für Individuen mit sozialer Devianz zeitstabile Identitätszuschreibungen vorzunehmen, deren besonderer Charakter mit seinen Abweichungen als das Problem definiert wurde. Die Psychiatrisierung von Devianz erscheint demnach als spezifische Strategie im Umgang mit Verwaltungs- und Versorgungsproblemen, die sich der Gesellschaft als soziale Fragen stellten. Orte wie die Gerichtsöffentlichkeit und die Justizverwaltung spielten eine wichtige Rolle bei der Verfestigung des Psychopathiekonzepts. Der psychiatrische Blick war mit den Bemühungen des expandierenden Verwaltungsstaates verwoben, neue Formen zur Kontrolle zu etablieren. Die hier skizzierten Beiträge unterstreichen die These, dass das Psychopathiekonzept nicht allein der wissenschaftlichen Legitimation bestehender Verfahren diene. Wie Germann ausführt, zeigten vielmehr die Transformation und Verfestigung gesell-

⁴⁷ Vgl. Urs Germann: Psychiatrie und Strafjustiz. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850–1950. Zürich 2004.

schaftlicher Konflikterfahrungen in der Figur des Psychopathen, wie das Konzept um 1900 neue Anschlussoptionen in Einzelverfahren und Gesetzgebung eröffnete und damit einen „Mehrwert“ schuf, der eine Potenzierung und Verfeinerung der sozialpolitischen Interventionsformen erlaubte.

Querulantenwahn – Disziplinäre Entgrenzungen

Eine besondere Art der Entgrenzung, die zugleich eine spezielle Amalgamierung zwischen Psychiatrie und Recht herstellte, war die Erfindung des Querulantenwahns. Der Querulant, ein Paragrafenreiter aus Rechtsgefühl, wie ihn Ernst Bloch bezeichnete,⁴⁸ wurde mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts zu einer Störfigur, verfangen in den inneren Strukturen einer Verwaltung, die in ihrer verwaltungstechnischen Prozesshaftigkeit den Querulanten erst schuf, vom Recht gleichermaßen produziert wie auch sanktioniert, dabei aufmerksam verfolgt von der Literatur, schließlich psychopathologisiert und nosologisch im psychiatrischen Ordnungssystem verortet. Dass dieser Prozess mit zahlreichen Verwerfungen und Schwierigkeiten verbunden war, hat Rupert Gaderer 2012 in seinem Buch „Querulanz“ ausgeführt und thematisiert. Der Querulant, so schreibt er, begreift die „Störung der Störung als eine Entstörung“.⁴⁹ Das Querulieren wurde zunächst als Delinquenz, in einem zweiten Schritt als Krankheit gedeutet.

Die Diagnose war in der Fachwelt und auch in der Öffentlichkeit sehr umstritten. Dies zeigten nicht nur die Abhandlungen in der Fachliteratur, sondern auch die in der zeitgenössischen Tagespresse geführten Auseinandersetzungen. Eine zentrale Figur, die sowohl die rechtliche, psychiatrische wie auch öffentliche Aufmerksamkeit in beträchtlichem Maße auf sich zog, war der mehrmals wegen Beleidigung angeklagte ehemalige Professor der Kieler Universität und Herausgeber völkisch-nationaler Periodika Johannes Georg Lehmann-Hohenberg.⁵⁰ Rupert Gaderer erzählt dessen Geschichte und erörtert anhand dieses Falls drei neuralgische Punkte, die für die Relationen zwischen Querulanz, Recht, Politik und Psychiatrie um 1900 wesentlich waren: Erstens behandelt er die medialen Bedingungen der psychiatrischen Erfindung des „paranoiden Querulantenwahnsinns“. Zweitens geht es ihm um die Frage, inwiefern die Produktion und Zirkulation von Pamphleten, Broschüren und Schriften etc. Möglichkeiten schufen, die für Psychiatrie- und Rechtskritik genutzt werden konnten. Um mit Kommunikation einen nachhaltigen Effekt zu erzielen, muss die Sinnhaftigkeit der Nachrichtendistribution von allen Beteiligten anerkannt werden.

⁴⁸ Rupert Gaderer: *Querulanz. Skizze eines exzessiven Rechtsgefühls* (= Kleiner Stimmungs-Atlas in Einzelbänden, Bd. 7). Hamburg 2012, S. 9.

⁴⁹ Ebd., S. 33.

⁵⁰ Rebecca Schwach/Heinz-Peter Schmiedebach: „Querulantenwahnsinn“, *Psychiatriekritik und Öffentlichkeit um 1900*. In: *Medizinhistorisches Journal* 42 (2007), S. 30–60; vgl. auch Rebecca Schwach: Richterliche Macht und psychiatrisches Expertenurteil. Zum Entmündigungsprozess des Dr. med. Weißgerber wegen Querulantenwahns um 1900. In: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde* 17 (2011), S. 123–148.

Drittens fragt Gaderer nach einer „querulatorischen-paranoischen Politik“, die von Lehmann-Hohenberg in seiner Zeitschrift „Rechtshort“ propagiert wurde. Gaderer präsentiert Elemente einer Mediengeschichte des Querulantenwahnsinns, in der er eine Distribution von Nachrichten in den Vordergrund des Interesses rückt. Dabei nutzt er kommunikationstheoretische Ansätze und kommt zu dem Schluss, dass dem Querulanten zu einem bestimmten Zeitpunkt im Kommunikationsprozess die Rolle als gleichberechtigter Kommunikationspartner versagt wurde. Er fand daraufhin neue Möglichkeiten der Kommunikation und konstruierte mittels eigener Medien eine besondere, nämlich *seine* Logik des Rechts.

Im Beitrag von Sonja Mählmann und Cornelius Borck geht es um das im Falle der Querulanten überdurchschnittlich umfangreiche und detaillierte Aktenmaterial, das die Kommunikation zwischen den beteiligten Institutionen des Rechts und der Psychiatrie bestimmte. Aus dem Zusammentreffen von zwei auf Handlungslogik basierenden Wissenschaften beziehungsweise Praktiken mit unterschiedlichen Eigenlogiken entstand in einem sich gegenseitigen Hochschaukeln der Wahnsinn als Realität. Das Ergebnis war eine perfekte Maschine zur perpetuierten Bestätigung des Bestehenden, bei der paradoxerweise die Psychiater jene stereotypen Texte zu produzieren angingen, die die Psychiatrie für den Kern und das Kennzeichen des Wahnsinns ihrer Probanden hielt.⁵¹ Die Erörterung dieser Praxisverfahren steht im Mittelpunkt des Beitrags. Bei der Rekonstruktion des diagnostischen Vorgehens im Fall einer gerichtlich angeordneten Begutachtung tritt das Ineinandergreifen von Rechtssystem und psychiatrischem Diskurs in fragwürdiger Effektivität zutage. Dabei gerät die sogenannte Aktenbefragung, die als Praxis an der Berliner Charité bislang noch keine Aufmerksamkeit seitens der historischen Wissenschaften gefunden hat, in den Blick. Anhand der juristischen Akte wurde das gerichtliche Verhör in der Klinik nachgestellt und dessen Rhetorik und Fragetechniken wurden übernommen; dementsprechend operierte die psychiatrische Exploration im Modus eines erneuerten Ermittlungsverfahrens. Hinter der Rekonstruktion des juristischen Sachverhalts kam allerdings eine genuin psychiatrische Verfahrensweise zum Vorschein. Die Akte dokumentiert deshalb, wie ein heuristisches Verfahren zur Erschließung des Hintergrunds sich zu einem psychiatrischen Testverfahren verselbstständigte und damit neue Effekte generierte, die der medizinischen Diagnostik dienten. Die Ausführungen des Aufsatzes unterfüttern die These, dass sich am Beispiel des Umgangs mit der Querulantenproblematik eine besondere Form der Entgrenzung der Psychiatrie an der Wende zum 20. Jahrhundert freilegen lässt: Die Modernisierung der Gesellschaft, die Demokratisierung des Rechtssystems und die Ausdifferenzierung der Psychiatrie verschränkten sich zu einer Pathologisierung des „Normalen“.

⁵¹ Vgl. auch Cornelius Borck/Armin Schäfer (Hg.): Das psychiatrische Aufschreibesystem. Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie. Paderborn 2014.

*Pathografie, Genie und Wahnsinn –
Entgrenzende Zirkeldynamiken künstlerischen Schaffens*

Im 19. Jahrhundert ist ein weiteres Phänomen zu beobachten, das unter die Rubrik der Entgrenzung einzuordnen ist. Seit ca. 1830 und verstärkt seit den 1860er Jahren widmeten sich Psychiater und andere, die psychologische Kenntnisse besaßen, der Rekonstruktion von Lebensgeschichten berühmter Persönlichkeiten mithilfe der retrograden Diagnostik in Form der Pathografie. In diesen Texten zirkulierte psychiatrisches Wissen zwischen den Feldern Psychiatrie, Psychologie und Literatur. Die Grenzen zwischen wissenschaftlichen und literarischen Texten sind hierbei verwischt.⁵²

Die Entstehung dieser Pathografien ist eng verknüpft mit der Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von Genie und Wahnsinn.⁵³ Bereits ein Jahr vor dem Erscheinen der deutschen Übersetzung des Buches von Cesare Lombroso über Genie und Irrsinn 1887 hatte Wilhelm Dilthey eine Rede über „Dichterische Einbildungskraft und Wahnsinn“ zur Feier des Stiftungstages der militärärztlichen Bildungsanstalten gehalten.⁵⁴ Gemeinsam sei den Irren und den Künstlern – so Dilthey –, dass sie bei der freien Gestaltung der Bilder und ihrer Verbindungen nicht von den Bedingungen der Wirklichkeit eingeschränkt würden. Was den Künstler vom Wahnsinnigen unterscheide, sei nicht die Entfernung aus der Wirklichkeit, das Hervorbringen von fantastischen Bildern, sondern die kraft des regulierenden Apparates der Großhirnrinde mögliche Gestaltung von außergewöhnlichen Affekten zu einem Fantasiebild, das uns Schönheit vermittele und damit immer wieder aufs Neue eine Befriedigung der Gefühle gewähre.⁵⁵ Diese Differenzierung sollte später in der Auseinandersetzung mit der expressionistischen Kunst insofern an Bedeutung gewinnen, als diese Darlegung Diltheys im Umkehrschluss als Kriterium zum Erkennen von Nicht-Kunst benutzt werden konnte. Denn wenn die bildnerischen oder textlichen Produkte der künstlerischen Fantasie nicht Schönheit schafften und dem Leser oder Betrachter keine Befriedigung gewährten, sondern nur Staunen, Irritation oder gar Abscheu hervorriefen, konnten sie eben keine Kunst sein.

⁵² Yvonne Wübgen: *Verrückte Sprache. Psychiater und Dichter in der Anstalt des 19. Jahrhunderts*. Konstanz 2012, S. 161–240; Bettina Gockel: *Die Pathologisierung des Künstlers. Künstlerlegenden der Moderne*. Berlin 2010, S. 75–104.

⁵³ Dazu vgl. z. B. Jutta Person: *Der pathographische Blick. Physiognomik, Atavismustheorien und Kulturkritik 1870–1930* (= *Studien zur Kulturpoetik*, Bd. 6). Würzburg 2005, S. 70–86; vgl. auch Thomas Rütten: *Genius and Degenerate? Thomas Mann's Doktor Faustus and a Medical Discourse on Syphilis*. In: ders./Martina King (Hg.): *Contagionism and Contagious Diseases. Medicine and Literature 1880–1933* (= *Spectrum Literaturwissenschaft/Spectrum Literature*, Bd. 38). Berlin/Boston 2013, S. 147–166.

⁵⁴ Wilhelm Dilthey: *Dichterische Einbildungskraft und Wahnsinn*. Rede, gehalten zur Feier des Stiftungstages der militär-ärztlichen Bildungsanstalten am 2. August 1886. Leipzig 1886.

⁵⁵ Ebd., S. 21f.

Hielt Dilthey den Unterschied zwischen den Wahnsinnigen und dem Künstler trotz gewisser Parallelen unbedingt aufrecht,⁵⁶ so hat nur wenige Jahre später Oskar Panizza diese Trennung stark relativiert.⁵⁷ Letzterer unterstrich die Zusammenführung von Genie und Wahnsinnigen unter anderem mit einem Hinweis auf den Rauschmittelgenuss. Rauschmittel provozierten solche Grenzerfahrungen zum Genialen. Mit Haschisch könne man den Menschen experimentell zu den turbulentesten Illusionen und Sinnestäuschungen bringen: „Und was hier experimentell erzeugt ist, das tritt beim Ingenium, wenn auch graduell verschieden, spontan auf. Und die Gleichartigkeit aller dieser seelischen Prozesse ist es, was uns die Berechtigung gibt, von der Identität bestimmter Zustände beim Genie mit hallucinatorischem Irrsinn, also mit Geisteskrankheit, zu sprechen.“⁵⁸ Panizza trieb die Zusammenführung von Krankheit und Genie in einer Person weiter. Die Koinzidenz wurde zu einer fast regelhaften Gegebenheit: Das wahre Genie sei gezeichnet von Krankheit und Geisteskrankheit; ohne krankhafte Erscheinungen sei Genialität nicht möglich. Nicht zuletzt ist er ein früherer Zeuge für die einige Jahre später in bestimmten Künstlerkreisen explizit zu findende positive Orientierung an den Ausdrucksformen der Irren.

Dem Spannungsfeld, das durch die vielfältigen Implikationen des Genie-Wahnsinn-Diskurses entstand, widmet sich Gabriele Dietze.⁵⁹ Sie liest diesen Diskurs als lebendiges Beziehungsgeflecht zwischen dem sich professionalisierenden Berufsstand der akademischen Psychiatrie, dem kulturkonservativen Bürgertum, das sich in der geistigen Defensive befand, und den antibürgerlich motivierten Avantgarden. Bei der künstlerischen Moderne ist dabei ein affirmativer Diskurs zum Wahnsinn auszumachen, in dem Wahnsinn als Modus von Authentizität, Spontaneität und Kritik an Untertanengeist, Kriegstreiberei und Revanchismus fungiert. Gabriele Dietze interessiert, inwieweit avantgardistische Literatur und bildende Kunst mit dem Thema „Wahnsinn“ auf den neuen Diskurs „antworten“, inwieweit sie ihn möglicherweise „beeinflussen“ und ob mit dem Ergreifen des Wahnsinnsthemas von der künstlerischen Seite eine „alternative Epistemologie“ gestaltet wurde, oder ob so etwas wie ein epistemischer Ungehorsam stattgefunden hat. Der Begriff „alternative Epistemologie“ wurde im Kontext des im letzten Drittel

⁵⁶ Zu verschiedenen diesbezüglichen Positionen vgl. Sabine Fastert: Antworten auf Max Nordau. Künstlerische Kreativität als Produkt psychischer Schwellenzustände in den Kunstzeitschriften um 1900. In: Hess/Schmiedebach (Hg.): Am Rande des Wahnsinns (wie Anm. 13), S. 175–206.

⁵⁷ Zu Panizza vgl. Jürgen Leo Müller: Oskar Panizza. Psychiater, Antipsychiater, Patient. The Man behind Emil Kraepelin's Case Report on ‚Paraphrenias‘. In: International Journal of Psychiatry in Clinical Practice 4 (2000), S. 335–338; Knut Boeser (Hg.): Der Fall Oskar Panizza. Ein deutscher Dichter im Gefängnis. Eine Dokumentation (= Reihe Deutsche Vergangenheit, Bd. 37). Berlin 1989; Michael Bauer: Oskar Panizza. Ein literarisches Porträt (Literatur als Kunst). München u. a. 1984; Peter D. G. Brown: Oskar Panizza. His Life and Works (= European University Studies, Series I, German Language and Literature, Bd. 745). New York u. a. 1983.

⁵⁸ Oskar Panizza: Genie und Wahnsinn (= Münchener Flugschriften, I, V u. VI). München 1891, S. 25.

⁵⁹ Gabriele Dietze: Skandal als Strategie – Wahn als Gehäuse. Weibliche Bohème um die Jahrhundertwende. In: Hess/Schmiedebach (Hg.): Am Rande des Wahnsinns (wie Anm. 13), S. 283–311.

des 19. Jahrhunderts erstarkenden naturwissenschaftlichen Denkens, der Evolutionstheorie, der Dekadenzhypothese und der daraus resultierenden „Verwissenschaftlichung des Sozialen“ entwickelt. Insbesondere Künstler, die die Moderne repräsentierten, wurden mithilfe der neuen Paradigmen wie der Degenerationslehre und der unterschiedlichen Sozialdarwinismen negativ bewertet. In populärwissenschaftlichen Pathografien wurden sie häufig als Beispiele für Entartung vorgeführt. Diese wissenschaftlichen Urteile trugen dazu bei, dass das früher positiv besetzte künstlerische „Außer-Sich-Sein“, wie es in der „genialen Inspiration“ oder in den Idiosynkrasien charismatischer Persönlichkeiten zum Ausdruck kam, nun als abnorm und pathologisch beurteilt wurde. In ihrem Beitrag versteht Gabriele Dietze die künstlerische Wahnsinnsaffirmation als Modus, um solche wissenschaftlich-psychiatrischen Taxinomien zu unterlaufen oder „zum Tanzen zu bringen“. Sie richtet ein spezielles Augenmerk auf Kommunikationsereignisse wie Antwort, Verhandlung und Rückkoppelung. Da das gemeinsame Thema dieses Feldes das Genie ist, beginnt sie ihre Ausführungen mit einer kurzen Skizze des deutschen Geniegedankens und dessen Funktion im Zuge bürgerlicher Emanzipation. Das Hauptaugenmerk Dietzes gilt erstens der Untersuchung der Psychiatisierung des Genies im medizinischen Diskurs und zweitens der Antwort darauf in Gestalt der Affirmation der „Stör-Figuration“ Wahnsinn im literarischen Diskurs. Dietze konzentriert sich ausschließlich auf das literarische Genie und auf das Genie „avantgardistischer“ Literaturen der Moderne, da in anderen Geniediskursen, wie zum Beispiel in dem über die charismatische politische Führerschaft oder in dem zu großen Entdeckern und Naturwissenschaftlern, wenige oder gar keine pathologisierenden Elemente verwendet wurden.

Sexualwissenschaft – Grenzverschiebungen im intimen Selbst

Im besonderen Verhältnis der Psychiatrie zu der sich um 1900 neu formierenden Sexualwissenschaft werden verschiedene Prozesse sichtbar, die Grenzziehungen, Ausweitung von Grenzen, Methodenadaptionen und Transfer von Inhalten etc. betreffen. Die wissenschaftlich-psychiatrischen Betrachtungen von sexuellen Phänomenen besaßen in der Psychiatrie eine Tradition, die mit der Publikation der „Psychopathia sexualis“ Krafft-Ebings⁶⁰ bereits einen Höhepunkt innerhalb des psychiatrischen Diskurses im 19. Jahrhundert erreicht hatte. In diesem Diskurskontext war jedoch von einer eigenständigen Sexualwissenschaft kaum die Rede. Allerdings war dies bereits am Ende des 19. Jahrhunderts nicht mehr selbstverständlich, da sich auch Laien und Psychoanalytiker intensiv mit dem Sexualverhalten befassten. Mit Iwan Bloch und seinem 1907 vorgelegten Werk „Das Sexuelleben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur“⁶¹ beteiligten

⁶⁰ Vgl. dazu Harry Oosterhuis: *Stepchildren of Nature. Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity*. Chicago u. a. 2000.

⁶¹ Iwan Bloch: *Das Sexuelleben unserer Zeit in seinen Beziehungen zur modernen Kultur*. Berlin 1907.

sich auch die Dermatologen am Diskurs. Bloch forderte die Etablierung einer „Sexualwissenschaft“ als eigenständige Forschungsrichtung, welche die Methoden und Erkenntnisse der Natur- und der Geisteswissenschaften in sich vereinen sollte.⁶² Anfang des 20. Jahrhunderts waren also die Konturen der Sexualwissenschaften deutlich erkennbar; ihre Wurzeln kamen nicht primär aus der Psychiatrie und der „Psychopathia sexualis“, sondern aus verschiedensten Disziplinen und Feldern, zu denen unter anderem auch die Ethnologie gehörte. Dies wurde in der 1908 gegründeten „Zeitschrift für Sexualwissenschaft“ von Magnus Hirschfeld offenbar.⁶³ Ebenfalls 1908 wurde Max Marcuse, Dermatologe und Sexualwissenschaftler, mit der Herausgabe der „Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik“ betraut, die 1909 mit der „Zeitschrift für Sexualwissenschaft“ vereinigt wurde. Als weiterer Schritt einer eigenständigen Etablierung folgte die Gründung der Ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft im Jahre 1913, welche noch im selben Jahr den Namenszusatz „und Eugenik“ bekam.⁶⁴ Magnus Hirschfeld konnte 1919 das erste Institut für Sexualwissenschaft eröffnen, eine Institution, der freilich noch keine staatliche Anerkennung in Form von Finanzierung beschieden war, sondern die privat finanziert werden musste. Allerdings war Hirschfeld als Wissenschaftler durchaus anerkannt, wie seine Einbeziehung als Gutachter in den Prozess um Graf Philipp zu Eulenburg-Hertefeld im Jahr 1907 belegt, in dem es um die Frage der sexuellen Präferenzen des engsten Freundeskreises um Kaiser Wilhelm II. ging.⁶⁵ Hirschfeld organisierte 1921 in Berlin den ersten sexualwissenschaftlichen Kongress, eine internationale Tagung für Sexualreform auf sexualwissenschaftlicher Grundlage.

Rainer Herrn analysiert in seinem Beitrag einen spektakulären Fall. Es handelt sich um eine falsche Hofdame der Kaiserin, die nicht wegen ihrer Verkleidung, sondern aufgrund habitueller Andersartigkeiten Verdacht erregte und als Mann enttarnt wurde.⁶⁶ Dieser stand im Verdacht, einen Juwelier im Namen der Kaise-

⁶² Zur Geschichte der Sexualwissenschaft vgl. Volkmar Sigusch: *Geschichte der Sexualwissenschaft*. Frankfurt a. M. u. a. 2008. Zum historischen Verhältnis von Geschlecht und Körper vgl. Sarah Toulalan/Kate Fischer (Hg.): *The Routledge History of Sex and the Body. 1500 to the Present*. London u. a. 2013; Kate Fisher: *Bodies, Sex and Desire from the Renaissance to the Present*. Basingstoke 2011.

⁶³ Zu Hirschfeld vgl. u. a. Ralf Does: *Magnus Hirschfeld. The Origins of the Gay Liberation Movement*. New York 2014; Elke-Vera Kotowski: *Der Sexualreformer Magnus Hirschfeld. Ein Leben im Spannungsfeld von Wissenschaft, Politik und Gesellschaft*. Berlin 2004; Manfred Herzer: *Magnus Hirschfeld. Leben und Werk eines jüdischen, schwulen und sozialistischen Sexologen*. Frankfurt a. M. 1992.

⁶⁴ Zum Verhältnis von Eugenik und Sexualwissenschaft vgl. Heiko Stoff: *Eugenik und Sexualwissenschaft. Die Kongresse der Weltliga für Sexualreform 1921–1932*. Hamburg [unveröffentlichte Magisterarbeit] 1996.

⁶⁵ Vgl. dazu u. a. Martin Kohlrausch: *Der Monarch im Skandal. Die Logik der Massenmedien und die Transformation der wilhelminischen Monarchie*. Berlin 2005, S. 197.

⁶⁶ Vgl. auch seine frühere Arbeit: Rainer Herrn: *Schnittmuster des Geschlechts. Transvestitismus und Transsexualität in der frühen Sexualwissenschaft*. Gießen 2005; vgl. auch Martin Lücke: *Männlichkeit in Unordnung. Homosexualität und männliche Prostitution in Kaiserreich und Weimarer Republik*. Frankfurt a. M. u. a. 2008.

rin um wertvollen Schmuck prellen zu wollen und wurde deswegen in die psychiatrische Klinik der Charité zu Theodor Ziehen gebracht, der ihn hinsichtlich seiner Zurechnungsfähigkeit zu untersuchen hatte. Auf der Basis der überlieferten Quellen – Krankenakten, Gutachten und Hirschfelds Monografie von 1910 zum Transvestitismus – lässt sich das Zusammenwirken von Medizin, Polizei und Justiz in ihren ordnungsstaatlichen Funktionen am Ende der Kaiserzeit analysieren. Deutlich wird bei der in dieser Zeit beginnenden Loslösung der aufkommenden Sexualwissenschaft von der psychiatrischen Sexualpathologie ein früher Wissenstransfer, der Hirschfelds Begriff „Transvestit“ betrifft, der auch in den Akten der Charité zu finden ist. Herrn erörtert die psychiatrischen und sexualwissenschaftlichen Positionen von Hirschfeld und Ziehen und untersucht den Einfluss ihrer Gutachten auf das Gerichtsurteil. Bei der Erhebung der Anamnese und dem Versuch der epistemologischen Erfassung der psychischen Auffälligkeit spielte ein von Hirschfeld entwickelter Fragebogen zur Vita sexualis eine sehr wichtige Rolle, der als Instrument zur Generierung von Informationen zur sexuellen Diversität gedacht war. Der mithilfe dieses Fragebogens strukturierte Frage-Antwort-Dialog stellte die Selbstbeschreibung des Probanden in den Mittelpunkt; dieser kam im von Herrn untersuchten Fall eine besondere Bedeutung im Prozess des Wissenstransfers zu, weil der Proband selbst mit sexualwissenschaftlicher Literatur vertraut war, seine diesbezügliche Vorprägung in die Selbstbeschreibung einging und damit – nach Rezeption durch die Psychiater – die Dokumentation in der Akte beeinflusste. Die Fallstudie zeigt deutlich eine aus der Sexualwissenschaft hervorgehende Wissenszirkulation, die sowohl Laien als auch Psychiater einbezog und in dem disziplinäre Grenzen überschreitenden Prozess diverse Modifikationen der Wissensbestände bewirkte.

Die in diesem Band vorgelegte Sammlung von Beiträgen kann keineswegs den Anspruch erheben, alle zentralen Phänomene, welche die Entgrenzungsprozesse des Wahnsinns um 1900 betreffen, tief gehend zu durchleuchten. In den Aufsätzen werden vor allem die professionelle, die begriffliche, die epistemologische, die klassifikatorische, die praktische, die institutionelle, die topografische, die soziale und rechtliche sowie die künstlerische Seite des Prozesses in den Blick genommen. Dabei werden sehr unterschiedliche methodische Ansätze benutzt, deren Vielfalt eine Anregung gibt und einen Eindruck vermittelt, auf welche Weise das Thema auch künftig weiter erforscht werden kann. Die Beiträge vermitteln eine lebhafte Vorstellung davon, welche gewaltigen Veränderungen und Dynamiken die Moderne auch auf dem Gebiet der Psychopathologie und ihrer Anwendung mit sich gebracht hat. Ebenfalls wird deutlich, welche tief greifende Neuerungen sich bei der Bewertung eines die Grenzen tradierter Normen überschreitenden Verhaltens im individuellen, öffentlichen und institutionellen Kommunikationszusammenhang ergeben haben.

Thomas Beddies

„In den Symptomen des Niedergangs, über die sich so viele entrüstet haben, habe ich nichts erblicken können als Krankheitserscheinungen“¹

Profilierung und Positionierung deutscher Psychiater nach dem Ersten Weltkrieg

Am 18. Februar 1920 wurde der 20-jährige Albert P. auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft beim Landgericht Berlin „zur Beobachtung“ in die Irrenanstalt Dalldorf aufgenommen.² Der ungelernte Arbeiter war noch im November 1918 zum Militär eingezogen, dann aber krankheitsbedingt bald entlassen worden. Am 10. Januar 1919 hatte er sich nach den Feststellungen der Ermittlungsbehörden „einem bewaffneten Haufen angeschlossen [...], gegen Personen und Sachen Gewalttätigkeiten begangen“ sowie „gegen Mannschaften der bewaffneten Macht Widerstand geleistet“. Albert P. hatte sich an diesem Tag offenbar spontan zu den Besatzern des Verlagshauses Mosse gesellt.³ Im Ermittlungsbericht heißt es erläuternd: „Am 5. 1. 1919 versammelten sich in der Siegesallee Anhänger des Spartakusbundes und der Unabhängigen Sozialdemokratischen Partei, bildeten einen Zug, der zum Polizeipräsidium zog, und wurden dort mit Waffen versehen. Von hier wandte sich die Menge zum Zeitungsviertel, wo mehrere hundert Bewaffneter das Verlagshaus Ullstein, ein kleinerer Trupp das Verlagshaus Rudolf Mosse in der Schützenstraße besetzte. [...] Aus den [...] verbarrikadierten Häusern wurde auf die zur Befreiung anrückenden Truppen mit Maschinengewehren und Handfeuerwaffen geschossen und eine Anzahl Soldaten getötet und verwundet. [...] Die Kämpfe dauerten bis zum 11. Januar 1919, an welchem Tage die Besatzungen die Verlagshäuser räumten.“

Albert P. war am 5. Februar 1919 zur gesetzlichen Mindeststrafe von sechs Monaten Haft verurteilt worden: Er habe sich freiwillig im Mosse-Haus gemeldet, sei

¹ Oswald Bumke: *Erinnerungen und Betrachtungen. Der Weg eines deutschen Psychiaters.* München 1953, S. 83.

² Darstellung und Zitate – soweit nicht ausdrücklich anders angegeben – im Folgenden aus der Patientenakte Albert P., Landesarchiv Berlin, Akte Nr. P 2910.

³ Auslöser der blutigen Unruhen war die Entlassung des zu den Spartakisten tendierenden Berliner Polizeipräsidenten Emil Eichhorn gewesen. Vgl. Henning Köhler: *Berlin in der Weimarer Republik (1918–1932).* In: Wolfgang Ribbe (Hg.): *Geschichte Berlins. Bd. 2: Von der Märzrevolution bis zur Gegenwart.* München 1987, S. 797–923, hier: S. 806–808.

mit einem Karabiner und Munition ausgerüstet worden. Er habe Posten gestanden und sei hierbei von Regierungstruppen verhaftet worden. Dass er die Haftstrafe hat antreten müssen, ist allerdings unwahrscheinlich, da eine durch die Mutter veranlasste Beurteilung seines Geisteszustandes am 10. Februar 1919 ergeben hatte, dass die Straftat des stotternden und minderbegabten Mannes „ein vor-eiliges, ziemlich planloses, von allgemeiner Charakter- und Verstandesunreife stark ungünstig beeinflusstes Handeln“ darstellte, „daß also begründete Zweifel gegen die Zurechnungsfähigkeit des P. zur Zeit der Tat bestehen“. Der Gutachter hatte P.s Beobachtung in einer öffentlichen Irrenanstalt beantragt; das Verfahren war infolgedessen am 17. Juli 1919 wieder aufgenommen worden, aber erst am 3. Februar 1920 beschloss das Gericht seine Einweisung zur Beobachtung in Dall-dorf. Hier ergab sich zwar eine „sehr schwache“ Begabung, doch sei die Intelli-genzminderung nicht so beträchtlich, dass die Zurechnungsfähigkeit während der Straftat völlig aufgehoben gewesen wäre; trotzdem sei die „ganze krankhafte An-lage offenbar die Ursache der Straftat gewesen“. Im Ergebnis wurde festgehalten: „P. ist ein geistesschwacher Psychopath. Zweifellos verdient er als vermindert zu-rechnungsfähig die größte Milde bei der Strafbemessung, er kann aber vom rein ärztlichen Standpunkt nicht als unzurechnungsfähig bezeichnet werden. Ob auf Grund der besonderen Verhältnisse, der politischen Atmosphäre, eine Freispre-chung möglich ist, da P. jedenfalls die Intelligenz eines normalen 18jährigen Men-schen noch nicht erreicht hat, entzieht sich der rein ärztlichen Begutachtung.“ Am 30. April 1920 wurde Albert P. aus der Beobachtung entlassen, die gericht-liche Entscheidung ist in der Akte nicht verzeichnet.

Die Empfehlung, bei der Strafzumessung „größte Milde“ walten zu lassen, wird hier mit der Minderbegabung des jungen Mannes begründet, die unabhängig von der Beurteilung als „Psychopath“ zu sehen ist. Die im engeren Sinne psychiatrische Diagnose „Psychopathie“ hätte für sich stehend wohl nicht zu einem solchen Ergebnis geführt: Anders als „Geistesschwäche“ galt „Psychopathie“ nicht als „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ im Sinne des § 51 RStGB.⁴ Der Mün-chener Psychiater Eugen Kahn (1887–1973) hob die erhaltene „Verstandesbe-gabung“ bei Psychopathie geradezu als besonderes Merkmal hervor, das eine fach-ärztliche Beurteilung der „Psychopathie“ im Grenzbereich zwischen „normal“ und „geisteskrank“ zusätzlich erschwere: „Als Psychopathen werden in der Psy-chiatrie psychisch nicht ganz intakte Persönlichkeiten bezeichnet, die bei im allge-meinen ausreichender, nicht selten sogar guter Verstandesbegabung Mängel auf dem Gebiete des Fühlens und Wollens aufweisen; Mängel, die diese Persönlich-keiten zwar keineswegs als geisteskrank erscheinen, die sie aber oft genug im Le-ben falsche Wege gehen und auch scheitern lassen.“⁵

Albert P. war in Dalldorf mit großer Wahrscheinlichkeit von dem Psychiater Kurt Hildebrandt (1881–1966) begutachtet worden, der – wie Eugen Kahn – unter

⁴ Eugen Kahn: Psychopathie und Revolution. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 66 (1919) 34, S. 968f., hier: S. 969.

⁵ Ebd., S. 968.

anderem bei Emil Kraepelin (1856–1926) und Ernst Rüdin (1874–1952) in München ausgebildet worden war.⁶ Hildebrandt hatte bereits im April 1919 einen „Spartakisten“ beurteilt und darüber ausführlich berichtet;⁷ einleitend hob er dabei ebenfalls Eigenschaften der Psychopathen hervor, die sie befähigten, vor allem in „bewegten Zeiten führende Rollen“ zu übernehmen und die Allgemeinheit über den „krankhaften Charakter ihres Handelns“ hinwegzutäuschen: „Leicht verständlich ist die Beteiligung besonders bei zwei großen Gruppen der Psychopathen. Einmal sind es die Gesellschaftsfeinde und Querulanten, die auf Grund ihrer allgemeinen Ideen oder zu grob egoistischen Zwecken sich der politischen und sozialen Bewegung anschließen. Die zweite Gruppe sind die Hochstapler und Renommisten, die aus reiner Großmannssucht sich in führende Rollen drängen, zu der sie sich äußerlich eignen, weil sie den Massen imponieren und sie mit sich reißen.“⁸ Darüber hinaus konstatierte Hildebrandt generell einen „psychopathischen Einschlag der Revolution und der weiteren Klassenkämpfe“, der so beträchtlich sei, dass der psychiatrische Experte ihm unabhängig von jeder Partei-richtung kaum sein Interesse versagen könne.⁹

Zwar fiel die Revolution als vorgeblich krankhaftes Phänomen der Gesellschaft an sich nicht in das Gebiet der klinischen Psychiatrie, die sich ja mit dem leidenden Individuum auseinanderzusetzen hatte.¹⁰ Trotzdem zeigten sich Psychiater vielfach geneigt, auch den politischen und sozialen Umsturz psychopathologisch zu deuten. Wie bereits zeitgenössisch wahrgenommen wurde, begaben sie sich damit freilich auf das Feld einer weltanschaulich gefärbten Wertewissenschaft. In dem Beitrag „Zur Soziologie der Neurosen“,¹¹ in dem sie sich mit dem Streben der Psychiatrie auseinandersetzt, Bedingtheiten von „Gemeinschaft und seelenkranken Individuum“ zu erfassen, thematisiert Frieda Reichmann Ursachen des „Drängens psychopathischer Persönlichkeiten zu Führerrollen in revolutionären Bewegungen“. ¹² Zwar stimmt sie Autoren wie „Bonhoeffer, Freimark, Kraepelin, Roffenstein, Stelzner u. a.“ zu, wonach die Betroffenen versuchten, „das Interesse der Umwelt mit tendenziösen hysterischen Symptombildungen zu erzwingen“, ¹³

⁶ Vgl. Stefan Breuer: Ästhetischer Fundamentalismus und Eugenik bei Kurt Hildebrandt. In: Bernhard Böschstein u. a. (Hg.): Wissenschaftler im George-Kreis. Die Welt des Dichters und der Beruf der Wissenschaft. Berlin u. a. 2005, S. 291–310 (mit weiterführenden Literaturhinweisen).

⁷ Kurt Hildebrandt: Forensische Begutachtung eines Spartakisten. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 76 (1920), S. 479–518.

⁸ Ebd., S. 479; weiter heißt es: „Vielleicht wäre die Frage nicht unberechtigt, ob die jetzige Revolution, da ihr der alkoholische Rausch im ganzen fehlte, um so mehr des psychopathischen bedurfte.“

⁹ Ebd.

¹⁰ Gaston Roffenstein: Einige grundsätzliche Bemerkungen zum Problem Psychopathologie und Gesellschaft. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 109 (1927), S. 151–158, hier: S. 152.

¹¹ Frieda Reichmann: Zur Soziologie der Neurosen. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 89 (1924), S. 60–67.

¹² Ebd., S. 63.

¹³ Ebd.

doch vermag sie den wissenschaftlichen Wert einschlägiger Arbeiten nur bedingt anzuerkennen, da die ihnen zugrunde liegenden politischen Ereignisse aufgrund zu geringer zeitlicher und persönlicher Distanz nicht werturteilsfrei betrachtet würden: „Man kann aus fast jeder dieser Arbeiten die politische Gesinnung ihres Verfassers ableiten!“¹⁴ Mutatis mutandis gelte auch hier Karl Jaspers Aussage über die Gefahren und den bedingten Wert aller Pathografien: „Sie überschreiten ihre Grenzen, indem sie mit unzureichenden Mitteln den Wert der künstlerischen Leistungen interpretieren.“¹⁵ Es war dies ein Gedanke, dem Eugen Kahn im August 1919 in einem Beitrag über „Psychopathen als revolutionäre Führer“ mit der Bemerkung entgegentrat, dass der Psychiater jederzeit in der Lage sein müsse, „unparteiisch und nach bestem Wissen und Gewissen sein Urteil abzugeben“.¹⁶

In die Zeit, in der Justiz und Psychiatrie sich mit Albert P. zu befassen hatten, fielen Ereignisse, die nach Kapitulation und Novemberrevolution 1918 die weitere Entwicklung im Nachkriegsdeutschland prägten und die auch das im Folgenden zu behandelnde Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft in der Weimarer Republik beeinflussten: Am 19. Januar 1919 bestätigte das Ergebnis der Wahl zur verfassunggebenden Nationalversammlung die Festlegung auf die parlamentarische Demokratie als zukünftige Staatsform, wenn auch unter „grundsätzlicher Beibehaltung der überkommenen Gesellschaftsordnung“.¹⁷ An eine Räterepublik nach sowjetischem Vorbild war nun nicht mehr zu denken, auch wenn in den ersten Monaten des Jahres 1919 vielerorts in bürgerkriegsähnlichen Auseinandersetzungen darum noch hart gefochten wurde.¹⁸ In Berlin war die Entscheidung bereits mit der Niederschlagung des Januaraufstands und der auf die Ermordung Rosa Luxemburgs und Karl Liebknechts am 15. Januar 1919 folgenden Unruhen gefallen;¹⁹ die kurzlebige Münchener Räteherrschaft wurde Anfang Mai des Jahres endgültig niedergeworfen.²⁰ Der deutsch-völkische Reichstagsabgeordnete Axel von Freytagh-Loringhoven urteilte rückblickend, dass die Schlagworte „Räterepublik“ und „Diktatur“ auch deshalb keinen Widerhall im deutschen Volke gefunden hätten, weil klar gewesen sei, dass die so bezeichneten Ziele niemals Wirk-

¹⁴ Reichmann: Soziologie der Neurosen (wie Anm. 11), S. 63f.

¹⁵ Karl Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. Berlin/Heidelberg 1946, S. 610; Jaspers weiter: „Die Pathographie ist eine heikle Sache.“

¹⁶ Eugen Kahn: Psychopathen als revolutionäre Führer. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 52 (1919), S. 90–106, hier: S. 90.

¹⁷ Heinrich August Winkler: Geschichte des Westens. Die Zeit der Weltkriege 1914–1945. München 2011, S. 133.

¹⁸ Ebd., S. 146f.; Ernst van den Bergh, Chef der Ministerialabteilung im Reichswehrministerium, notierte am 2. 2. 1919: „Räte-System oder National-Vers.? Chronische Krankheit oder Gesundheit? Zermürbung oder Aufbau? – als akute Krankheit kann man das Räte-System ertragen, man kann es verstehen, es ist kein ‚heller Wahnsinn‘, wenn es auch eine etwas gedankenschwache Kopie einer auf anderen Verhältnissen beruhenden russischen Erscheinung ist. Aber unsere Revolution ist eben überhaupt eine Infektionskrankheit, die den geschwächten Organismus befiel.“, zit. nach: Wolfram Wette (Hg.): Aus den Geburtsstunden der Weimarer Republik. Das Tagebuch des Obersten Ernst van den Bergh (= Quellen zur Militärgeschichte, Bd. 1). Düsseldorf 1991, S. 83.

¹⁹ Hagen Schulze: Weimar. Deutschland 1917–1933. Berlin 1982, S. 180.

²⁰ Winkler: Geschichte des Westens (wie Anm. 17), S. 145–147.

lichkeit werden würden: „Ein Traum aus dem Irrenhause war in ihnen verkörpert, nicht mehr. Und es heißt nicht, positive Ziele setzen, wenn man die Ausgeburt eines kranken Hirns verwirklichen will.“²¹ Im Januar 1920 trat der Versailler Vertrag in Kraft; ein Akt, der aus der Sicht deutscher Zeitgenossen einer „geistigen Kastration“ gleichkam.²² Anfang 1920 wurde auch die NSDAP gegründet und im März des Jahres nach dem sogenannten Kapp-Putsch der Ruhraufstand niedergeschlagen. Als im Juni die erste reguläre Reichstagswahl abgehalten wurde, erlitt die Weimarer Koalition aus SPD, DDP und Zentrum massive Verluste; Ernst Troeltsch konstatierte eine „Zertrümmerung der die neue Verfassung tragenden Mitte“.²³ Die Regierungsgewalt ging jetzt auf ein bürgerliches Minderheitskabinett über, ohne dass die Arbeiterschaft darauf noch nennenswert reagiert hätte. Man ist versucht, mit Cesare Lombroso festzustellen, es existiere tatsächlich eine „durch allzu grosse Erregung der Leidenschaft verursachte Tendenz [...], die alle Revolutionen fehlschlagen, sich durch ihre eigenen Excesse vernichten lässt und die alle Erfolge der Revolutionen zerstört oder doch erheblich verringert“.²⁴

Im Weiteren soll gezeigt werden, dass die gegenrevolutionäre Bewegung nach dem Ersten Weltkrieg sich über allfällige medizinische Metaphern hinaus der Psychopathologisierung der Revolution und ihrer Protagonisten bediente, um diese unglaubwürdig und verächtlich zu machen, und dass zahlreiche psychiatrische Experten ihr spezifisches Wissen für diesen Zweck bereitwillig zur Verfügung stellten. Es geht dabei um die Konfrontation der Psychiater mit gesellschaftlichen Verwerfungen und Krisenerscheinungen, die sie im Militärdienst stehend, als Anstaltsärzte oder in den Universitätspsychiatrien im Zuge von Niederlage, Revolution und damit einhergehenden sozialen und ökonomischen Unsicherheiten erlebt hatten und erlebten. Es waren dies Phänomene, die nicht nur verstörten, sondern auch Vorurteile und Besitzstandsdenken provozierten.

Insbesondere die Auffassung von der „Masse“ und die Wechselwirkung von Gemeinschaft und kranken oder psychopathisch disponierten Individuen schien den Deutungsanspruch der Psychiater zu rechtfertigen, denn „Masse“ wurde nicht nur mit Unterschicht, sondern auch mit Unverstand, Unselbstständigkeit und Suggestibilität in Verbindung gebracht: „Da die Massen ihrem Wesen nach ihr eigenes Dasein nicht lenken können noch dürfen und noch weniger imstande sind, die Gemeinschaft zu regieren, ist damit gesagt, daß Europa heute in der schwersten Krise

²¹ Axel von Freytag-Loringhoven: Zur Psychologie der Revolution. In: *Konservative Monatschrift* 78 (1921), S. 199–210, hier: S. 206.

²² Hans von Liebig: Politische Betrachtungen. In: *Deutschlands Erneuerung* 3 (1919), S. 358–368, hier: S. 366; vgl. auch Frank Reichherzer: „Alles ist Front!“ Wehrwissenschaften in Deutschland und die Bellifizierung der Gesellschaft vom Ersten Weltkrieg bis in den Kalten Krieg (= Krieg in der Geschichte, Bd. 68). Paderborn 2012, S. 129.

²³ Ernst Troeltsch: *Die Fehlgeburt einer Republik. Spektator in Berlin 1918 bis 1922*. Frankfurt a. M. 1994, S. 148.

²⁴ Cesare Lombroso/Rodolfo Laschi: *Der politische Verbrecher und die Revolutionen in anthropologischer, juristischer und staatswissenschaftlicher Beziehung*. 2 Bde. Hamburg 1891/1892, hier: Bd. 1, S. 37.

steht, die über Völker, Nationen, Kulturen kommen kann.“²⁵ So lag es nahe, nervenärztliches Wissen im Hinblick auf die Symptomatologie und Behandlung individueller funktionaler Störungen ebenso zu nutzen wie zur Erklärung der Wirkung seelisch abnormer Persönlichkeiten auf die beeinflussbare Masse.

Dabei ist der in den psychiatrischen Expertisen vielfach hergestellte Konnex von Degeneration und individuellem Versagen in gesellschaftlichen Zusammenhängen insofern von besonderer Bedeutung, als mit der Annahme einer konstitutionellen (genetischen) Veranlagung zu Psychopathie der Anschluss an gängige Denkmuster der Psychiatrie im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts hergestellt wurde. Die konservativ geprägte Psychopathologisierung des Umsturzes und die Notwendigkeit, sich den Phänomenen moderner Massenbewegungen zu stellen,²⁶ finden ihren Ausdruck in rezenten (natur-)wissenschaftlichen Begründungen, mithin in jener Modernität, deren sozialen und kulturellen Auswirkungen man sich entgegenstellte.

Zwar gab es, indem sich das politische System 1919 auf Wahlen auf demokratischer (pejorativ gewendet also wiederum „Massen“-) Grundlage gründete, auch für die Gegner der Republik an sich nur noch die Möglichkeit, durch die Gewinnung einer Mehrheit zur Macht zu gelangen, doch widerstrebte insbesondere gekränkten elitären konservativen Kräften das Prinzip gleicher Wahlen für alle Staatsbürger, das nun auch Frauen und Soldaten sowie in letzter Konsequenz sogar „Geisteskranke“ einschloss.²⁷

²⁵ José Ortega y Gasset: *Aufstand der Massen*. München 2007, S. 5.

²⁶ Hans-Joachim Bieber: *Bürgertum in der Revolution. Bürgerräte und Bürgerstreiks in Deutschland 1918–1920*. Hamburg 1992, S. 43.

²⁷ Die Wahl zur Deutschen Nationalversammlung war die erste allgemeine reichsweite Wahl nach dem Verhältniswahlrecht. Vom Grundsatz her waren damit auch alle Patienten von Heil- und Pflegeanstalten wahlberechtigt, die nicht entmündigt waren oder unter Vormundschaft standen. Der Ausschlussgrund einer dauernden Armenunterstützung, der für den überwiegenden Teil der Anstaltspatienten bislang gegolten hatte, spielte keine Rolle mehr. Max Fischer (1862–1940), Direktor der Anstalt Wiesloch bei Heidelberg, äußerte sich bereits Anfang 1919 zur Frage des Wahlrechts; vgl. Max Fischer: *Wahlrecht, Wahlfähigkeit und Wählbarkeit der Geisteskranken*. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 20 (1918/19), S. 313–316. Den Anlass bot ihm offenbar ein Bericht der „Memminger Zeitung“ vom 16. 1. 1919, wonach Pfleglinge einer „Kretinenanstalt“ von den leitenden Franziskanerinnen an die Wahlurne geleitet worden wären, um ihre Stimme abzugeben. Die sozialdemokratische Partei habe dagegen Protest eingelegt; ebd., S. 313. Die „Frankfurter Zeitung“ hätte zu dem Vorgang bemerkt, dass die „im geringen und mittelmäßigen Grade Geistesschwachen“ offenbar noch als Zentrumswähler in Betracht gekommen wären; ebd. In seinem Beitrag erwägt Fischer zunächst die Ausstellung eines richterlich bestätigten ärztlichen Zeugnisses für die Wahrnehmung des aktiven Wahlrechts durch die Patienten, kommt dann aber doch zu der Einschätzung, dass es unbedingt im Interesse der Kranken läge, „daß sie als psychisch Leidende, auch wenn sie wahlfähig sind, mit den Aufregungen des Wahlkampfes und Wahlverfahrens im allgemeinen verschont bleiben und ihnen auch nach dieser Richtung der Anstaltsfrieden wie eine neutrale Zone zwischen den Parteien zugute käme.“; ebd., S. 315. Ausnahmen gäbe es evtl. unter den „Psychisch Nervösen, den Zyklothymen, den geringgradig Verstimmtten, den Hypochondern, leichten Dégénéérés und Psychopathen usw. Ich kenne keine Formel, unter der einem solchen Kranken der Gang zur Wahl verboten werden könnte.“; ebd. Hinsichtlich der Wahrnehmung des passiven Wahlrechts müsse man „in der jetzigen Ausnahmezeit“ immerhin auf das Emporkommen kranker Personen gefasst sein: „Ich denke dabei an

1934 wies der Vizekanzler im Kabinett Hitler, Franz von Papen (1879–1969), in seiner Marburger Rede darauf hin, dass sich in den Nachkriegsjahren „eine Art von konservativ-revolutionärer Bewegung“ entwickelt habe, die sich vom Nationalsozialismus wesentlich nur durch die Taktik unterschieden habe: „Da die deutsche [= konservative] Revolution gegen die Demokratisierung und ihre verhängnisvollen Folgen kämpfte, so lehnte der neue Konservatismus folgerichtig jede weitere Demokratisierung ab und glaubte an die Möglichkeit des Ausschaltens pluralistischer Kräfte von oben.“²⁸ Die „konservativ-revolutionäre Bewegung“,²⁹ von der hier die Rede ist, hatte ihren Ursprung nicht zuletzt im Augusterlebnis von 1914,³⁰ durch das die Deutschen jenseits aller Differenzen und Unterschiede zu einer nationalen Gemeinschaft verschmolzen seien. Damals habe sich die Ständegesellschaft von einer temporären „Verteidigungsgemeinschaft“ zu einer auf Dauer angelegten „Volksgemeinschaft“ gewandelt.³¹ Der Freiburger Psychiater Alfred Hoche (1865–1943) hatte diese Transformation mit der Formulierung umschrieben, das ganze Volk sei „in einen einheitlichen geschlossenen Organismus höherer Ordnung“ umgewandelt gewesen.³² Während der hier geschilderte „Geist von 1914“ noch als retrospektive Beschreibung einer temporären gemeinschaftsorientierten Haltung aufzufassen ist, brachte dessen Beschwörung als „Ideen von 1914“ die Umsetzung in ein politisches Programm mit sich, das weit in die Weimarer Republik hineinwirkte.³³ Die „Ideen von 1914“ wurden gegen die Ideale von 1789 in Stellung gebracht;³⁴ „Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit“ einer

gewisse Zykllothyme, Psychopathen, Querulanten, Haltlose. Manche Reden, die man heutzutage liest, klingen inhaltlich dem Psychiater keineswegs ganz fremd an und rufen Erinnerungen aus seiner Praxis wach.“; ebd., S. 316.

²⁸ Franz von Papen: Rede des Vizekanzlers von Papen vor dem Universitätsbund, Marburg, 17. 6. 1934, S. 5; Scan des Originaldrucks online zugänglich unter: <http://lagis.online.uni-marburg.de/img/edb/pdf/737-Q-10.pdf> (letzter Zugriff am 9. 10. 2015).

²⁹ „Konservative Revolution“ wird hier lediglich als Begriff aus den zeitgenössischen Schriften verwendet, nicht aber als wissenschaftlicher Ordnungsbegriff, mit dem eine selbstständige, einheitliche politische Strömung bezeichnet würde. Vgl. Stefan Breuer: Die „Konservative Revolution“ – Kritik eines Mythos. In: Politische Vierteljahresschrift 31 (1990) 4, S. 585–607; ders.: Anatomie der Konservativen Revolution. Darmstadt 1993. Breuer grenzt sich damit insbes. von Mohler bzw. der Rezeption Mohlers ab. Vgl. etwa: Armin Mohler/Karlheinz Weißmann: Die Konservative Revolution in Deutschland 1918–1932. Ein Handbuch. Graz 2005.

³⁰ Mohler/Weißmann: Revolution (wie Anm. 29), S. 59–62.

³¹ Jeffrey Verhey: Der Mythos des „Geistes von 1914“ in der Weimarer Republik. In: Wolfgang Bialas/Burkhard Stenzel (Hg.): Die Weimarer Republik zwischen Metropole und Provinz. Intellektuellendiskurse zur politischen Kultur. Weimar u. a. 1996, S. 85–96, hier: S. 85.

³² Alfred E. Hoche: Aus der Werkstatt. München/Berlin 1941, S. 198.

³³ Steffen Bruendel: Die Geburt der „Volksgemeinschaft“ aus dem „Geist von 1914“. Entstehung und Wandel eines „sozialistischen“ Gesellschaftsentwurfs. In: Zeitgeschichte-online, Thema: Fronterlebnis und Nachkriegsordnung. Wirkung und Wahrnehmung des Ersten Weltkriegs, Mai 2004, S. 6, online zugänglich unter: www.zeitgeschichte-online.de/sites/default/files/documents/bruendel_0.pdf (letzter Zugriff am 9. 10. 2015).

³⁴ Wolfgang J. Mommsen: Der Erste Weltkrieg und die Krise Europas. In: Gerhard Hirschfeld/Gerd Krumeich (Hg.): Keiner fühlt sich hier mehr als Mensch ... Erlebnis und Wirkung des Ersten Weltkriegs (= Schriften der Bibliothek für Zeitgeschichte NF, Bd. 1). Essen 1993, S. 25–42, hier: S. 36.

spezifisch „deutschen Freiheit“, „Kameradschaft“ und einem „Sozialismus“ deutsch-nationaler Prägung gegenübergestellt. „Deutscher Freiheit“ war demnach die freiwillige Einordnung in die Gesamtheit der Nation eingeschrieben; „Kameradschaft“ wurde – von natürlicher Ungleichheit ausgehend – in einem bewussten Antagonismus zur westlichen „Gleichmacherei“ propagiert; der „nationale Sozialismus“ schließlich galt als spezifisch deutsche Form von „Einheit und Brüderlichkeit“ in Abgrenzung zu den Partikularinteressen im Parteienstaat.³⁵ Diese Auffassung des Gemeinwesens ließ sich weniger von rationalen als vielmehr von „naturhaften“ Grundsätzen leiten und zielte nach dem Weltkrieg vor allem auf die Wiederherstellung der Einheit im Inneren zur Erlangung völkischer Exklusivität, die wiederum als Ausgangspunkt für eine effektive Revisions- und Machtpolitik dienen sollte. Die „konservative Revolution“ kann so als Versuch verstanden werden, ein integratives Politik- und Kulturverständnis gegen die vermeintlich zerstörerischen und spaltenden Elemente des Liberalismus in Stellung zu bringen.³⁶ Damit verband sich geradezu notwendig die Vorstellung einer „Ordnung der Ungleichheit“,³⁷ die durch einen autoritären Staatsaufbau und die gesellschaftliche Reorganisation nach ständischem Muster mit dem Ergebnis der Herrschaft einer Minderheit über die Masse (wieder) herzustellen sei.³⁸ Gemeinschaft richtete sich hier gegen Gesellschaft, Nation gegen Klasse, Deutschtum gegen Judentum. Man könnte von einer „evolutionären Hierarchie“ sprechen, die auch von großen Teilen der zeitgenössischen Psychiatrie mitbegründet und vertreten wurde. Denn zu den „konservativen Revolutionären“ sind nach 1918 auch Psychiater als Angehörige der Mittelschicht, insbesondere des Bildungs- oder Kulturbürgertums, zu rechnen, die angesichts der Zeitereignisse nicht nur mental verunsichert, sondern als Angestellte oder Beamte in den Landesanstalten und an den Universitäten auch materiell in Not geraten waren.³⁹ So schrieb Wilhelm Weygandt (1870–1939), Direktor der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg und Ordinarius für Psychiatrie an der Universität Hamburg, im Vorfeld der Sitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in der Hansestadt im Mai 1920 an Emil Kraepelin: „Vielleicht ist es für manche Besucher der Versammlung lehrreich, einen Blick in eine Großstadt zu werfen, in der die Mehrheitssozialdemokratie in Reinkultur wirtschaftet, nur beeinflusst durch die Angst vor den Unabhängigen und infolge dessen noch eifriger darauf bedacht, den Handarbeitern mit Riesenlöhnen zu schmeicheln auf Kosten der immer mehr bedrückten und helotisierten Kopfarbeiter und Beamten.“⁴⁰

³⁵ Bruendel: Geburt (wie Anm. 33).

³⁶ Sabine Marquardt: *Polis contra Polemos. Politik als Kampfbegriff der Weimarer Republik* (= Münstersche historische Forschungen, Bd. 11). Köln u. a. 1997, S. 167.

³⁷ Stefan Breuer: *Ordnungen der Ungleichheit – die deutsche Rechte im Widerstreit ihrer Ideen 1871–1945*. Darmstadt 2001.

³⁸ Marquardt: *Polis contra Polemos* (wie Anm. 36), S. 168.

³⁹ Ebd., S. 158.

⁴⁰ Wilhelm Weygandt an Emil Kraepelin, 5. 5. 1920, zit. nach: Emil Kraepelin: *Kraepelin in München II. 1914–1921*. Hg. von Wolfgang Burgmair, Eric J. Engstrom und Matthias M. Weber. München 2009, S. 346–348, hier: S. 346.

So recht greifbar werden die konservativen Gegner einer liberalen und pluralistischen Demokratie als Mitglieder der außerparlamentarischen Vaterlandspartei, die seit 1917 gegen einen „Verständigungsfrieden“ agitierte. Im sogenannten großen Aufruf dieser Organisation heißt es am 2. September 1917: „Nervenschwache Friedenskundgebungen verzögern [...] nur den Frieden. Unsere [...] Feinde erblicken in ihnen nur den Zusammenbruch deutscher Kraft. [...] Um einen Frieden bald zu erreichen, müssen wir nach Hindenburgs Gebot die Nerven behalten.“⁴¹ Das wesentliche Element des Aufrufs war auch nach Einschätzung eines zeitgenössischen Beobachters die Hervorhebung der Nervenstärke und des Willens als Kriegsmittel: „Unbeugsamer Wille zum militärischen Sieg, Wille zum Durchhalten und politischen Sieg, beide verloren gegangen, werden neu gefordert.“⁴²

Ärzte und auch Psychiater waren in der Vaterlandspartei führend vertreten. So ist der Hygieniker und Rassenkundler Max von Gruber (1853–1927) als „Geschäftsführender Vorstand“ in Bayern zu ihren ideologischen Vordenkern zu rechnen und auch Emil Kraepelin trat früh öffentlich für die Bewegung ein.⁴³ Weitere prominente Mitglieder waren Houston Stewart Chamberlain (1855–1927), Cosima Wagner (1837–1930), der Verlagsbuchhändler Julius Friedrich Lehmann (1864–1935) und der Schriftsteller Ludwig Thoma (1867–1921).⁴⁴ Thoma verfasste Anfang April 1921 anonym einen Leitartikel für den „Miesbacher Anzeiger“, der zu dieser Zeit über Bayern hinaus als Forum der extremen Rechten wahrgenommen wurde.⁴⁵ Unter dem Titel „Schwarmgeister“ polemisierte er darin gegen den bayerischen USPD-Politiker Karl Gareis (1889–1921), den er als „typischen Geisteskranken aus der Umsturzeit“ bezeichnete.⁴⁶ Terminologisch wie inhaltlich angelehnt an psychiatrische Positionen führte er aus, dass man sich in geordneten Zeiten noch „Originale“ hätte leisten können. „Als aber“, so Thoma, „unser Volk erkrankte und aufs Siechbett kam, trat die erschreckende Erscheinung ein, daß alles, was wir an Narren, Deppen und Trotteln hatten – und der Krieg hatte die Zahl unheimlich vermehrt – sich auf die Politik warf und im Narrenhaus, das unser Staat wurde, eine Rolle spielen durfte.“⁴⁷ Gareis sei „ein entnervter, dekrepiter

⁴¹ Karl Wortmann: *Geschichte der Deutschen Vaterlands-Partei 1917–1918* (= Hallische Forschungen zur neueren Geschichte NF, Bd. 3). Halle a. d. S. 1926, S. 31.

⁴² Ebd., S. 33.

⁴³ Vgl. etwa: Der Volksausschuß für die rasche Niederkämpfung Englands. Aufruf. In: *Der Panther. Deutsche Monatsschrift für Politik und Volkstum* 5 (1917), S. 424–426, abgedruckt in: Kraepelin: Kraepelin in München II (wie Anm. 40), S. 181–185. Der Aufruf wurde von Kraepelin mitunterzeichnet. Zu seinem Engagement und seinen Beweggründen vgl.: Emil Kraepelin: *Lebenserinnerungen*. Berlin u. a. 1983, S. 192f.

⁴⁴ Vgl. Sarah Hadry: Art. Deutsche Vaterlandspartei (DVLP), 1917/18. In: *Historisches Lexikon Bayerns*; online zugänglich unter: http://www.historisches-lexikon-bayerns.de/artikel/artikel_44862#18 (letzter Zugriff am 9. 10. 2015).

⁴⁵ Zum „Miesbacher Anzeiger“ und zu Thomas Anonymität vgl. Wilhelm Volkert (Hg.): *Ludwig Thoma. Sämtliche Beiträge aus dem „Miesbacher Anzeiger“ 1920/21*. München/Zürich 1889, S. 450–452.

⁴⁶ Der vollständige Wortlaut des Artikels in: ebd., S. 204–206, Zitat: S. 205.

⁴⁷ Ebd.

[= heruntergekommenen, abgelebten] Narr“ und gehöre ins Narrenhaus:⁴⁸ „Die sogenannten Ideen, die sich diese erkrankten Gehirne zusammensuchen und die sie mit der Leidenschaftlichkeit aller Geisteskranken verbreiten, sind nur Aufreizungen für den arbeitsscheuen, blutrünstigen Pöbel.“⁴⁹ Von einer psychischen Erkrankung des Pazifisten Karl Gareis ist übrigens nichts bekannt, er wurde wenige Monate nach dem Angriff Thomas im Juni 1921 Opfer eines politischen Mordanschlags.⁵⁰

Alfred Hoche, ebenfalls der Vaterlandspartei angehörend, beschwor noch 1918 intensiv den Gemeinschaftsgedanken: Ein mit einem entsprechenden Sensorium ausgestatteter Außerirdischer wäre sehr erstaunt, wenn er wahrnehmen könnte, „wie in ganz bestimmter geographischer Abgrenzung eine vollkommen gleichgerichtete seelische Einstellung bestimmter Volksmassen“ und „eine Zusammenschweißung vieler Millionen Einzelexemplare von Bewußtsein zu einem gewaltigen Sammelbewußtsein, das wir als Volksseele bezeichnen“, stattgefunden hätte.⁵¹ Aber nicht nur die positive Beschwörung der „Volksseele“ spielte bei ihm eine Rolle, viel mehr noch waren es konterrevolutionäre Fantasien, in deren Mittelpunkt wiederum die „Psychopathologie“ der Revolution stand. Außenseiter seien es, die das politische und öffentliche Leben der jungen Republik dominierten, darunter Vertreter einer selbst erklärten künstlerischen Avantgarde. Da akute Krisen, politische Reformen und künstlerische Moderne hier zusammengingen, wurden diese Phänomene unter dem Gesichtspunkt der Zerstörung von Gemeinschaft und Sicherheit, Autorität und Kultur als krankhaft wahrgenommen.⁵² Oswald Bumke (1877–1950) urteilte in seiner Breslauer Abschiedsvorlesung im Jahr 1920 aus psychiatrischer Sicht über Zeitereignisse und Zeitgenossen: „Ich weiß, daß ich mit der Einstellung des Arztes, des Psychologen und Kriminalpsychologen den Ereignissen der letzten Jahre anders gegenübergestanden habe als viele andere. [...] In den Symptomen des Niedergangs, über die sich so viele entrüetet haben, habe ich nichts erblicken können als Krankheitserscheinungen, als die Formen, unter denen sich der Zusammenbruch eines durch vier Jahre hindurch unerhört belasteten großen Volkes schließlich vollziehen mußte.“⁵³ Bumke, Schüler Hoches, ging 1920 von Breslau zunächst nach Leipzig. 1924 übernahm er als Nachfolger Kraepelins die Professur für Psychiatrie in München und die dortige psychiatrische Klinik.⁵⁴ In der zweiten Auflage seines Buches „Kultur und Entartung“ von

⁴⁸ Ebd.

⁴⁹ Ebd.

⁵⁰ Volkert (Hg.): Ludwig Thoma (wie Anm. 45), S. 454, S. 462f.

⁵¹ Alfred Hoche: Politische Denkfehler. In: Kriegshefte der süddeutschen Monatshefte (April 1918 bis September 1918) 15 (1917/18) 2, S. 315–330, hier: S. 319.

⁵² Detlev J. K. Peukert: Die Weimarer Republik. Krisenjahre der Klassischen Moderne. Frankfurt a. M. 1987, S. 89; vgl. auch Thomas Nipperdey: Probleme der Modernisierung in Deutschland (1979). In: ders.: Nachdenken über die deutsche Geschichte. Essays. München 1986, S. 44–59.

⁵³ Bumke: Erinnerungen (wie Anm. 1), S. 83.

⁵⁴ Max Mikorey: Bumke, Oswald. In: NDB 3 (1957), S. 15f.; online zugänglich unter: <http://www.deutsche-biographie.de/pnd117155365.html> (letzter Zugriff am 9. 10. 2015).

1922 bekräftigte er noch einmal, dass er in dem Zusammenbruch 1918/19 eine „an sich notwendige Folge der unerhörtesten seelischen und körperlichen Belastung eines Volkes, und zwar eine krankhafte Folge“ sah.⁵⁵

In München, dem „Zentrum der mitteleuropäischen Gegenrevolution“,⁵⁶ waren zahlreiche Führer der Räterepublik nach deren Zusammenbruch in der psychiatrischen Universitätsklinik unter Leitung Emil Kraepelins begutachtet worden; Kraepelins Assistent Eugen Kahn publizierte eine Auswahl dieser Fälle (15 von insgesamt 66), kategorisierte sie (ethisch defekte Psychopathen, hysterische Persönlichkeiten, fanatische Psychopathen, Manisch-Depressive) und bescheinigte den zu medizinischen Untersuchungsobjekten gewordenen politischen Revolutionären in einer geradezu makaber anmutenden Merkmalsliste das Vorhandensein einer Geisteskrankheit:⁵⁷ Ernst Toller sei der „Prototyp eines hysterischen Dégénéérés“,⁵⁸ Erich Mühsam ein „fanatischer Psychopath“ und „verschrobener Vertreter seiner Idee“,⁵⁹ Rudolf Eglhofer ein Verbrechertyp und „antisozialer

⁵⁵ Oswald Bumke: *Kultur und Entartung*. Berlin ²1922, S. 104. Die erste Auflage war 1912 unter dem Titel „Über nervöse Entartung“ in Berlin erschienen; zur Entstehung des Buches im Kontext des „Entartungsdiskurses“ vor dem Ersten Weltkrieg vgl. Volker Roelcke: *Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914)*. Frankfurt a. M./New York 1999, S. 176–178.

⁵⁶ Bruno Thoss: *Der Ludendorff-Kreis 1919–1923. München als Zentrum der mitteleuropäischen Gegenrevolution zwischen Revolution und Hitler-Putsch (= Miscellanea Bavarica Monacensia, Bd. 78)*. München 1978.

⁵⁷ Kahn: *Psychopathen als revolutionäre Führer* (wie Anm. 16).

⁵⁸ Ebd., S. 96; Ernst Toller wird nur notdürftig als „Erwin Sinner, 26 Jahre, led., stud. jur.“ anonymisiert. In seinen Erinnerungen beschreibt Toller die Situation in der Psychiatrischen Universitätsklinik, in welcher er 1917 in der Folge eines psychischen Zusammenbruchs von Emil Kraepelin bzw. von dessen Tochter (und Assistenzärztin) Toni untersucht wurde: „Abends besucht uns eine junge Ärztin, die Tochter des Professors Kräpelin, sie kommt an mein Bett, freundlich zittert ihr Kneifer, ich bitte sie leise um ein Schlafmittel, ich weiß nicht, ob meine Nerven einer dritten schlaflosen Nacht standhalten, heftig schwankt der Kneifer: – Das glaub ich, erst das Vaterland verraten und dann so schlapp sein und Schlafmittel verlangen! Schon beugt sie sich über das Bett eines Idioten: – Nicht wahr, Herr Schmidt, sie waren an der Front, Sie würden nicht dem Feinde Vorschub leisten? Blöde stiert Herr Schmidt.“ [...] „Der Direktor der psychiatrischen Klinik ist jener berühmte Professor Kräpelin, der in einem Münchener Bierkeller einen Bund zur Niederkämpfung Englands gegründet hat. – Herr, fährt er mich an, als ich ihm vorgeführt werde, wie können Sie es wagen, die berechtigten Machtansprüche Deutschlands zu leugnen, dieser Krieg wird gewonnen, Deutschland braucht neuen Lebensraum, Belgien und die baltischen Provinzen, Sie sind schuld, daß Paris nicht erobert ist, sie verhindern den Siegfrieden, der Feind heißt England. Das Gesicht des Herrn Professor rötet sich, mit dem Pathos des manischen Versammlungsredners sucht er mich von der Notwendigkeit alld deutscher Politik zu überzeugen, ich lerne, daß es zwei Arten Kranke gibt, die harmlosen liegen in vergitterten, klinkenlosen Stuben und heißen Irre, die gefährlichen weisen nach, daß Hunger ein Volk erzieht und gründen Bünde zur Niederwerfung Englands, sie dürfen die harmlosen einsperren. [...] – Nicht länger dabehalten als notwendig, schnarrt seine Stimme.“; Ernst Toller: *Eine Jugend in Deutschland*. Reinbek bei Hamburg ²⁰2009, S. 77f. Das damalige Gutachten über Toller in: Kraepelin: *Kraepelin in München II* (wie Anm. 40), S. 145–177.

⁵⁹ Kahn: *Psychopathen als revolutionäre Führer* (wie Anm. 16), S. 97f. (anonymisiert als: Werner Leidig, 41 Jahre, verh., Schriftsteller).

Psychopath“.⁶⁰ Der „echte Führer“ unterschied sich seines Erachtens vom Revolutionär „durch überragende schöpferische und kritische Intelligenz, durch den unbeugsamen, unbeirraren und reinen Willen und durch die vollkommene Beherrschung der Affekte“.⁶¹

Auch Karl Bonhoeffer (1968–1948), Direktor der Psychiatrischen und Nerven-klinik der Charité seit 1912 und von 1920 bis 1934 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, äußerte sich über einen Zeitraum von mehr als dreißig Jahren zwischen 1914 und 1947 mehrfach zur Frage, inwieweit politische, soziale und kulturelle Zustände einer psychopathologischen Betrachtung zugänglich seien,⁶² und er blieb dabei, was seine Schlüsse angeht, bemerkenswert konstant.⁶³ Bonhoeffer wies regelmäßig auf die Unabhängigkeit psychischer Erkrankungen von äußeren Schädigungen hin: „Der Krieg schafft mehr Erkrankungen, aber keine neuen Krankheiten.“⁶⁴ Er stellte außerdem fest, dass es sich bei „Schreckemotionen“ und Schockwirkungen, wie sie vielfach im Krieg beobachtet worden seien, nach zeitgenössischer Terminologie vorwiegend um aus der Konstitution erwachsene Manifestationen handele,⁶⁵ die bei den Psychopathen zudem häufig durch ein „Willensmoment“ geprägt seien; dabei schwang in seiner Beurteilung auch der Gedanke der Beeinflussung und Erziehung dieser Individuen mit. „Rassehygienisch“, auch dies thematisierte Bonhoeffer regelmäßig, sei „der Zustand der Psychopathenauslese“ für ihn unbefriedigend: ihre „volle Beseitigung“ liefe auf eine „Nivellierung in der Richtung der Durchschnittlichkeit und der Subalternität“ hinaus; andererseits sei die Auslese, die der moderne Krieg getroffen habe, „in hohem Maße dysgenisch“; allein was von den „Psychopathien unter [...] [den] Gefallenen war, dürfte nach zahlreichen Erfahrungen zum großen Teil dem Typus der wertvollen Psychopathen zugehört haben“.⁶⁶ Bonhoeffer hatte bereits 1914

⁶⁰ Ebd., S. 94 (anonymisiert als: Robert Iglauer, 23 Jahre, led., Matrose).

⁶¹ Ebd., S. 101f. Kahn und Kraepelin wurden scharf kritisiert von: Fidelis [= Felix Boenheim]: Deutschlands Psychiater in ihrer Stellung zu den Revolutionären. In: Das Forum 4 (1919/20), S. 397–400, obwohl Boenheim Ernst Toller durchaus distanziert gegenüberstand: „Nicht unser Freund. [...] Auch ich glaube, daß Ernst Toller ein Psychopath ist. Aber was will denn das besagen? Herr Kahn, als Fachmann, könnte doch wissen, daß man endlich auch in psychiatrischen Kreisen so weit ist, daß das Wort ‚Psychopath‘ nicht ein Werturteil ist. [...] Solche psychopathischen Personen können Gipfel der kulturellen und geistigen Entwicklung darstellen [...]“; ebd., S. 398.

⁶² Karl Bonhoeffer: Inwieweit sind politische, soziale und kulturelle Zustände einer psychopathologischen Betrachtung zugänglich? In: Klinische Wochenschrift 2 (1923), S. 598–601.

⁶³ Karl Bonhoeffer: Psychiatrie und Krieg. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 40 (1914) 40, S. 1777–1779; ders.: Psychopathologisches aus der Nachkriegszeit. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 28 (1931), S. 138–142; ders.: Psychopathologische Erfahrungen und Lehren des Weltkriegs. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 60 (1934) 31, S. 1212–1215; ders.: Vergleichende psychopathologische Erfahrungen aus beiden Weltkriegen. In: Der Nervenarzt 18 (1947), S. 1–4.

⁶⁴ Bonhoeffer: Psychiatrie und Krieg (wie Anm. 63), S. 1778.

⁶⁵ Karl Bonhoeffer: Zur Frage der Schreckpsychosen. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 46 (1919) 3, S. 143–156, hier: S. 150.

⁶⁶ Ders.: Psychopathologische Erfahrungen (wie Anm. 63), S. 1215.

hinsichtlich der praktischen Bedeutung der Psychiatrie im Krieg festgestellt, dass diese das Heer von Individuen befreien könne, die zwar an sich nicht geisteskrank seien, jedoch „nach ihrer psychischen Konstitution“ in absehbarer Zeit den Strapazen des Dienstes nicht mehr gewachsen und damit dafür disponiert seien, aufgrund ihrer psychischen Labilität aus dem Gleichgewicht geworfen zu werden.⁶⁷ Betroffen seien vor allem „die angeborenen psychopathischen Zustände, die verschiedenen Abstufungen der intellektuellen Defektzustände und die psychopathischen Konstitutionen“, deren soziale Anpassungsfähigkeit innerhalb des „Heeresorganismus“ versage.⁶⁸ „Fast ausnahmslos“, so Bonhoeffer, „ließ sich feststellen, daß es sich um Individuen handelte, die schon früher konstitutionell psychopathische Erscheinungen dargeboten hatten.“⁶⁹ Und die diese, möchte man hinzufügen, wohl auch künftig wieder zeigen würden.

Nach dem Krieg äußerte Bonhoeffer sich dann 1923 dazu, ob auf gesellschaftliche und „kulturelle Erscheinungen eine den Erfahrungen und der Methodik der Individualpsychopathologie entnommene Betrachtungsweise anzuwenden“ sei.⁷⁰ Er bezog sich dabei auf Autoren, die glaubten, in „biologischem Sinne eine Pathologie unserer Kulturwelt aufzeigen zu können, und die eine Gesundung unserer Verhältnisse recht eigentlich von den Biologen, Psychologen und Psychiatern“ erwarteten.⁷¹ Bonhoeffer hielt fest, dass ein „fremd anmutender, absurd erscheinender Inhalt irgendwelcher zeitbeherrschender Ideen oder aus der Zeit herausfallender Ideen“ an sich nicht krankhaft sei und damit kein Handlungsfeld der Psychiatrie darstelle – im Gegenteil: „Man darf wohl sagen, dass nichts so sehr imstande ist, die Psychiatrie und mit ihr die Medizin zu diskreditieren, als wenn sie mit dem Anspruch wissenschaftlicher, also scheinbar objektiver Methodik zeitbewegende Ideen um ihres Inhaltes willen für ihr Ressort in Anspruch nehmen will.“ Fraglich bleibe nun allerdings, ob auch bei „sozial, politisch oder aus sonstiger Ideengemeinschaft zusammengehörigen Gesellschaftskreisen Bewußtseinsvorgänge auftreten“ könnten, die im sozialen Leben zu etwas der individuellen Wahnbildung Wesensverwandtem führten. Diese Frage wird von Bonhoeffer eindeutig bejaht: „Es ist kein Zweifel, daß wir im Leben der Völker Erscheinungen begegnen, die dem psychischen Mechanismus dessen entsprechen, was uns aus der Psychiatrie als induziertes Irresein bekannt ist. [...] Das ist der psychische Boden, auf dem wir psychische Epidemien entstehen sehen.“⁷² Dem Verhältnis von Masse und Individuum maß Bonhoeffer große Bedeutung bei: „Wir stehen in einer Zeit der Lösung und des teilweisen Zusammenbruchs von lebensbeherrschenden, überwertigen, traditionellen Ideen, die bisher große Massen von Individuen zu politischen, gesellschaftlichen und religiösen Gemeinschaften zusammengeschlos-

⁶⁷ Ders.: Psychiatrie und Krieg (wie Anm. 63), S. 1777.

⁶⁸ Ebd.

⁶⁹ Ebd., S. 1778.

⁷⁰ Bonhoeffer: Politische, soziale und kulturelle Zustände (wie Anm. 62), S. 598.

⁷¹ Ebd.

⁷² Ebd., S. 599.

sen hatten. [...] Eine Art Absplittierungsgefühl läßt starke centripetale Affekte frei werden, die zum Zusammenschluß mit anderen Individuen [...] drängen. Es wird durch den Verlust der Gemeinschaftsidee gewissermaßen der bis dahin gebundene Affekt für die Bildung neuer gemeinschaftsbeherrschenden [sic] überwertigen [sic] Ideen frei.“⁷³ Auf der anderen Seite habe die Revolution psychopathische oder sogar psychotische Typen zu Führern emporgehoben: „Es wird kaum einen Psychiater geben, der nicht in jener Zeit einen oder den anderen Bekannten aus der Klinik plötzlich an irgendeiner Stelle in führender Stellung sah.“⁷⁴ Bonhoeffer verweist in diesem Zusammenhang auf die, wie er betont, sorgfältigen Feststellungen Kahns, die dieser an den in Bayern hervorgetretenen Individuen angestellt hatte.⁷⁵ Bonhoeffer resümiert 1923: „Soweit man in unserer Zeit von krankhaft bedingten, kulturellen und sozialen Erscheinungen sprechen kann, sind sie verursacht durch eine abnorme Affektivität der Masse, die durch eine besondere Affinität mit gewissen psychopathischen Führertypen in ihrem pathologischen Charakter eine Steigerung erfährt.“⁷⁶

Im Jahr 1931 auf die friedlose Nachkriegszeit zurückblickend, thematisierte Bonhoeffer erneut die Gruppe derjenigen, „die durch Abweichungen und Unausgeglichenheiten auf dem Gebiete der Persönlichkeitsentwicklung, des Charakters, der Willensleistung, der Affektivität und Gemütsreaktion, der Phantasie und des Trieblebens bei zureichender oder verminderter Intelligenz Anpassungsschwierigkeiten im Leben zeigen, mit einem Wort: die Psychopathien“.⁷⁷ Es bestehe kein Zweifel, dass „durch den andauernden psychischen Druck der Kriegsjahre psychopathische Veranlagungen auch leichtester Art, die unter normalen Lebensverhältnissen sicherlich durchaus angepaßt geblieben wären, zu pathologischen Reaktionen“ geführt hätten. Viele Zehntausende seien es gewesen, die damit „ein nicht unwesentliches Moment zu Defaitismus“ hinter der Front gebildet und wesentlich auch die revolutionären Ereignisse am Ende des Krieges mitbestimmt hätten: „Allen im Gedächtnis sind noch die zu einer Art Erwerbslosengilde zusammengeschlossenen auf der Straße bettelnden Zitterer und schließlich als eine groteske Ausgeburt revolutionären Psychopathentums, die Organisation der Deserteure, die der Regierung ihre Forderungen präsentierte.“⁷⁸

Es ist festzuhalten, dass Psychiater als Angehörige des akademischen Bürgertums, die häufig im Offiziersrang auch aktiven Kriegsdienst leisteten, sich überwiegend nicht aktiv an den politischen und revolutionären Auseinandersetzungen beteiligt hatten. Während die Hauptziele der Revolution – politische Partizipation, soziale (auch geschlechtliche) Gleichstellung, ökonomische Mitbestimmung – zentralen Modernisierungsparadigmen entsprachen, scheint im psychiat-

⁷³ Ebd., S. 600 (Hervorhebungen im Original nicht berücksichtigt).

⁷⁴ Ebd.

⁷⁵ Kahn: Psychopathen als revolutionäre Führer (wie Anm. 16).

⁷⁶ Bonhoeffer: Politische, soziale und kulturelle Zustände (wie Anm. 62), S. 601 (Hervorhebungen im Original nicht berücksichtigt).

⁷⁷ Bonhoeffer: Psychopathologisches aus der Nachkriegszeit (wie Anm. 63), S. 140.

⁷⁸ Ebd., S. 140f.

risch geprägten Diskurs ein anderer Entwurf auf, nämlich der eines maßgeblich auch von medizinischer (männlicher) Expertise geprägten Gemeinwesens. Mitbestimmend für diese Anmaßung war, dass die Erinnerungskultur an das Front- und Kriegeserlebnis im Sozialmilieu des national-konservativen Lagers vom traditionellen Wertesystem und hier besonders von der nationalen (soldatischen) Pflichterfüllung dominiert wurde. Als traumatisches Ereignis sah man weniger den Krieg selbst an, sondern vielmehr die Tatsache, dass, und die Frage, wie und zu welchem Preis er verloren worden war. Frühere Denk- und Handlungsweisen wurden nicht aufgegeben; Revisionismus und Revanchismus drängten vielmehr auf einen erneuten Waffengang und einen rächenden Sieg.⁷⁹ So haben wir es gerade auch vor dem Hintergrund der erzwungenen militärischen Abrüstung mit einer fortbestehenden Präsenz des Krieges in der Gesellschaft zu tun, repräsentiert nicht zuletzt durch die Betonung kriegerischer Männlichkeit und durch eine mentale Aufrüstung, an der sich auch die Psychiater beteiligten. Da man als Ursachen der Niederlage moralische Schwäche, innere Zerrissenheit und mangelnden Wehrwillen zu erkennen glaubte, lag es nahe, diese Erscheinungen zu pathologisieren: Im Umkehrschluss konnten über den Weg der Auslese und Eugenik Perspektiven für eine wehrhafte Zukunft aufgezeigt werden, die auch zu einem Bedeutungszuwachs der Psychiatrie führen sollten. Materielle und personelle Nachteile sollten durch die Höherbewertung „geistiger“ und charakterlicher Fähigkeiten sowie konstitutioneller Eigenschaften ausgeglichen werden. Das Idealbild des nervenstarken Kriegers richtete sich ja gerade auch gegen den willensschwachen Traumatiker, den Kriegsneurotiker, den verweichlichten und träumerischen Pazifisten, gegen alle „kulturell“ und „erblich minderwertigen“ Psychopathen, die außerhalb der Gesellschaft standen, weil nur derjenige dazugehören konnte, der seinen Beitrag zur Wehrhaftmachung leistete.⁸⁰ Hier wirkte der politisch motivierte Anspruch, mit psychiatrischen und erbbiologischen Methoden eine vor dem Hintergrund der Verluste an wertvollem „Menschenmaterial“ als bedrohlich wahrgenommene Kontraselektion – Kurt Hildebrandt sprach in diesem Zusammenhang von einer „relativen Rassenentartung“⁸¹ – abzumildern. Dass Kulturpessimismus und Existenzangst medizinisch entgegengewirkt wurde, stellte für die Psychiater keine „materialistische Verirrung“ dar. Hier wurde keine Gesellschafts- und Ideologiekritik auf der Ebene von Metaphern geübt, sondern eine Änderung der Verhältnisse unter Anwendung (natur-)wissenschaftlich-psychiatrischer Methoden, mithin gründlich und in der eigenen Vorstellungswelt auch überzeugend, angestrebt.

⁷⁹ Horst Carl u. a.: Krieg und Kriegsniederlage – historische Erfahrung und Erinnerung. In: dies. (Hg.): Kriegsniederlagen. Erfahrungen und Erinnerungen. Berlin 2004, S. 1–14, hier: S. 2.

⁸⁰ Rüdiger Bergien: Die bellizistische Republik. Wehrkonsens und „Wehrhaftmachung“ in Deutschland 1918–1933 (= Ordnungssysteme. Studien zur Ideengeschichte der Neuzeit, Bd. 35). München 2012.

⁸¹ Kurt Hildebrandt: Norm und Entartung des Menschen. Dresden 1920, S. 226–229; vgl. auch: ders.: Norm, Entartung, Verfall. Bezogen auf den Einzelnen, die Rasse, den Staat. Berlin 1934, S. 245–254.

Abstract

Although the revolution, as an ostensible symptom of social illness, did not come under the competence of the psychiatric field, a large number of German psychiatrists were inclined to consider the political and social upheaval in the era following World War I as a psychiatric issue. Yet at the same time, those psychiatrists whose goal it was to deprecate parliamentary democracy and its protagonists by psychopathologizing the revolution and its participants, were largely found on the conservative side of the political spectrum. In their perception popular government and the reciprocity between the masses and its leaders went hand in hand with notions of ignorance, dependency and suggestibility. Especially conservative opponents of a liberal and pluralistic form of government, quite often members of the 'Vaterlandspartei' and including a number of prominent psychiatrists, attempted to contrast the features of a secular 'class society' with the values of a mythic and idealized national community, which was regarded as a prerequisite for the re-empowerment of Germany. This politically motivated goal was also to be attained by employing psychiatric (and hereditary) means. Thus, psychiatrists did their part in the development of revanchism and the counterrevolution by claiming that a 'recovery of conditions' was necessary.

Kai Sammet

Wozu man die Schizophrenie gebrauchen kann:
Semantik, Pragmatik, Öffentlichkeit(en) zwischen
ca. 1910 und 1930

Schizophrenie „mit Abwandlungen“

Der Heidelberger Psychiater Karl Wilmanns bemerkte 1922, die Geschichte der *Dementia praecox* sei die Geschichte der Psychiatrie der letzten dreißig Jahre. Darf man das *wörtlich* nehmen? Sicher war diese Aussage auch Rhetorik: Wilmanns referierte auf der Jahrestagung des „Vereins für Psychiatrie“ über die Entwicklung der *Dementia praecox*-Lehre und rechtfertigte mit seiner Formulierung, dass er deren Geschichte nur in „Umrissen zeichnen“ könne.¹ Dennoch: Gesagt ist gesagt. Die *Dementia praecox* wäre demnach also nicht nur das pochende Herz der Disziplin, sondern diese selbst. Wilmanns wollte die Bedeutung der Schizophrenie betonen; seine Formulierung hat semantischen Mehrwert. Gesagt ist gesagt, und: gesagt ist *getan*. Wilmanns *tat* etwas mit dieser Aussage, er gebrauchte sie für einen Zweck, und er gebrauchte das Konzept der Schizophrenie für einen Zweck. Und darauf kommt es an: Er deutete nicht, *was Schizophrenie ist*, sondern er verwendete dieses Konzept umgekehrt zur Deutung dessen, *was Psychiatrie ist*. Mir geht es im Folgenden um Gebrauch und Pragmatik der semantischen Konstruktionen der Schizophrenie als Deutungsfolien für anderes. Im bunten Strauß antirealistischer Epistemologien ist der Konstruktivismus nur die derzeit duftendste Blüte. Er untersucht die „Gemachtheit“ von Konzepten.² Bildlich gesprochen: Konstruktivisten interessiert, wie ein Hammer hergestellt wird. Was aber, wenn ein Konzept „verfertigt“ ist? Wird es petrifiziert, stets gleich verwendet, an andere Orte, in andere Kontexte transferiert – wie ein Tisch, der stets derselbe bleibt, unabhängig davon in welcher Wohnung er steht? Wörter seien „Verkehrsgut“ im Denkverkehr, so der polnische Wissenschaftshistoriker Ludwik Fleck. Ein Denkkollektiv (also: eine Öffentlichkeit) entstehe, wenn zwei Menschen Gedanken austauschten. Mitteilung von Wissen sei nicht „Translokation eines star-

¹ Karl Wilmanns: Die Schizophrenie. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 78 (1922), S. 325–372, hier: S. 325.

² Vgl. zur Schizophrenie Brigitta Bernet: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900. Zürich 2013.

ren Körpers“: Gedanken wandern vom einen zum andern, „jedesmal etwas umgeformt“, denn jeder knüpfe „andere Assoziationen an sie an“, der Empfänger verstehe den Gedanken nie genau so „wie ihn der Sender verstanden haben wollte“.³ Logisch gesprochen handelt es sich also um Begriffsextension und -intension. Die Extension des Begriffs meint den Umfang des Begriffs: Welche Gegenstände in der Welt fallen unter ihn – nun eben alle Schizophrenen. Intension meint die Prädikate oder Attribute des Begriffs: X ist schizophren, wenn die Symptome $S_1 \dots S_n$ vorliegen. Semiotisch gesprochen kann man Zeichenprozesse als dauerndes Modeln im relationalen Geviert von Zeichen, Designat, Interpretant und Interpret auffassen.⁴ Eine Spur im Sand (Zeichen) kann auf eine Schlange hinweisen (Designat). Ein Interpret (Schlangenphobiker) bildet den Interpretanten „Gefahr, Flucht“; ein anderer Interpret (Schlangenforscher) bildet dagegen den Interpretanten „Neugier, Stehenbleiben“. Überlegungen, die Pragmatik und Gebrauch von Konzepten akzentuieren, legen eine instrumentalistische Epistemologie nahe:⁵ Begriffe, Theorien sind Werkzeuge. Sie sind weder (Realismus) Abbilder der Wirklichkeit, noch zielt der Instrumentalismus auf „Konstruiertheit“. Werkzeuge sind multipel verwendbar: Mit einem Hammer kann ein Handwerker Nägel in die Wand schlagen; Serienmörder benutzen ihn anders (und für anderes). Transferiert der Verbrecher ihn aus seinem ursprünglichen Verwendungsgebiet in ein anderes? Man kann Hans Prinzhorns „Bildnerei der Geisteskranken“ als „Beispiel für Transferprozesse zwischen wissenschaftlichem und außerwissenschaftlichem Wissen“, zwischen psychiatrischer „Fachdiskussion“ und „im nicht wissenschaftlichen Kontext“ verbreiteter Sicht auf die Schizophrenie ansehen.⁶ Das ist das Tisch-Modell. Doch die Bedeutungen eines komplexen Zeichens wie Schizophrenie oszillieren immer. Spracherwerb (und die Konstruktion eines Begriffs) erfolgen in der Praxis, in spezifischen Kontexten (zum Beispiel in verschiedenen Kliniken); daher lösen Worte bei jedem unterschiedliche Assoziationen aus, das heißt Intensionen sind variabel.⁷ An der Heidelberger Klinik war, folgt man den Ausführungen Karl Jaspers, der dort 1908 bis 1915 tätig war, Kraepelins Psychiatrie „mit Abwandlungen“ verbindlich.⁸ Diagnosen, abgelesen an Kranken, zur Krankheitseinheit reifiziert, sind als semantische Konzepte nicht petrifiziert. Gab es je *ein* Krankheitsbild Schizophrenie? Bedeutungen wuchern, da sie gebraucht werden: Pragmatik sticht Semantik. Es gibt nicht *die* Schizophrenie, nur oszillierende Pluralitäten.

³ Ludwik Fleck: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt a. M. 1980, S. 145, S. 58.

⁴ Charles W. Morris: Grundlagen der Zeichentheorie. Frankfurt a. M. 1988.

⁵ Reinhard Heede: Instrumentalismus. In: Joachim Ritter/Karlfried Gründer (Hg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd. 4. Basel/Stuttgart 1976, Sp. 424–428.

⁶ Doris Kaufmann: Kunst, Psychiatrie und ‚schizophrenes Weltgefühl‘ in der Weimarer Republik. In: Matthias Bormuth/Klaus Podoll/Carsten Spitzer (Hg.): Kunst und Krankheit. Studien zur Pathographie. Göttingen 2007, S. 57–72, hier: S. 58.

⁷ Angela D. Friederici: Denn das Wort ist im großen Netz verborgen. In: FAZ, 19. 5. 2014, N 2.

⁸ Karl Jaspers: Philosophische Autobiographie. München 1977, S. 20.

Was hat das mit Öffentlichkeit(en) zu tun? Ich skizziere drei Beispiele, in denen Schizophrenie-Semantiken zur Deutung von Wahn und Werk Friedrich Hölderlins (1770–1843) benutzt wurden. Hölderlin erkrankte nach 1800 an einer Störung, die 1806 zur Aufnahme ins Tübinger Klinikum führte. Von Mai 1807 bis zu seinem Tod lebte er als Pflegling bei einer Handwerkerfamilie.⁹ Es geht im Folgenden nicht um Werk oder Krankengeschichte, sondern darum, was Autoren damit anstellten: 1909 schrieb Wilhelm Lange-Eichbaum eine Hölderlin-Pathografie, 1922 beschäftigte sich Karl Jaspers mit ihm, 1929 Alexander Mette. Zunächst zeige ich auf, wie jeder der Autoren die Schizophrenie(n) als Stoff für das Weben anderer Semantiken benutzte. Dann skizziere ich einige Konzepte von Öffentlichkeit. Es folgen verschiedene Kritikpunkte am traditionellen Öffentlichkeitsbegriff. Beides beziehe ich zurück auf meine Beispiele: Könnte die Betrachtung von Inhalten, dem Gebrauch von Schizophrenie-Semantiken, Ergänzungen zum Begriff der Öffentlichkeit(en) liefern?

Wilhelm Lange: Psychiatrie sticht Philologie

Wilhelm Lange studierte unter anderem in München Medizin; er promovierte bei Emil Kraepelin. Als Assistent Robert Gaupps in Tübingen schrieb er eine Hölderlin-Pathografie, die er dem Germanisten Franz Zinkernagel, Herausgeber der Werke Hölderlins, widmete.¹⁰

Wie las er Hölderlin? Die „Wissenschaft der Pathographie“ war eine Art Forensik: Sachverständige (das konnten nur Psychiater sein) erstellten für Literaturhistoriker Gutachten, damit diese beurteilen konnten, was an einem Werk abnorm war. Derjenige sei geistig normal, dessen Seele inneren Gesetzen der Gattung gehorche. Und das meinte, dass diese Seele ein geistiges Abbild der Außenwelt in sich bilden konnte. Psychopathen hätten ein „Zerrbild der Welt“, seien aber nicht geisteskrank (in diesem Fall käme Intelligenzminderung hinzu). Psychopathie ähnelte Nervosität, sei aber angeboren. Früh würden Lebensreize falsch verarbeitet. Ein Psychopath denke, fühle, wolle auf eine Art, die nicht zum angestrebten Zweck passe. Seine Widerstandsfähigkeit sei gering, ihm fehle die Harmonie der Person, er sei labil, widersprüchlich, unberechenbar, suggestibel (männliche Psychopathen seien unangemessen feminin, Suggestibilität passe nicht zum Mann), (zu) phantasievoll, sein Ich-Komplex sei hypertroph, Selbstzucht fehle, nur günstige Bedingungen (wie richtige Erziehung, Lenkung durch andere Personen, passende Berufswahl) verhinderten seinen Absturz.

⁹ Dieter Burdorf: Friedrich Hölderlin. München 2011, S. 14–29.

¹⁰ Zu Lange-Eichbaum und Zinkernagel: Klaus Schonauer: Germanistisch-psychiatrische Deutungs rivalität um Hölderlin in erster Instanz: Wilhelm Lange und Norbert von Hellingrath. In: Uwe Gonthier/Jann E. Schlimme (Hg.): Hölderlin und die Psychiatrie. Bonn 2010, S. 140–176 (dort weitere Literatur). Zum Folgenden: Wilhelm Lange: Hölderlin. Eine Pathographie. Stuttgart 1909.

Bei der Beurteilung spielte der Gesichtsausdruck eine große Rolle. Alle Porträts Hölderlins zeigten einen schwärmerischen Theologenjüngling: weltfremd und voll Seelenadel, aber ohne robuste Männlichkeit. Er habe Hang zum Abstrakten, aber kein Talent dafür gehabt, seine Begriffe seien diffus, er neige zur Weltflucht, habe schöne Verse machen wollen. Die Basis der Psychopathie liege in seinen Gefühlen, er habe Affektauslenkungen gehabt, rauschhafte Gefühle, ihm fehlte Realitätssinn. Gehörte all das nicht zur Romantik? Romantiker liebten Halbdunkel und Katholizismus. Psychopathie und Romantik seien eins. Romantische Literaturbewegungen seien von Psychopathen begründet, denen psychisch-epidemisch viele Psychopathen folgten, durch Suggestion würden gar Normale mitgerissen. Auf psychopathischer Basis habe Hölderlin Depressionen entwickelt, Ausdruck einer Verflechtung von Umwelt und Anlage. Hölderlin sei nicht nur Opfer der Umstände, vieles sei Anlage gewesen. Manches entspreche auch einem typischen Künstlerschicksal, nicht seiner Psychopathie.

Die sichtbaren Symptome der Geisteskrankheit vervollständigten das lückenhafte Bild. Hölderlin, so Lange, litte an einer Katatonie, die kraepelianisch beschrieben wurde: Sie wurde von ihm verstanden als eine Unterform der *Dementia praecox*, gekennzeichnet durch Beginn im frühen Lebensalter und Ausgang in Blödsinn. Die Wissenschaft habe durch Beobachtung von Entstehung, Verlauf und Ausgang eine natürliche Krankheitseinheit entdeckt, einen Abbauprozess, in 70 % der Fälle ließe sich eine Hirnveränderung feststellen. Kranke halluzinierten, ihre Aufmerksamkeit sei gestört, sie seien leicht ablenkbar oder blieben an einer Vorstellung haften (*Sperrung*). Normales, von Leit- und Zielvorstellungen beherrschtes Denken ginge verloren, es käme zu Zerfahrenheit, Manieriertheit, die Steuerung fehlte. Darunter litten besonders differenziertere ethische und ästhetische Regungen: Lange hatte noch nie künstlerisch Relevantes von Schizophrenen gesehen. Willenssperrung und Negativismus waren Ausdruck katatoner Bewegungsstörungen, immer mangelte es an Schönheit und Anmut. In Gedichten fand man völlig leere Banalitäten. Am Ende blieb gewissermaßen ein ausgebrannter Krater zurück.

Bei Hölderlin fehlten (fremd-)anamnestische Daten. Doch seine Kunst sei, so Lange, ein präziser Seismograph seiner Leistungen. Demnach habe er 1802 einen ersten Schub erlitten: Transparenz und Struktur des Denkens seien geschwunden, ebenso das Stilgefühl sowie das Gefühl für den Unterschied zwischen Dichtungs- und Alltagssprache. Lange entdeckte seltsame Wortkomposita. In „Der Gang aufs Land. An Landauer“ fielen substantivierte, abstrakte Adjektive auf.¹¹ Hatte Hölderlin Halluzinationen gehabt? Stellen in „Patmos“ sprächen dafür („Im Zorne sichtbar sah ich einmal/ Des Himmels Herrn“).¹² Die freien Rhythmen einiger später Gedichte erschienen nicht als Fortschritt, sondern wurden als Ausdruck

¹¹ Vgl. z. B. Friedrich Hölderlin: Der Gang aufs Land. An Landauer, Z. 1: „Komm! ins Offene, Freund! zwar glänzt ein Weniges heute/Nur herunter“. Abgedruckt in: Friedrich Hölderlin: Sämtliche Gedichte. Text und Kommentar. Hg. von Jürgen Schmidt. Frankfurt a. M. 2005, S. 276.

¹² Hölderlin: Gedichte (wie Anm. 11), S. 355, Z. 171f.

sinkender Formbeherrschung bewertet. In „Andenken“ fand Lange Geschraubtes („noch denket das mir wohl“ für: „ich kann mich erinnern“). Das Weglassen des Artikels in „Patmos“ war seiner Meinung nach maniert, das Gedicht insgesamt wirr. Man erahne manchmal Sinn, jeder würde aber „sagen: das verstehe ich nicht.“ Hölderlins Intelligenz – davon war Lange überzeugt – sank, auch wenn er nicht völlig „verblödete“. Während seines Klinikaufenthalts erhielt er Mittel gegen die „Torpidität“ des Nervensystems – das durfte man als katatonischen Stupor übersetzen –; durchgehend also deutete Lange Hölderlins Sprache und Verhalten retrospektiv mithilfe der psychiatrischen Diagnostik um 1900.

Die Lange zugänglichen Urteile über Hölderlins Wahn waren ernüchternd: Drei Ärzte hatten Hölderlin „begutachtet“, nur einer von ihnen war kein Psychiater. Genau dieser stellte bei dem Dichter auch keine Psychose fest. Lange ließ jedoch nur die psychiatrischen Gutachten gelten. Für ihn war klar: Hölderlin war ein Psychopath. Als solcher hatte er sein Werk geschaffen; er wurde später geisteskrank, aber mit seiner dichterischen Leistung hatte die Katatonie nichts zu tun.

Es ist leicht, Argumente gegen Lange vorzubringen. Er machte Fehler.¹³ Er spielte die Romantik gegen die Klassik aus.¹⁴ Er wollte ‚gemeinverständlich‘ sein und diese Popularisierung erforderte eine Reduktion von Komplexität. Diese Aufgabe löste Lange durch *vereinfachende Vereindeutigung*:¹⁵ Er leimte Hölderlins Person aus Stereotypen zusammen; das Ergebnis war ein Hybrid aus romanischem Jüngling, *Décadent* und Massenpsychologiediskurs.

Alexander Mette: *Sturm* und expressionistische Wortkunst

Mette ging es um die *Sprache* Schizophrener, die er als eindrucksvolles Symptom betrachtete. Sprache – davon war er überzeugt – ließ in die Psyche des Sprechers blicken.¹⁶ Poetik untersuchte „Formeigentümlichkeiten“ der Sprache, fragte nach psychischen Bedingungen dichterischen Schaffens; somit könne man auch pathologische Sprache mittels Poetik untersuchen. Gab es gemeinsame Grundlagen für Dichtung *und* Psychose? Fand in der Krankheit eine psychische *Umwandlung* statt, deren Ergebnis den seelischen Grundlagen kreativer Prozesse ähnelte?

¹³ Als Beispiel hierfür: „noch denket mir das wohl“ ist nicht verschoben, also Krankheitssymptom, sondern ein dialektaler schwäbischer Ausdruck für „ich erinnere mich daran“; Hölderlin: Gedichte (wie Anm. 11), S. 1021.

¹⁴ Die Beziehungen zwischen Klassik und Romantik sind komplex; Lange nimmt erstens Goethes Aussage, das Klassische sei das Gesunde, das Romantische krank, zur Vorlage; vgl. Stefan Greif: Arbeitsbuch Deutsche Klassik. Paderborn 2008, S. 91. Zweitens folgt er Vorstellungen über Regelmäßigkeit, Vollkommenheit und Harmonie; vgl. dazu: Matthias Buschmeier/Kai Kauffmann: Einführung in die Literatur des Sturm und Drang und der Weimarer Klassik. Darmstadt 2010, S. 61.

¹⁵ So „übersetzte“ sich Lange die „Torpidität“ des Nervensystems, wegen derer Hölderlin in Tübingen Medikamente erhielt, unreflektiert als katatonen Stupor.

¹⁶ Zum Folgenden vgl. Alexander Mette: Über Beziehungen zwischen Spracheigentümlichkeiten Schizophrener und dichterischer Produktion. Dessau 1929.

Konnten sich Schizophrenie und Kreativität gegenseitig erhellen? Das waren interessante Fragen bezüglich der Deutungsmuster psychischer Krankheit. Hier fungierte die Schizophrenie als Deutungsfolie für die Quellen des Kreativen. Walter Morgenthaler, Entdecker des schizophrenen Künstlers Adolf Wölfli, glaubte 1921, dass die dem formalen Aufbau eines Bildes inhärenten Prozesse sichtbar würden: Die Schizophrenie zerlegte Denkfunktionen und machte so deren Verbindung im Gesunden deutlich.¹⁷ Die Schizophrenie fungierte gewissermaßen als Mikroskop zur Erkennung der Makro-Phänomene in Bildern. Das ist in doppeltem Sinn ein Deutungsmuster der Schizophrenie: Als *Krankheit* zeigt sie die Mikromorphe des Denkens; zugleich war sie Deutungsressource in Kunsttheorie und -psychologie insgesamt. Eine weitere Funktion zeigt sich, eine Art Rebound-Effekt. Erkenntnisse über Kreativität fördern das Wissen über die Schizophrenie. Mette behauptete, dass hinter der Ähnlichkeit von Krankheit und Kunst ein „verzweigtes Nebeneinander“ einer „einheitlichen Gesamterscheinung“ stecke.

In drei Schritten verband er Schizophrenie und Expressionismus. Er erörterte Schriften eines Patienten, schob Hölderlin in dessen Nähe und schließlich, *conclusio*, verwob er die Ergebnisse mit expressionistischer Wortkunst.

1. In den Schriften eines 25-jährigen Patienten gab es neben durch die Krankheit verursachten kognitiven Defekten auch Dichtung und Philosophie. Mette diagnostizierte eine klare Syntax, mustergültige Hypotaxe und Gliederung im Einzelsatz. Der Patient hatte ein gut entwickeltes und erhaltenes Sprachgefühl, das Wortmaterial war nicht bizarr, sondern kreativ, der Patient achtete auf Sprache, benutzte oft Abstrakta zum Ausdruck von Seelischem, umständlich-intensives Formulieren war Ausdrucksnot *und* Ausdrucksfähigkeit, er wollte exakt sein. So erschienen Neologismen sinnvoll, nicht krankhaft. Der Patient besaß – so Mette – psychologisches Gespür. In einem lyrischen Text fand Mette die „Pathetik dichterischer Erregung“. Genau dies – Stärke emotionalen Erlebens – sahen Poetologen als Wurzel des Schöpferischen.
2. Dann lobte Mette Hölderlins Neuinterpretation durch Norbert von Hellingrath, Germanist aus dem George-Kreis und Herausgeber des Hölderlin'schen Spätwerks. Die kaiserzeitliche Germanistik hatte dieses als krank gewertet. Besonders von Hellingrath leitete einen „Paradigmenwechsel“ ein.¹⁸ Er habe, so Mette, eine nachvollziehbare kontinuierliche Entwicklung Hölderlins bis 1805 bewiesen: Hölderlin gebe Gedachtes präzise wieder, benutze „kühne Komposita“. Dass von Hellingrath Krankheitsniederschläge aus kunsttheoretischer Sicht beurteilte, war für Mette Beleg dafür, dass Schizophrenie und Kreativität eng verwandt waren. Somit ließ sich Schizophrenes *auch* kunsttheoretisch erklären. Wie sein Patient habe auch Hölderlin oft jene Grenze berührt, an der das mit subjektivem Sinn „gefüllte Wort objektiv nicht ganz zureicht“. Mette benötigte weitere Patientenäußerungen für seine Argumentation. Hier

¹⁷ Walter Morgenthaler: Ein Geisteskranker als Künstler. Bern 1912, S. 83.

¹⁸ Vgl. dazu: Henning Bothe: ‚Ein Zeichen sind wir, deutungslos‘ – Die Rezeption Hölderlins von ihren Anfängen bis zu Stefan George. Stuttgart 1992.

griff er auf die Spracherzeugnisse einer Patientin (bei der die Syntax gelitten hatte) zurück. Fragile Syntax, „Haften am Anschaulichen und komplexen, symbolischen Charakter der Begriffsbildung“ zeigten für Mette erhöhte Emotionalität; *das* war der Grundunterschied zwischen Dichter und Durchschnittsmensch. Bei der Kranken standen Sätze „wie reichbewegte“, aber ziellose Semantiken nebeneinander. Der Gedankenfaden riss ab. Der Subjektivismus der Patientin, ihr einseitiger Ausdrucksdrang behinderte das Verständnis. Sprache besaß – so Mette – eine Ausdrucks- und eine Mitteilungsfunktion. Bei Schizophrenie finde sich ein Plus an Ausdruck, ein Minus an Kommunikation. Schizophrene neigten zum Rhythmus, daraus resultiere ihr Hang zur Lyrik. Nun war rhythmischer Stil aber auch charakteristisch für einen bestimmten gesunden psychischen Typus, der für seine Stärke emotionalen Erlebens bekannt war. Wenn das so war, dann war, was Schizophrene produzierten, nicht pathologisch, denn das gab es ja auch bei einem gesunden Typus.

3. Mette stellte ein Gedicht August Stramms einem Gedicht eines Schizophrenen gegenüber und entdeckte Ähnlichkeiten: Das Gedicht folgte Gesetzen der Wortkunst des *Sturmkreises* Herwarth Waldens. Dass das kein Zufall war, bewies die Theorie expressionistischer Lyrik. Demnach drückten Begriffe das Erleben von Ungreifbarem aus. Jeder Begriff war komplex; für ihn „die Sprachtongestalt“ zu finden, war die Aufgabe des Dichters als „Wortschöpfer“. Die „Wortgestalt als Einzelwort“ konzentrierte den Begriff in *ein* Wort. Das führte zur Verkürzung: Man ging zurück zum Stammwort (*bären* für *gebären*); Deklinations- wie Flexionsendungen und Artikel (wie bei Hölderlin) wurden weggelassen. Aus Wortverkürzung wurde Wortveränderung: Verben wurden substantiviert, Substantive zu Verben („Kind“: „kinder“). Im Satz erfolgte Verkürzung durch Weglassen von Präposition, Kopula; transitive Verben wurden intransitiv („Die Bäume und Blumen blühen“ wurde zu „Baum blüht Blume“).¹⁹ Verknäpungstechniken der Wortkunst gingen auf Kandinsky und den Futurismus zurück. Ein Wortkunstwerk war ein der Musik ähnliches „Sprachtonwerk“. Also spielten Klang und Rhythmus eine Rolle, aber auch Abstraktion als Ausdruck großer Beunruhigung. Diese Sprache sollte nicht denotativ sein, sondern „Wahrnehmung, Vorstellung und Empfindung in einen rhythmischen Fluss“ bringen und auf dahinterstehende Mächte verweisen.²⁰ Diese Techniken tauchten als zweckvoll auch bei Schizophrenie auf; die Gleichheit innerer Bedingungen machte sie verwandt mit dem Expressionismus. Mette näherte Schizophrenie und Dichtung noch weiter an mittels der ungelenken Äußerungen eines Imbezillen, die frühen Stufen emotionalen Lebens ähnelten. Schizophrene wiederholten magisch-symbolisches Denken „Primitiver“ oder von Kindern: Festgestellt wurde erneut ein Plus an Emotion und Ausdruck, ein Mangel an Kognition und Kommunikation. Die Schizophrenie bewirke – so Mette – eine Re-

¹⁹ Vgl. zum Folgenden: Thomas Anz: *Literatur des Expressionismus*. Stuttgart/Weimar 2010, S. 157–160.

²⁰ Frank Krause: *Literarischer Expressionismus*. Paderborn 2008, S. 158–160.

gression. Diese sei Ausdruck des Abbaus, der Seelisches auf frühere Entwicklungsstufen bringen würde. Zugleich steigerten sich einige Leistungen, die Krankheit setze *auch* produktive Kraft frei.

Auch gegen Mette lassen sich Einwände finden; hier sei nur die Gesamttendenz erwähnt. Er wählte für seine Verbindung von Schizophrenie und Wortkunst Passendes aus, versteckte Widersprüche, rückte Schizophrenie, Hölderlin und Wortkunst-Konstruktivismus so lange aneinander, bis sie sich leicht ineinander spiegeln ließen. Es überrascht nicht, dass Hölderlin von Mette zum Vorläufer der Wortkunst erklärt wurde.

Karl Jaspers: Philosophie – Existenz und Weltanschauung

Jaspers verstand Schizophrenie nicht *à la kraepelienne* wie Lange. Seines Erachtens war der Begriff der Schizophrenie mehrdeutig. Erstens ging er davon aus, dass es sich bei der Schizophrenie um einen organischen Prozess handelte, der aber nicht Ausdruck bekannter Hirnkrankheiten war und durch den die Kranken nicht wieder ihr früheres Leistungsniveau erreichten. Zweitens verstand Jaspers unter Schizophrenie verschiedenste psychische Veränderungen. Der *Prozess*, der nur kausal erklärbar, und die *Psychologie*, die dem Verstehen zugänglich war, ko-inzidierten weitgehend, jedoch nicht völlig.²¹

Jaspers erörterte in seiner vergleichenden Pathografie verschiedene Künstler (und einen Mystiker), die ihm als Beispiele für verschiedene Spielarten der Schizophrenie erschienen. Zuerst behandelte er August Strindberg, dann Friedrich Hölderlin, Emanuel Swedenborg und schließlich Vincent van Gogh. Warum traktierte Jaspers Strindberg, obwohl er ihn nicht leiden konnte? Genau aus diesem Grund. Strindbergs Störung war zentral für dessen *Existenz* und *Weltanschauung*. Jaspers konnte zentrale Begriffe seiner Philosophie darstellen: Er empfahl als Hintergrundlektüre zu seiner Pathografie nicht nur seine „Allgemeine Psychopathologie“ (1913), sondern auch seine „Psychologie der Weltanschauungen“ (1919),²² für ihn „die früheste Schrift“ der „Existenzphilosophie“.²³

Jaspers beschrieb Strindbergs „ursprüngliche Artung“²⁴ ähnlich wie Lange Hölderlins Psychopathie, buchstabierte das aber auf existenzphilosophisch. Strindberg sei empfindlich, egozentrisch, andererseits unsicher, disharmonisch. Ihm fehle „synthetisches Vermögen“. Die Schizophrenie habe 1882 unspezifisch begonnen, 1886 sei der erste Schub aufgetreten, dann habe sie sich unter anderem mit

²¹ Vgl. zum Folgenden: Karl Jaspers: Strindberg und Van Gogh. Versuch einer pathographischen Analyse unter vergleichender Heranziehung von Swedenborg und Hölderlin. Leipzig 1922.

²² Karl Jaspers: Allgemeine Psychopathologie. Für Studierende, Ärzte und Psychologen. Berlin 1913; ders.: Psychologie der Weltanschauungen. Berlin 1919.

²³ Jaspers: Autobiographie (wie Anm. 8), S. 33.

²⁴ Jaspers: Strindberg und Van Gogh (wie Anm. 21), S. 4.

Verfolgungsideen ausgebreitet und 1896 sei der Gipfel der Schizophrenie mit Halluzinationen erreicht worden. Es folgten paranoide Fluchten, ab 1898 sei der abgestumpfte Endzustand erkennbar gewesen.

Bei Strindberg gebe es keine sich in der gesamten *Existenz* entfaltende *Weltanschauung*, nur „formales Leben“, ohne „Idee humaner Totalität“. Was aber war bei Jaspers *Existenz*?²⁵ Wissenschaft beziehe sich – so Jaspers – auf Gegenstände, die Philosophie nicht. Sie zielen auf Sein, das ungegenständlich ist, sie gehe methodisch anders vor als die Wissenschaft. Transzendenz und Existenz seien die eigentlichen Gegenstände der Philosophie. Sein sei *Existenz*, wenn es einem dadurch gegenwärtig werde, dass man es selbst sei: Man könne viel über sich wissen, dann sei man sich Gegenstand. Aber man sei für sich selbst als Ich mehr als alles gegenständlich Wissbare. Sein sei *Transzendenz*, wenn es gegenständlich werde als *Chiffre*, es bliebe jedoch nur für Existenz erfassbar. Philosophie transzendiere Gegenständlichkeit, sie transzendiere die Subjekt-Objekt-Spaltung in zwei Schritten. Im *formalen* Transzendieren würden wir uns vom Gegenständlichen ins Gegenstandslose aufschwingen. Dann gingen wir wieder zurück: *Immanentes* Transzendieren sei Rückkehr in eine veränderte Gegenständlichkeit, das bezeichnet Jaspers als *Chiffren*, diese seien nicht sichtbar objektiven noch auch transzendenten Gegenstände, sondern Verweise auf Transzendenz.

Weltanschauung sei etwas „Ganzes“, „Universales“, sie „offenbart sich in Wertungen, Lebensgestaltung“, in der „erlebten Rangordnung der Werte“, das seien „Ideen, das Letzte und das Totale des Menschen, sowohl subjektiv als Erlebnis und Kraft und Gesinnung“²⁶ – all das fehle Strindberg. Der segele stets am Gegenwartswind, sei der geborene Literat. Bei ihm trete Formales in den Vordergrund, Zweifel, Bekämpfen, fanatisches Behaupten, daher komme sein endloser Wechsel von Weltanschauungen. Zwar verändere die Schizophrenie seine Weltanschauung hin zum Religiösen, das habe aber nur neues Material gebracht, jedoch keine neuen Ideen. Strindbergs Antifeminismus sei keine Weltanschauung. Sein Verhältnis zu Frauen erlebe er als Naturgewalt: leidenschaftlich oder kämpfend, aber nirgends könne man „gegenseitiges Verstehen“, „liebende Kommunikation“ der Partner erblicken, es gebe „keine innere Entwicklung im gegenseitigen Durchsichtigwerden, das zugleich ein Sichselbstdurchsichtigwerden“ sei. Strindberg sei ohne Drang zum immer weiter fragenden „Klarwerdenwollen“²⁷ gewesen.

Neben Kranken wie Strindberg gebe es Schizophrene ganz anderen Typs. Jeder Psychiater, der nicht nur Symptome jage, sondern sich philosophisch der Existenz annehme, mache eine spezifische Erfahrung (meist nur bei akut Schizophrenen im ersten Schub). Es sei, als ob sich diesen Kranken eine „metaphysische Tiefe offenbare“, Schauern, Seligkeit erzeuge, um sich im kognitiv defizitären Endzustand zu schließen. Die Lebensführung dieser Kranken werde unbedingter, leidenschaftli-

²⁵ In der Skizze zu Jaspers' Philosophie lehne ich mich eng an: Wolfgang Schüßler: Jaspers zur Einführung. Hamburg 1995, an.

²⁶ Karl Jaspers: Psychologie der Weltanschauungen. Berlin ²1922, S. 1.

²⁷ Jaspers: Strindberg und Van Gogh (wie Anm. 21), S. 68, S. 74.

cher, dämonisch. Wie ließ sich das verstehen? Jenseits der Realität existiere ja Sein, der ewige Geist, der sich in der Zeit in Gefühlen offenbare. Diese Kranken stünden dem Absoluten nahe. Bei Gesunden gedämpft, geordnet, zielgerichtet, bringe sich dies Dämonische hier „zum Durchbruch“; das sei nicht pathologisch, der Geist stehe „außerhalb des Gegensatzes gesund-krank“ (wie er ja auch über jeder Subjekt-Objekt-Spaltung stand). Die Psychose sei Bedingung dieses Durchbruchs, als ob „die Seele aufgelockert würde“; verstehen ließ sich das nur an einzigartigen Menschen, nur in „überragenden, denkkraftigen“, kreativen und „innerlich konsequenten Gestalten“ werde „das Eigentliche der feindlichen Mächte“ deutlich.²⁸ Daher behandelte Jaspers Hölderlin und van Gogh, Weltanschauungs- und Existenzmodellathleten: Die Psychose „ergriff eine Existenz“, wo sie etwas zum Vorschein brachte, was sonst nicht manifest geworden wäre. Van Goghs Bilder konnten dem Betrachter, dem die „Existenz der schizophrenen Welt zu den wesentlichen, erschütternden Tatsachen des Daseins gehört“ – so Jaspers – etwas begreifbar machen, was andere Kranke nicht zeigten. Die schizophrene Atmosphäre habe hier einen „spezifischen Charakter“, „wesentliches Moment im Kosmos des Geistes“. In der Schizophrenie würden Erfahrungen gemacht, die es vorher so nicht gab. Hier gediehen „neue Kräfte“, die „selbst geistig, weder gesund noch krank“ waren.

Wie Mette schätzte auch Jaspers Hölderlins Produktion bis 1806. Hier grob psychiatrische Kategorien anzuwenden, war in Jaspers Sicht unfruchtbar, vielmehr erhellten Eigenschaften dieses Werks das Wesen des Schizophrenen. In der Krankheit habe sich Hölderlins Dichtung nicht mehr an die Realität gewandt, sondern setze sich in eine „zeitlose Welt“, erwachsen aus der „Spannung zwischen erschütternden Gesichten und energischer ordnender Kraft“. Hölderlins mythische Weltanschauung aus gesunden Tagen (Harmonie zwischen Mensch und Natur, Griechentum und dem Göttlichen) sei durch die Psychose erfüllt geworden. Er habe sich seiner Welt genähert, sich von der empirischen Welt und den Menschen entfernt. Dieser früh angelegten Entwicklung sei die Schizophrenie entgegengekommen. Bis 1806 hätten auflösende Kräfte des Prozesses mit dem disziplinierenden Willen, der „Zusammenhalt, Ordnung, Ganzheit“ suchte, gerungen – das Entstandene sei einzigartig. Nach 1806 habe die Krankheit Disziplin und Können zerbröckelt. Jaspers kannte nur einen vergleichbaren Fall, der noch stärker seinem Ideal einer erfüllten Existenz entsprach: van Gogh. Dieser habe aufs Wesentliche gezielt, den Sinn der Existenz. Er verkörperte für Jaspers eine Weltanschauung, bei ihm seien „Persönlichkeit, Handeln, Ethos, Existenz und künstlerisches Werk in ungewöhnlichem Maße“ eine Ganzheit gewesen.

Jaspers griff weiter aus, verband Diagnose und Zeit. So wie die Hysterie Affinität zum Geist vor dem 18. Jahrhundert gehabt habe, so passe die Schizophrenie zur Jetztzeit. Der Geist schaffe sich Gestalten unter den ihm gemäßen „psychologisch-causalen Bedingungen“. Die Schizophrenie zeige „verborgene Gründe alles Daseins“, für Gesunde ein „Appell an die eigene Existenz“. Heute sei man „in

²⁸ Ders.: Autobiographie (wie Anm. 8), S. 17, S. 125.

den letzten Fundamenten des Daseins gelockert“, die Zeit dränge zur Besinnung auf letzte Fragen: „Wir sind“ durch die Lage der Kultur „offen geworden für fremdeste Dinge, sofern sie uns echt und existentiell erscheinen“.²⁹

Auch gegen Jaspers lassen sich Einwände finden. So bleibt beispielsweise seine Integration „des“ Schizophrenen in Wesen und Begrifflichkeit in seiner nicht immer präzise fassbaren Seins-Philosophie unklar.

Öffentlichkeit(en) I

Hängen „Vieldeutigkeit und Unsicherheit“ des Begriffs „Öffentlichkeit“³⁰ damit zusammen, dass er, wie viele historische Begriffe der Politik nicht verabschiedet, aber zugleich in seinem alten Bedeutungsgehalt nicht mehr recht gebraucht werden kann?³¹ Einige knappe Anmerkungen zu seiner Geschichte sowie zu der einiger verwandter Begriffe (öffentlich; publicus; Publikum; öffentliche Meinung) sind nötig.³²

Öffentlich meinte ursprünglich: vor aller Augen, allen zugänglich. Im 17. Jahrhundert erhielt *öffentlich/publicus* den Sinn von *staatlich* (das auch *nicht öffentlich*, i.e. *geheim* sein konnte) im Gegensatz zu *privat*. Dadurch bezog sich *öffentlich* immer auch auf das *Politische*. Im 18. Jahrhundert kam eine weitere Bedeutungsnuance hinzu. Das sich formierende Bürgertum entwickelte spezifische Formen der Geselligkeit, *Publikum* meinte nun Lesepublikum, das eine bestimmte soziale Schicht umfasste. *Publikum* war nicht die bloße Addition von Individuen, sondern ethisch-ästhetischer Richter und Erzieher. Der Einzelne könne in seinem Urteil unsicher sein, das Publikum nicht. Bei ästhetischen Urteilen sollte das Publikum befragt werden, das Kunst besser zu beurteilen vermöge als Kunstrichter. *Publikum* waren „alle geschmackvolle(n) Leute“.³³ Was diese als schön deklarierten, das war schön (diese *Öffentlichkeit* wird später zur kulturellen, sedimentiert im bürgerlichen Feuilleton). Hinter dieser Sicht standen unter anderem Positionen Shaftesburys, der Geschmacksbildung, ästhetische und moralische Erziehung verband. Ästhetisches Urteilen entsprang einer natürlichen Anlage, die Übung und Erziehung benötigte, um korrekte Kunsturteile fällen zu können und

²⁹ Jaspers: Strindberg und Van Gogh (wie Anm. 21), S. 130.

³⁰ Joachim Westerbarkey: Öffentlichkeit und Nicht-Öffentlichkeit. Thesen, Paradoxien und Folgerungen. In: Peter Szyszka (Hg): Öffentlichkeit. Diskurs zu einem Schlüsselbegriff der Organisationskommunikation. Opladen/Wiesbaden 1999, S. 147–155, hier: S. 147.

³¹ Niklas Luhmann: Öffentliche Meinung. In: ders: Politische Planung. Aufsätze zur Soziologie von Politik und Verwaltung. Opladen 1994, S. 9–34, hier: S. 9.

³² Meine Darlegungen zur Öffentlichkeit basieren auf der überaus hilfreichen Arbeit von Jürgen Schiewe: Öffentlichkeit. Entstehung und Wandel in Deutschland. Paderborn u. a. 2004, an die ich mich eng anlehne.

³³ Friedrich Just Riedel: Ueber das Publicum. Briefe an einige Glieder desselben. Jena 1768, S. 60.

wahren Geschmack zu entwickeln. Tugend und Schönheit gehörten zusammen.³⁴ Erziehung fand in kollektiver Aufklärung statt. Der Ausgang aus selbstverschuldeter Unmündigkeit war für einen Einzelnen schwer, dass sich jedoch ein „Publikum selbst aufkläre“ hingegen „beinahe unausbleiblich“.³⁵ Aus dem *literarischen* wurde mit der Französischen Revolution auch ein *politisches* Publikum, das nach Legitimierung von Herrschaft fragte. Dazu trug die sich entwickelnde *öffentliche Meinung* bei. Diese war (so ein Kommentar von 1832) die „sich selbst [...] begreifende Vernunft“ eines Volks und Staats.³⁶

Die Zeit zwischen 1815 und 1880 lässt sich als Zeit der klassischen bürgerlichen „Öffentlichkeit im Liberalismus“ beschreiben.³⁷ Im Vormärz, unter der Repression im Deutschen Bund, wurde *Öffentlichkeit* emphatisch aufgeladen: Frei zu sein meinte, sich frei aussprechen zu können, um so auf das Gemeinwesen zu wirken. Öffentlichkeit war kein Nebenaspekt für Freiheit und Gerechtigkeit, sondern diese selbst. Deswegen war die Forderung nach Pressefreiheit zentral. Die Antike brauchte keine Presse, so argumentierte der Liberale Carl Gustav Jochmann, denn alle Bürger waren bei den Volksversammlungen anwesend. Bei größeren „Völckervereine[n]“ vertrete jedoch die (Presse-)Öffentlichkeit die Stelle der antiken Volksversammlung, hier finde die (Selbst-)Aufklärung des Gemeinwesens statt. Nicht Menschen sollten herrschen, nur Gedanken, deren Wert durch Vergleich und Widerspruch geprüft werden müsse: „Um dem Kampfe der Gewalten zu entgehen, müssen wir uns den der Meinungen gefallen lassen, denn“ nur die „Reibung sich bekämpfender Meinungen“ führte zur Wahrheit.³⁸

Jochmann parallelisierte griechische Agora und Öffentlichkeit im 19. Jahrhundert. So liegt es nah, das Parlament als Modell von Öffentlichkeit zu sehen: Die „*ratio* des Parlaments“³⁹ lag in der Annahme des *government by discussion*. Spezifisch parlamentarische Institute erhielten nur durch Diskussion und Öffentlichkeit Sinn: Ein „Meinungsaustausch“ sollte stattfinden, der vom Zweck beherrscht werde, das Gegenüber rational von der Wahrheit „zu überzeugen oder selbst überzeugt zu werden.“ Das Parlament war der Ort, „an dem die unter den Menschen verstreuten, ungleich verteilten Vernunftpartikeln sich sammeln und zur öffentlichen Herrschaft“ gebracht werden.

³⁴ Michael G. Gill: Lord Shaftesbury (Antony Ashley Cooper, 3rd Earl of Shaftesbury). In: Edward N. Zalta (Hg.): The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Fall 2001 Edition); online zugänglich unter: <http://plato.stanford.edu/entries/shaftesbury/> (letzter Zugriff am 7. 10. 2015).

³⁵ Immanuel Kant: Was ist Aufklärung. In: ders.: Was ist Aufklärung. Ausgewählte kleine Schriften. Hamburg 1999, S. 20–28, hier: S. 21.

³⁶ [Johann Georg] Musmann: Öffentliche Meinung. In: Johann Samuel Ersch/Johann Gottfried Gruber (Hg.): Allgemeine Encyclopädie der Wissenschaften und Künste. Dritte Section. Zweiter Theil. Leipzig 1832, S. 52–54.

³⁷ Peter Uwe Hohendahl: Öffentlichkeit – Geschichte eines kritischen Begriffs. Stuttgart/Weimar 2000, S. 38.

³⁸ Carl Gustav Jochmann: Die unzeitige Wahrheit. Weimar 1976, S. 190f.

³⁹ Vgl. zum Folgenden: Carl Schmitt: Die geistesgeschichtliche Lage des heutigen Parlamentarismus. Berlin ³1961.

Öffentlichkeit(en) II

Zugänglichkeit für alle, Anwesenheit aller – modernisiert durch Stellvertreter-Fiktionen (Parlament, Medien), dichotom verstandener Wettstreit zweier Parteien, die, herrschaftsfrei und rational, als *Ausdruck* eines Gemeinwesens, seiner Vernunft, *für* dieses Gemeinwesen ringen: das sind Attribute und Konnotationen des historischen *Öffentlichkeitsbegriffs*. Es ist fraglich, ob man diesen Begriff so noch konstruieren kann. Einwände finden sich (zu) leicht:

1. Im 19. Jahrhundert bildeten sich *marktbedingte* Öffentlichkeit(en):⁴⁰ Buch und Zeitung transportieren als Waren nicht unbedingt Wahrheit, sondern Ideologie.
2. Die veröffentlichte Meinung zerfiel in „politische Segmente“ (Liberalismus, Konservatismus, konfessionelle Medien, proletarische Gegenöffentlichkeit). *Öffentlichkeit* wurde vom Ort argumentativen Wettstreits zum Ort für Meinung(en). Die Medialität von Medien bedingt
 - Pluralität (statt Dichotomie),
 - für das Gemeinwesen *relevante* Themen bleiben nicht öffentlich.
3. Auch die Stellvertreter-Funktion des Parlaments blieb letztlich eine Fiktion: Wenige waren anwesend; die sich ausdifferenzierende Parteienkonstellation löste herrschaftsfreies Rasonieren ab; das Parlament war weder Ort noch Ausdruck einer sich selbst begreifenden Staatsvernunft.
4. Der binäre Code des Politischen beziehungsweise des Parlaments ist Regierung/Macht versus Opposition/Nicht-Macht. Medien funktionieren anders: Aufmerksamkeit versus Nicht-Aufmerksamkeit. Ist *öffentliche Meinung* also nur Selektion (vielleicht) relevanter Sachverhalte, „*die als Themen* etabliert werden und zu denen“ Medien mehrheits- und politikfähige Meinungen produzieren?⁴¹ Ein Thema wird gesetzt, ein anderes nicht: Aufmerksamkeit ist knapp. Gibt es für diese Auswahlverfahren Regeln?⁴² Oder ist es nur einem Überangebot und daraus resultierendem Ignorieren geschuldet?⁴³

⁴⁰ Hans-Ulrich Wehler: Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Bd. 3: Von der „Deutschen Doppelrevolution“ bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs. München 1995, S. 430.

⁴¹ Klaus Merten: Öffentliche Meinung. In: Axel Görlitz/Rainer Praetorius (Hg.): Handbuch Politikwissenschaft. Grundlagen – Forschungsstand – Perspektiven. Reinbek bei Hamburg 1987, S. 331, zit. nach: Schiewe: Öffentlichkeit (wie Anm. 32), S. 195.

⁴² Luhmann: Meinung (wie Anm. 31), S. 16f., führt u. a. an: „Priorität bestimmter Werte, deren Bedrohung“ ein Thema macht; „Krisensymptome“ als Signal der Bedrohung des Systems insgesamt; „Status des Absenders einer Kommunikation“; „Neuheit von Ereignissen“.

⁴³ „Von den Büchern, die von der Gründung der Bibliothèque nationale bis 1820 gesammelt wurden, sollen bis heute“ [2013] „über zwei Millionen nie ausgeliehen worden sein“, so Günter Karl Bose: Das Ende einer Last. Die Befreiung von den Büchern. Göttingen 2013, S. 30. 1992 wurden angeblich mehr als 100 000 Bücher gedruckt, von denen nur ein Viertel von Grossisten geführt wurde, 75 % erschienen also „gleichsam unter Ausschluss von Öffentlichkeit“, so Joachim Westerbarkey: Virtuelle Publizität. Öffentlichkeit als imaginäres Kommunikationssystem. In: Werner Faulstich (Hg.): Konzepte von Öffentlichkeit. 3. Lüneburger Kolloquium zur Medienwissenschaft. Bardowick 1993, S. 83–100, hier: S. 83.

5. Jochmann glaubte, Presse bilde Wirklichkeit ab; doch durch die Medialität von Medien wird Realität modelliert, gar erzeugt.

Überzeugen diese Kritikpunkte? Ist das die richtige Frage? Hervorzuheben zu sein scheint eher: Heutige *Öffentlichkeits*-Begriffe transportieren *zu* selbstverständlich alte Konnotationen.

Diese Kritikpunkte wirken zu selbstevident – womöglich weil sie selbst *zu* stark auf historische *Öffentlichkeits*-Begriffe bezogen sind?

Fasst man *Öffentlichkeit* als Interaktion „von medialer Produktion, Kommunikation und Rezeption“, „systemischen und lebensweltlichen Mustern“, „technologischen Dynamiken und kulturellen Bedeutungen“, „biographischen und sozialstrukturellen Dimensionen“ auf,⁴⁴ nimmt die *Dichotomie* der Parlaments-Metapher von Öffentlichkeit auf und überträgt diese aus der Sphäre des *Politischen* auf die Gesellschaft, dann wird was Regierung versus Opposition war System versus Lebenswelt, Technologie versus Kultur, Individuum versus Gesellschaft. Drei fragwürdige Annahmen bleiben dabei implizit:

- moderne Gesellschaften sind *Konflikt*-Gesellschaften – als wäre nicht alle Gesellschaft Konflikt-Gesellschaft (es gibt Jägervereine und Anti-Jägervereine, die Rehe schützen möchten);
- *Pluralität* und *Konflikt* verhalten sich wie Ursache zu Wirkung (doch nur wenige sind Mitglieder in Jäger- oder Anti-Jägervereinen, den meisten sind Rehe egal; sie wissen nichts von der Existenz beider Vereine; sie sind Liebhaber von Singvögeln; die Frage nach Rehen stellt sich ihnen einfach nicht). Moderne Gesellschaften sind *plural*. Es gibt *viele* Lebenswelten, Systeme, Systeme-Lebenswelten-Kontakte (*und*: Nicht-Kontakte): Bloße Pluralität erzeugt keine Konflikte;
- dem Agora-Modell der Öffentlichkeit liegt keine Institutionalisierung, „Verfestigung“ zugrunde: Jeder ist als Einzelner anwesend und kann sein Anliegen vorbringen. Das Parlaments-Modell hingegen suggeriert Institutionalisierung: Regierung als Partei steht gegen Opposition. Diese Konnotation hat Folgen. Der Ausdruck *Teilöffentlichkeit* ist misslich. Meint er bloß Pluralisierung, bleibt er inhaltsleer. Die Teil-Ganzes-Semantik suggeriert aber, dass sich Teile zum Ganzen, der Gesamtöffentlichkeit, fügen (lassen), die oft in der Politik verortet wird. Überdies wird suggeriert, dass Teile ‚verfestigt‘ sind, also Öffentlichkeiten institutionalisiert sind.

Sicher gibt es Konflikte, Aufmerksamkeitsschwellen werden überschritten (und wieder unterschritten), etwas wird öffentlich. Manchmal institutionalisieren sich Teilöffentlichkeiten *mehr* oder *minder* mit Publikationsorganen spezifischer Reichweite und mit einem spezifischen Publikum (psychiatriekritische, politisch-parlamentarische, psychiatrische, literarisch-künstlerische Öffentlichkeit). Fasst man (Teil-)Öffentlichkeit in diesem Sinne auf, dann wäre „psychiatriekritische

⁴⁴ So hat es Heinz-Peter Schmiedebach in seinem Exposé zur Tagung vorgeschlagen.

Bewegung versus Psychiatrie“ wie „Opposition versus Regierung“, „kritische Öffentlichkeit versus Macht“. Dann ließe sich nach *der* Rolle/Funktion der Psychiatrie (statt: Funktionen), und nach *der* immer wieder verschobenen „Bedeutung von Wahnsinn“ (statt: Bedeutungen) fragen, wobei es dann dichotom um das Verhältnis einer Fachdisziplin einerseits zu anderen gesellschaftlichen Gruppen andererseits ginge. Wird diese begriffliche Präformierung der semantischen Komplexität des Verhandelten gerecht? Sicher auch. Doch mir scheint, dass die sich daran anknüpfenden Fragen – von denen hier nur eine kleine Liste aufgeführt sei: Wie werden neue öffentliche Räume durch Wahnsinns-Diskurse konzipiert? Wie wurde psychiatrisches Wissen wo rezipiert? Welche psychiatrischen Inhalte zirkulierten zwischen Psychiatern, Medien und Laien? Welche Grenzarbeiten wurden von wem wie vorgenommen? Welche Akteure beförderten welche Strategien? Wo ist Bemächtigung erkennbar? Was erzeugte in Kunst und Literatur Resonanzen? Konstituierten diese Konflikte eine neue Lesart des Wahnsinns? –, so relevant sie auch sind, bei einer anderen Sicht auf Öffentlichkeit(en) verändert werden könnten.

Beispiel, Semantik, Mikroöffentlichkeit

Geht man von den hier vorgestellten Beispielen – mithin: Inhalten, dem Gebrauch von Schizophrenie-Semantiken – aus, dann handelt es sich bei ihnen um *Mikro- oder fragmentarische Öffentlichkeiten*. Es sind Semantiken, die an Semantiken anschließen und ihrerseits Semantiken erzeugen. Etwas ist öffentlich, wenn es veröffentlicht ist; das ist es, wenn zwei über etwas reden⁴⁵ oder wenn es publiziert ist. Was gesagt beziehungsweise publiziert wurde, ist ein Öffentlichkeitsangebot, ein Angebot, das von unspezifizierten Öffentlichkeiten wahrgenommen, rezipiert und *verwendet* werden kann. Der Sender hat Absichten (die sowohl unklar als auch unrealisiert bleiben können). Öffentlichkeit wäre ein virtueller semantischer *flow*: Man kann ihn wahrnehmen (zum Beispiel mittels einer Rezension), ignorieren oder verwenden.

Ergeben sich aus dieser Sicht Ergänzungen zu historisch eingetrübten Öffentlichkeitsbegriffen? Anders gefragt: Was fällt bei den *Mikroöffentlichkeiten* auf?

1. Zugänglich waren alle drei Bücher, sie waren veröffentlicht. Aber wer war wo anwesend, trug sein Anliegen vor und wurde bemerkt? Als Beispiel soll Mettes Monografie (als *veröffentlichte Öffentlichkeit*) dienen. Die Wortkunsttheorie hatte eine „Sonderstellung“ im Expressionismus; ihre Streubreite war gering. Bei den Sturm-Lesungen fanden sich 30 bis 100 Zuhörer als festes literarisches Publikum ein.⁴⁶ Schnell erhöht wurde die Streubreite durch eine Rezension in

⁴⁵ So Westerberkey: Publizität (wie Anm. 43), S. 84: „Elementare Öffentlichkeit bleibt zumeist publizistisch geheim.“

⁴⁶ Kurt Möser: Literatur und die „Große Abstraktion“. Kunsttheorien, Poetik und „abstrakte Dichtung“ im „STURM“ 1910–1930. Erlangen 1983, S. II, S. 281.

der „Frankfurter Zeitung“. ⁴⁷ In der Zunft war die Wahrnehmung gering und bezog sich nicht auf die Wortkunst. ⁴⁸ Das heißt, Mettes Monographie wurde wahrscheinlich im Sturm-Kreis wahrgenommen, im Feuilleton und in der Psychiatrie.

2. Die Akteure in meinem Beispiel sind alle Psychiater. Aber waren sie *rollenkonform* anwesend? Agierten sie *als* Psychiater, die sich (für die Psychiatrie) anderer Felder bemächtigen wollten? Das ließe sich nur von Lange sagen. Jaspers und Mette spielten andere Sprachspiele. Alle drei benutzten *veröffentlichte*, das heißt im semantischen *flow* als Angebot vorhandene Schizophrenie-Semantiken, veränderten diese und machten daraus wieder ein Angebot. Hier ging es nicht um Psychiatriekritik versus Psychiatrie, Laien versus psychiatrisches Priestertum. Diese Dichotomien sind hier irreführend, weil die Situationen viel komplexer waren. So ist zum Beispiel oft nicht klar, ob sich jemand an eine spezifische, vielleicht schon institutionalisierte Öffentlichkeit wandte (oder kurzfristig eine geschaffen wurde). Das wird deutlicher, wenn man nach den Absichten Mettes und Jaspers' fragt. Ihre Publikationsstrategien geben darauf Hinweise. Mettes Buch, ursprünglich eine Dissertation, erschien im Dion-Verlag, der von Alexander Mette und vom ebenfalls zum Sturm-Kreis zählenden Kurt Liebmann, ⁴⁹ 1925 zur „Verbreitung expressionistischer Dichtung“, Kunst und Kunsttheorie gegründet worden war. ⁵⁰ Mettes Buch segelte unter der Flagge des Sturm-Expressionismus zur Verbreitung *dieser* Kontrebande. Jaspers Buch erschien zuerst in der Reihe der „Arbeiten zur angewandten Psychiatrie“, „unter Mitwirkung“ unter anderem von ihm und Erwin Stransky herausgegeben von Walter Morgenthaler. Stransky hatte 1918 ein monströses Programm angewandter Psychiatrie formuliert: ⁵¹ Psychiater besäßen überlegene Kenntnisse der Individual-, Gruppen- und Völkerpsychologie, daher seien sie an zentraler Stelle verantwortlich für Gesellschaftsschutz und Rassenhygiene: „die Söhne der bloß beratenden Sachverständigen von heute werden die Richter und Führer der Menschheit von morgen sein“; sie hätten das Ziel vor Augen, alles und alle in den „Hafen der Menschenhöherzucht hineinzusteuern, darin der Arzt der sicherste Lotse ist“. Stransky träumte von biologistischen Philosophenkönigen in einer Stransky-Plato'schen Diktatur – das war nicht Jaspers' Interesse. Jaspers interessierte sich für seine eigene Philosophie, folgerichtig erschien die

⁴⁷ Walter Benjamin: Zwei Bücher über Lyrik. In: ders: Gesammelte Schriften. Bd. 3: Kritiken und Rezensionen. Hg. von Hella Tiedemann-Bartels. Frankfurt a. M. 1991, S. 162-166.

⁴⁸ Vgl. als Beispiel: Rudolf Treichler: Die seelische Erkrankung Friedrich Hölderlins in ihren Beziehungen zu seinem dichterischen Schaffen. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 155 (1935), S. 40-144; er erwähnt Mette sieben Mal, die Wortkunst interessiert ihn nicht.

⁴⁹ Markus Krebs: Vom Expressionismus zum Geiste Lessings Kurt Liebmann (1897-1981) (= Signum. Blätter für Literatur und Kritik, Sonderheft 3). Dresden 2001.

⁵⁰ Kurt Liebmann/Alexander Mette: Zur Geschichte des Dion-Verlages. In: Marginalien 38 (1978), S. 65-71, hier: S. 65.

⁵¹ Vgl. zum Folgenden: Erwin Stransky: Angewandte Psychiatrie. Motive und Elemente zu einem Programmwurf. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 74 (1918), S. 22-53.

zweite Auflage seines Buchs in den von ihm herausgegebenen „Philosophischen Forschungen“⁵².

3. Und wie verhält es sich mit dem Ringen um das beste Argument, um Wahrheit und um herrschaftsfreie Ratio? Das setzt voraus, dass die Beteiligten zuhören, dann vergleichen und zustimmen oder widersprechen, wie es Jochmann formulierte. Anders gefragt: *Wie* wurden Botschaften *rezipiert*? Grundsätzlich gilt: Medienwirkungsforschung ist mühselig und stochert im Nebel.⁵³ Das sei kurz genauer an der *Mikroöffentlichkeit* Lange-Jaspers-Mette beschrieben. Jaspers las Lange, Mette Jaspers und Lange. Wie waren die Medienwirkungen? Mette postulierte, Jaspers habe gezeigt, dass der Zustand mancher Kranker durch tiefes Erleben, weltanschauliche Erregung gekennzeichnet sei. Weltanschauliche Erregung hieß bei Mette „Expressionismus“, bei Jaspers „Metaphysik“, er verabscheute den Expressionismus. Wie soll man das beschreiben? Kann man hier überhaupt von Rezeption sprechen? Oder ist das Missachtung der Position Jaspers'? Verblieb Mette quasi autistisch in seinen eigenen Interpretationskategorien und benutzte Jaspers nur für sein eigenes Verständnis? Jaspers fand Langes Buch *psychiatrisch* gut, doch fand er ihn zu wertend. Jaspers meinte, man könne davon absehen. Sollte man es also ignorieren, nicht ernstnehmen?

Schluss

In diesem Aufsatz wurde die Verwendung von Schizophrenie-Semantiken untersucht. Jeder Autor bastelte mit, aber nicht primär an diesem Konzept. Jaspers brachte Sein, Existenz, Weltanschauung und Schizophrenie, Geschichtsphilosophie (in der Denkfigur des „Zeitgeists“), Ahistorie (in der Figur des Seins) und Krankheitssymptomatologie in ein komplexes Bedeutungsgefüge, das mehr und anderes ist, als individuelle Psychopathologie. Lange transferierte die Diagnose „Schizophrenie“ ebenfalls, machte einen bestimmten Gebrauch von ihr. Er schien ihren Bedeutungsgehalt zu bestätigen. Doch der Transfer veränderte die Arten kommunikativer Anschlussfähigkeit(en) und öffnete das, was als Schizophrenie bezeichnet wurde, für andere semantische Netzwerke und Anschlüsse. Lange griff in die Semantik der Germanistik/Poetologie ein: Wer schreibt wie Hölderlin (schizophren-defekt), erzeugt Nicht-Ästhetisches – das ist eine Aussage darüber, was das Poetische ist. Mette sah das ganz anders. Er fand kommunizierende Röhren zwischen Krankheit und Kunst, Erhellung der Schizophrenie durch Expressionismus, Rechtfertigung der Wortkunst durch Schizophrenie. Dauernd wurde die Semantik umgemodelt durch Gebrauch.

⁵² Karl Jaspers: Strindberg und Van Gogh. Versuch einer pathographischen Analyse unter vergleichender Heranziehung von Swedenborg und Hölderlin. Berlin ²1926.

⁵³ Vgl. dazu als guten Überblick: Wolfgang Schweiger: Grundlagen: Was sind Medienwirkungen? Überblick und Systematik. In: ders./Andreas Fahr (Hg.): Handbuch Medienwirkungsforschung. Wiesbaden 2013, S. 15–37.

Das Durchspielen dieses Beispiels konnte Ergänzungen zu bisherigen Verständnissen von Öffentlichkeit liefern. Demnach ist das, was veröffentlicht ist, ein Öffentlichkeitsangebot. Jeder der drei machte ein Angebot, das genutzt werden konnte, somit wurden immer neue *Öffentlichkeiten* (als Kommunikationsangebot, als Semantik) erzeugt. Semantischer *flow* schaffte Öffentliches, modulierte es, wurde nicht dort rezipiert, wo er wahrgenommen werden sollte oder sogar gar nicht. An erster Stelle stand also der Gebrauch des Begriffs Schizophrenie, und damit der durch Pragmatik umkodierte Sinn. Jeder bemächtigte sich des Begriffs für heterogene Zwecke, die Deutungsressource wurde gebraucht, wieder eingespeist in andere Kommunikationen, unter Umständen erneut als (veränderter) semantischer *flow* im Öffentlichen, in Öffentlichkeit(en) in die Fachdisziplin zurückgeleitet. – Das hier präsentierte Beispiel ist in dieser Sicht dann auch nur ein Beispiel dafür, was Öffentlichkeit(en) auch bedeuten könn(t)en.

Abstract

Ever since the disease pattern of dementia praecox/schizophrenia was developed at around 1890/1900, there has never been a completely specified semantic of the concept. Terms and theory were repeatedly employed in different contexts with different purposes in mind. Using three examples, the different semantic uses of the term schizophrenia are scrutinized, constantly dealing with the opus and, at the same time, madness of Friedrich Hölderlin (1770–1843), who came down heavily with a psychological disease after the year 1800. In 1909, Wilhelm Lange-Eichbaum penned a pathography on Hölderlin's case; Karl Jaspers dealt with his case in 1922, as did Alexander Mette in 1929. Following this, the term of 'the public' is outlined and several points of criticism concerning the term's definition are presented. On the basis of the examples mentioned above, the author attempts to develop supplements to the traditional definition of 'the public'.

Marietta Meier

Auf der Kippe: Spannungskonzepte an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert

Spannung bezeichnet einen Zustand auf der Kippe: eine Zeitspanne, während der offen ist, welchen Weg etwas gehen wird, einen statischen, aber instabilen Zustand am Rande produktiver oder destruktiver Prozesse.¹ Während der langen Jahrhundertwende, womit im Folgenden die Zeit zwischen 1880 und 1930 gemeint ist, findet sich der Begriff Spannung in unterschiedlichen Kontexten und Bedeutungen. Von Spannungen war in der Kunst, im Alltag, in der Politik und in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen die Rede. Spannung war ein *boundary concept*, ein unscharfer Begriff, der zwischen verschiedenen Bereichen zirkulierte.² Im Zuge dieser ‚Reise‘ wurden die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Bedeutungen des Begriffs erweitert und verwischt, es kam zu Übersetzungs- und Aneignungsprozessen.

Im folgenden Beitrag wird der Weg rekonstruiert, den der Begriff Spannung im Laufe des 19. Jahrhunderts im deutschsprachigen Raum ging.³ Untersucht wird, in welchen Zusammenhängen der Begriff verwendet wurde, was er im jeweiligen Kontext bedeutete, wie sich der Begriff durch den Transfer von einem Feld zum anderen veränderte und wie sich die verschiedenen Spannungskonzepte gegenseitig beeinflussten. Im Zentrum steht die Psychiatrie, die sich ab den 1860er Jahren als akademische Disziplin etablierte und eine Expertenrolle übernahm, die weit über den Auftrag zu heilen und zu verwalten hinausreichte.

Das Spannungskonzept, das die Psychiatrie um 1900 vertrat, widerspiegelt – so die These – verschiedene Dimensionen des Spannungsfelds, in dem diese Disziplin an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert stand. In der Psychiatrie ging es um unterschiedliche Formen von Spannung, deren Ursachen und Folgen sowie um die Frage, wann Spannung pathologisch oder auf psychische Störungen zu-

¹ Vgl. Christoph F. E. Holzhey (Hg.): *Tension/Spannung*. Wien/Berlin 2010. Der Sammelband entstand in Zusammenhang mit dem Projekt des ICI Berlin Institute for Cultural Inquiry zum Thema „Spannung“.

² Ilana Löwy: *The Strength of Loose Concepts. Boundary Concepts, Federative Experimental Strategies and Disciplinary Growth. The Case of Immunology*. In: *History of Science* 30 (1992), S. 371–396; dies.: *Unscharfe Begriffe und föderative Experimentalsysteme. Die immunologische Konstruktion des Selbst*. In: Hans-Jörg Rheinberger/Michael Hagner (Hg.): *Die Experimentalisierung des Lebens. Experimentalsysteme in den biologischen Wissenschaften 1850/1950*. Berlin 1993, S. 188–206.

³ Vgl. Mieke Bal: *Travelling Concepts in the Humanities. A Rough Guide*. Toronto 2002.

rückzuführen sei. Als *boundary concept* ermöglichte der Begriff, an ein weitverbreitetes Alltagsverständnis von Spannung anzuknüpfen, soziale Allianzen zu bilden und zwischen verschiedenen Wissensfeldern und Wissenschaftskulturen zu interagieren. Die Psychiatrie verwendete den Ausdruck deshalb als Scharnier, das naturwissenschaftliche Prinzipien mit subjektiven Gefühlen und zwischenmenschlichen Beziehungen verband, ohne dass geklärt werden musste, wie diese miteinander zusammenhingen. Auf diese Weise entstand ein Spannungskonzept, das Spannung zunehmend mit zielgerichteter Kraft, Eruption und Gefahr assoziierte.

Spannen, Dehnen und Erwarten: Ein etymologischer Überblick⁴

Der Begriff Spannung, der im Deutschen ab dem 17. Jahrhundert belegt ist, entwickelte sich schon aufgrund seiner Etymologie zu einem äußerst vieldeutigen Ausdruck. Spannen beziehungsweise Spannung haben vermutlich eine gemeinsame Wurzel mit den griechischen Wörtern *span* für ziehen, zerrn beziehungsweise *spasmos* für Krampf. Die fachsprachlichen Begriffe Tonus und Tension, das französische *tension* und das englische *tension* gehen hingegen auf lateinisch *tonus* beziehungsweise griechisch *tonos* für Spannung zurück, aus denen auch Ton entlehnt ist. Analog zum transitiven Gebrauch des Verbs spannen, das bereits im Mittelhochdeutschen verwendet wurde, bezog sich Spannung zunächst ausschließlich auf die Tätigkeit des Spannens oder den Zustand des Gespanntseins: Gespannt wurden und waren Pferde, Bogen oder Saiten. So führt Zedlers „Universalexikon“, das in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts erschien, die Begriffe Spannen, Anspannen, Abspannen und Ausspannen auf. Unter Spannung findet sich neben der „Spannung des männlichen Gliedes“ nur ein Verweis auf Ausspannung – einen Begriff aus der Naturlehre, der den Zustand von „Cörper[n]“ bezeichnete, die „nach ihrer Länge vergrößert [...] und unterdessen in der Breite und Höhe“ verkleinert wurden.⁵

⁴ Dieser Überblick beruht auf einschlägigen Artikeln in verschiedenen Wörterbüchern: Gespannt. In: Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, Bd. 5 [Originalzählung IV, 2,3]. Leipzig 1897, Sp. 4135; Spannung. In: Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm, Bd. 16 [Originalzählung X, 1]. Leipzig 1905, Sp. 1915f.; Digitales Wörterbuch der Deutschen Sprache, Etymologisches Wörterbuch, <http://www.dwds.de/>; Entspannung. In: Historisches Wörterbuch der Philosophie. Hg. von Joachim Ritter/Karlfried Gründer, Bd. 2. Basel/Stuttgart 1972, Sp. 548–550; Spannung. In: Historisches Wörterbuch der Philosophie. Hg. von Joachim Ritter/Karlfried Gründer, Bd. 9. Basel 1995, Sp. 1282–1300. Sofern nicht anders vermerkt, beruhen die Aussagen zur Bedeutung und Verwendung des Begriffs Spannung auf den Ergebnissen einer Recherche im Kernkorpus des Deutschen Textarchivs (ca. 1600 bis 1900) und sämtlichen weiteren Korpora des Digitalen Wörterbuchs der Deutschen Sprache, die im April/Mai 2014 durchgeführt wurde. Für Informationen zu diesen Korpora siehe <http://www.dwds.de/ressourcen/korpora/>.

⁵ Ausspannung. In: Johann Heinrich Zedler: Grosses vollständiges Universalexikon, Bd. 2. Halle a. d. S./Leipzig 1732, Sp. 2250; Spannen, Spannung. In: Johann Heinrich Zedler: Grosses vollständiges Universalexikon, Bd. 38. Halle a. d. S./Leipzig 1743, Sp. 1205, Sp. 1207.

Im Laufe des 18. Jahrhunderts begann man, auch von einer Spannung des Gemüts oder der Seele zu sprechen. Neu konnte Spannung zudem einen Zustand gestörten Einvernehmens meinen. In Adelungs „Wörterbuch der Hochdeutschen Mundart“ von 1801 findet sich unter Spannung der Satz „sie sind miteinander gespannt“; ein „figürliche[r]“ Ausdruck, den man – wie erklärt wird – für „Personen“ verwende, die „nicht in dem besten Vernehmen mit einander stehen, ohne eben Feinde zu seyn“.⁶ Auf der politischen und der gesellschaftlichen Ebene waren Spannungen in der Regel unerwünscht; es galt zu verhindern, dass Spannungen entstanden, wuchsen oder gar in einen gewalttätigen Konflikt mündeten.

Ab dem 19. Jahrhundert konnte Spannung schließlich auch den psychischen Zustand eines Menschen meinen, der etwas erwartete, dessen Aufmerksamkeit erregt war. Besonders deutlich wird der Zusammenhang von Spannung und *attentio* in der Musiktheorie, der Ästhetik, der Dichtung und der Rhetorik, wo Spannung als bewusst erzeugtes, intentionales Mittel verstanden wurde. Hier meinte Spannen seine Aufmerksamkeit auf etwas richten, etwas genau verfolgen, war also positiv konnotiert. Evident wird diese Wertung im Adjektiv spannend, das seit dem 19. Jahrhundert belegt ist. In der Rhetorik behandelte man die *intentio* des Richters oder des Zuhörers, die vor allem als aufmerksame Gespanntheit verstanden wurde, in erster Linie im Zusammenhang mit der Frage, wie eine Rede zu beginnen sei. Besonders für das *genus humile*, den schlichten Stil, stellte das Erlangen von Aufmerksamkeit eine elementare Zielvorgabe dar. Kunstlehren, die sich mit Wirkungsästhetik befassten, schrieben der Spannung ebenfalls eine wichtige Aufgabe zu. Dabei galt die Art der erzeugten Spannung lange als Maß für künstlerische Qualität. Kunstwerke sollten sich durch eine Spannung auszeichnen, die auf die „angespannte Erwartung des Gemüts“ abzielte. So heißt es beispielsweise in einem kurzen Text über Spannung, der 1909 in der Zeitschrift „Kunstwart“ erschien: „Je weniger die Spannung eines Dichtwerks mit Neugier zu tun hat, um so reiner, um so echter ist es in künstlerischem Betracht.“ Nicht „äußere“ Spannung sollte also geweckt werden, sondern Spannung „aus Teilnahme“, die sich durch „Bewegung in irgendeiner ihrer unendlich vielen Formen (Handlung, Gang, Rhythmus, Licht, Wille)“ erzeugen ließ.⁷

Im Gegensatz zur Politik oder Ästhetik hatte der Begriff Spannung in den Naturwissenschaften an sich keine wertende Bedeutung. In der Physik kam der Ausdruck im Sinn von Ausdehnung zum Tragen. Hier war Spannung zunächst die Kraft im Inneren eines elastischen Körpers, also mechanische Spannung. Das Konzept der Elastizität bildete den Hintergrund für die Versuche zur „Spannkraft von Dämpfen“, die Mitte des 18. Jahrhunderts erstmals durchgeführt und drei Jahrzehnte später in großem Umfang vorgenommen wurden. Mit der Aufstellung der „Spannungs-Reihe der Metalle“ und der Entdeckung des Spannungsgesetzes durch Alessandro Volta gewann dieser physikalische Begriff von

⁶ Spannen. In: Johann Christoph Adelung: Grammatisch-kritisches Wörterbuch der Hochdeutschen Mundart, Bd. 4. Leipzig 1801, Sp. 162f.

⁷ Willy Rath: Von der Spannung. In: Der Kunstwart 32 (1909), S. 159–162, hier: S. 159, S. 162.

Spannung seit dem 19. Jahrhundert eine neue Bedeutungsschicht. Nun wurde Spannung auch und schließlich in erster Linie als elektrische Spannung verstanden. Elektrische Spannung entsteht, wenn zwei gegensätzlich geladene Körper, die aufgrund ihrer gegenseitigen Anziehung miteinander verbunden sind, voneinander entfernt werden. Um die Körper zu trennen, muss eine gewisse Kraft aufgewendet werden. Diese Kraft wird im Zustand der Spannung gleichsam aufbewahrt. Als eine Art „Kraftpotential“ kann die elektrische Spannung in einem Leiter Elektronen in Bewegung setzen, also Strom fließen lassen, der sich in Energie umsetzen lässt.

Spannung oder Tonus? Medizinische Terminologie

Wie in der Physik steht Spannung auch in der Medizin mit dem Begriff Kraft in Zusammenhang. Wurde hier unter Spannung zunächst der Spannungszustand eines Muskels oder Gewebes verstanden, war ab dem 18. Jahrhundert auch von einer Spannung des Gemüts oder der Seele die Rede. Johann Christian Reil, der prominenteste Vertreter der deutschen romantischen Medizin, spricht in seinen „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen“ von 1803 beispielsweise von einer Spannung der Seele und der Fantasie.⁸ Der medizinische Fachbegriff Tonus bezog sich hingegen auf körperliche Spannungszustände. Tonus bezeichnete den Grad der Spannung, den ein lebendes Gewebe, Organ oder Organteil aufwies; er konnte hoch oder niedrig sein, musste aber immer aufrechterhalten bleiben. So erwähnt Albrecht von Haller in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts, dass Opium „den Tonus des Magens“ beeinträchtigt. An einer anderen Stelle verwendet er zwar den Begriff Spannungskraft, fügt jedoch in Klammern den lateinischen Ausdruck Tonus an.⁹

Mit der Ausbildung der klinischen, naturwissenschaftlich ausgerichteten Psychiatrie verschwanden die Seele und deren Spannungen aus dem Blickfeld. Wilhelm Griesinger verwendete in seiner „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ von 1845 zwar den Ausdruck Spannung, brachte ihn aber nur mit körperlichen Vorgängen in Verbindung, sprach also beispielsweise von einer Spannung der Hirnhaut. Gleichzeitig prägte er den Begriff des psychischen Tonus, den er mit dem körperlichen Tonus verglich. Unter psychischem Tonus verstand der deutsche Psychiater „das erworbene mittlere Maß psychischer Kraft“, das er auf den Charakter eines Menschen zurückführte. Körperlicher und psychischer Tonus konnten, so Griesinger, durch Krankheiten stark verändert werden: „Es ist nicht der gewöhnliche Ausdruck, und es wäre allzuabstract [!], aber es wäre nicht unrichtig, den Tetanus, die Convulsionen etc. als Abänderungen des Tonus [...]

⁸ Johann Christian Reil: Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle a. d. S. 1803, S. 106, S. 188f., S. 204, S. 267.

⁹ Albrecht von Haller: Anfangsgründe der Physiologie des menschlichen Körpers, Bd. 2. Berlin 1762, S. 719; ebd., Bd. 5. Berlin 1772, S. 31.

aufzufassen; denn unzweifelhaft leidet der Tonus hier sogleich unter der vorhandenen Störung. Ebenso ist die auffallendste Störung bei den parallelen Geisteszuständen [...] die Störung des Gemüths, und in diesem Sinn ist überhaupt von den Gemüthsleiden und ihrer Primitivität beim Irresein zu sprechen.“¹⁰ Geisteskrankheiten führten laut Griesinger entweder zu einem anhaltend tiefen psychischen Tonus, der mit einer „gehemmten Spannung“, oder einem anhaltend hohen psychischen Tonus, der mit einer „convulsivischen Erschütterung und Losgelassenheit des Strebens“ einherging.¹¹

In Griesingers Tonuskonzept vermischten sich altbekannte Denkfiguren mit neuen. Auf der einen Seite knüpfte der Psychiater an eine lange Tradition an: Das Ideal der Ausgewogenheit, des Gleichgewichts zwischen Gefühlen, Körpersäften und kosmischen Kräften findet sich schon in der Antike und blieb in Form der Humoralpathologie bis zum 18. Jahrhundert von Bedeutung. Auf der anderen Seite sprach Griesinger als Somatiker nicht mehr von Spannungen der Seele, sondern übernahm den medizinischen Fachbegriff und übertrug ihn auf die psychische Ebene. Er unterschied zwischen körperlichem und psychischem Tonus, verknüpfte aber letzteren mit dem physikalischen Begriff der Spannung, wie er in der Elektrizitätslehre und der Physiologie verwendet wurde. Diese Verbindung sollte die Psychiatrie der nächsten Jahrzehnte entscheidend prägen.

Nervöse Spannungen: Nerven als Bindeglied zwischen Körper und Psyche?

Als sich die Physiologie im zweiten Drittel des 19. Jahrhunderts als medizinische Disziplin etablierte, eröffnete die Elektrizitätslehre neue Möglichkeiten zum Verständnis des Nervensystems. Die Arbeiten von Du Bois-Reymond, Helmholtz, Duchenne, Remak und Hitzig hatten zur Folge, dass der Elektrizität in der medizinischen Forschung und bei der Behandlung des Muskel- und Nervensystems eine immer wichtigere Rolle zukam. Umgekehrt wurde das Nervensystem zunehmend als komplexes, stör anfälliges System elektrischer Impulse, Leitungsbahnen und Energieströme interpretiert.¹² Das mechanistische, eng mit der Industrialisierung zusammenhängende Körperkonzept verschmolz mit neuen Erkenntnissen aus der Neurologie. Es entstand ein neues Modell, das den Körper als „reizbare Maschine“ konzipierte.¹³

Dass die „Elektrizifizierung des Körperkonzepts“ auch die Psychiatrie beeinflusste, zeigt sich beispielsweise beim deutschen Psychiater Karl Kahlbaum, der

¹⁰ Wilhelm Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Aerzte und Studirende. Stuttgart 1845, S. 43.

¹¹ Ebd., S. 254, S. 259.

¹² Volker Roelcke: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914). Frankfurt a. M./New York 1999, S. 110f.

¹³ Philippe Sarasin: Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765–1914. Frankfurt a. M. 2001.

1863 eine neue Gliederung psychischer Störungen aufstellte und erstmals die Katatonie als psychiatrisches Krankheitsbild definierte. Die Bezeichnung Katatonie oder Spannungsirresein gründete auf den auffälligen körperlichen Spannungen, die Kahlbaum bei einer bestimmten Gruppe von Geisteskranken beobachtet hatte und die er auf einen veränderten „Spannungszustande der Musculatur oder vielmehr der betreffenden Nerven“ zurückführte. Der Ausdruck Spannungsirresein verwies also auf einen starken Spannungszustand der Nerven, der sich in einem sichtbar erhöhten Muskeltonus manifestierte. Kahlbaum verstand die Bezeichnung allerdings ausdrücklich auf rein phänomenologischer Ebene, er wollte damit keine Aussagen über die Ursachen des Symptoms oder der Krankheit machen.¹⁴

In seiner Studie zur Katatonie von 1874 ist aber noch in einem zweiten Sinn von Spannung die Rede. So machte Kahlbaum bei katatonen Patienten, die nichts essen und trinken wollten, „eine allgemeine negative Spannung, eine Tendenz zur Negation“ aus, die „Nahrungsverweigerung“ scheinbar deshalb „nur ein Moment dieser allgemeinen negativen Tendenz zu sein“.¹⁵ In diesem Beispiel sprach er von einem inneren Zustand, verwendete also Spannung in einer Bedeutung, die sich im Deutschen seit dem 18. Jahrhundert findet und in der Literatur eine wichtige Rolle spielte.¹⁶ Der Psychiater ging hier scheinbar selbstverständlich von der Existenz innerer Spannungen aus, die ein Subjekt empfinden kann, anderen aber höchstens vermittelt zugänglich sind – sei es, indem jemand über seinen Zustand spricht, sei es, indem durch Mimik, Gestik oder andere Verhaltensweisen auf innere Spannungen geschlossen wird. Kahlbaum brachte also Geisteskrankheit mit körperlichen und mit psychischen Spannungen in Verbindung. Er ließ zwar einen allfälligen Zusammenhang zwischen körperlicher und psychischer Ebene offen, betonte jedoch das Zusammenspiel von äußerer und innerer Spannung, indem er darauf hinwies, dass der äußerlich erkennbare hohe Muskeltonus auf einem Spannungszustand der Nerven beruhe.

Wenige Jahre später wurden „gespannte Nerven“ zu einem Zeitsymptom. 1881 erschien „Neurasthenia“, das Buch des New Yorker Nervenarztes George M. Beard, in deutscher Übersetzung. Die Publikation gab den Anstoß zu einer großen Zahl von Neuerscheinungen, die erst kurz vor dem Ausbruch des Ersten Weltkriegs abnahm. Nach Beard stellte Nervenkraft einen treibstoffartigen Energieträger dar. „Nervenschwäche“ entstehe, wenn mehr Nervenkraft verbraucht als zugeführt

¹⁴ Karl Kahlbaum: Die Katatonie, oder Das Spannungsirresein. Eine klinische Form psychischer Krankheit. Berlin 1874, S. 23.

¹⁵ Ebd., S. 48.

¹⁶ Vgl. bspw. Thomas Anz: Spannung – eine exemplarische Herausforderung der Emotionsforschung, online zugänglich unter: http://www.literaturkritik.de/public/rezension.php?rez_id=14010 (letzter Zugriff am 12. 10. 2015); Rupert Gaderer: Poetik der Technik. Elektrizität und Optik bei E. T. A. Hoffmann. Freiburg i. Br. 2009; Michael Gamper: Elektropoetologie. Fiktionen der Elektrizität 1740–1870. Göttingen 2009; Ingo Irsigler/Christoph Jürgensen/Daniela Langer (Hg.): Zwischen Text und Leser. Studien zu Begriff, Geschichte und Funktion literarischer Spannung. München 2008.

werde.¹⁷ War Nervenschwäche um 1800 in Deutschland vor allem auf eine „Stumpfheit der Nerven“, einen Mangel an Reizen, zurückgeführt worden, wurde die Krankheit nun mit der modernen Zivilisation in Verbindung gebracht, die – so die Vorstellung – dem Menschen zunehmend Nerven- statt Muskelkraft abforderte, was zu einer Überreizung der Nerven führen konnte.

Wie der deutsche Psychiater Otto Binswanger in seinen Vorlesungen zur Neurasthenie ausführte, klagten Patienten und Patientinnen am Ende des 19. Jahrhunderts dementsprechend über ihre „aufgeregten“, „auf Drähte gespannten“, „gezerzten“ und „vibrierenden“ Nerven, die es wieder zu „beruhigen“ gelte. Binswanger berichtete, dass seine Patienten an ganz unterschiedlichen Stellen des Körpers unter „Spannungsempfindungen“ litten, die sich zum Teil objektivieren ließen, er selbst aber brachte psychische und physische Spannung nicht miteinander in Zusammenhang.¹⁸ Ähnlich ging die Psychoanalytikerin Marie Bonaparte in einem Text über den „Fall Lefebvre“ vor. Marie-Félicité Lefebvre, die Gattin eines reichen französischen Bierbrauers, brachte 1925 ihre schwangere Schwiegertochter um, weil sie – so Bonapartes Fazit – mit der Heirat des Sohns nicht einverstanden war. Der Beitrag gibt Notizen wieder, in denen Lefebvre beschreibt, wie stark sich ihre Nerven bewegten und schmerzten. Bonaparte zitiert den „vielgenannte[n]“ Text, der mit den Worten „Depression, Müdigkeit ... Neurasthenie, Unruhe, Neurose. Heirat, Kinder“ endet, in seiner ganzen Länge, fügt jedoch anschließend ironisch bei, Lefebvre gefalle sich im „Aktenstück 300 [...] in der ausführlichen Schilderung der verkrampften, gespannten und verkrümmten Nerven“.¹⁹ Weit weniger Zurückhaltung zeigten medizinische Ratgeber. So rief das „Grosse Kneippbuch“, das ab 1903 in zahlreichen Auflagen erschien, seine Leser dazu auf, sich zu beobachten und zu prüfen, ob sie ihre Arbeit mit „einer angemessenen Anspannung“ der „Nerven bzw. Körperkräfte“ erledigten. Viele Menschen würden ihre Pflichten nämlich „mit einem Übermaß an Spannungen“ verrichten und über „solche Dauerspannungszustände in einen ‚überspannten Nervenzustand‘ hineingeraten“.²⁰

Mit der Durchsetzung des Elektrizitätsparadigmas begann man also, auch Alltagserfahrungen in physikalischen Kategorien zu deuten. Die Nerven wurden zum Bindeglied zwischen Körper und Geist. Neurasthenie war die Folge einer

¹⁷ George M. Beard: Die Nervenschwäche (Neurasthenia), ihre Symptome, Natur, Folgezustände und Behandlung. Leipzig 1881 (amerikanisches Original 1880).

¹⁸ Otto Binswanger: Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie. Vorlesungen für Studierende und Aerzte. Jena 1896, S. 406.

¹⁹ Marie Bonaparte: Der Fall Lefebvre. Zur Psychoanalyse einer Mörderin. Leipzig/Wien/Zürich 1929, S. 26f. (franz. Original 1927). Lefebvre schrieb die Notizen auf die Rückseite einer Todesanzeige aus dem Jahr 1925. In ihren Heften und Notizen wiederholt sich das Motiv Nerven „unaufhörlich“. Nach Bonaparte reproduzierte Lefebvre in ihrer Hypochondrie Empfindungen aus der Zeit ihrer Schwangerschaft und Entbindung.

²⁰ Sebastian Kneipp/Bonifaz Reile (Hg.): Das große Kneippbuch. München 1903, S. 97. Obwohl körperliche und psychische Spannung in diesem Werk miteinander in Zusammenhang gebracht werden, stehen die „überspannten Nerven“ interessanterweise auch hier in Anführungszeichen.

allgemein verbreiteten Nervosität, betroffen waren Personen, die aufgrund von Überaktivität unter Erschöpfungszuständen litten oder ihre Spannungen zu wenig abreagieren konnten.²¹ Da bei der Neurasthenie die gesellschaftlichen Ursachen der Krankheit stark betont wurden, unterschied sie sich allerdings klar von den als irreversibel geltenden Geisteskrankheiten. Eine explizite Verbindung zwischen physischer und psychischer Ebene zogen Psychiater auch bei dieser Diagnose nicht.

Postuliert wurde ein solcher Zusammenhang hingegen in der Psychophysik, einem Zweig der Psychologie, die sich im ausgehenden 19. Jahrhundert als eigenständige akademische Disziplin herausbildete. Die Psychophysik zielte wie die im 19. Jahrhundert aufstrebenden Naturwissenschaften darauf ab, das überkommene Leib-Seele-Problem mit den Mitteln der empirischen Forschung zu lösen und psychische Zustände aus körperlichen Vorgängen zu erklären.²²

Nach Wilhelm Wundt, der sich zu jener Zeit vor allem mit der Physiologie der Wahrnehmung beschäftigte, besaßen „Aufmerksamkeitsvorgänge“ „physiologische Substrate“ und gingen stets mit Spannung und Entspannung einher. In seinen „Grundzüge[n] der physiologischen Psychologie“ kam er zu dem Schluss, es dränge sich auf, „die Perception eines Eindrucks als unmittelbar zusammenfallend mit der Erregung des zugehörigen Sinnescentrums [...] anzusehen, so dass Erregung des Rindencentrums eines Sinnesorgans und Erhebung über die Schwelle des Bewusstseins die beiden Seiten eines und desselben psychophysischen Vorgangs“ seien.²³ Spannung und Entspannung erfolgten nach Wundt aber nicht nur bei Aufmerksamkeitsvorgängen, sondern etwa auch im Zusammenhang mit Ereignissen oder Willenshandlungen. In Wundts Gefühlstheorie galten sie neben den Dichotomien Lust-Unlust und Erregung-Hemmung als eine Dimension der Gefühle, die deren Zeitcharakter erfassen sollte.²⁴

Trieb und Affekt: Gerichtete Spannung

Das Spannungskonzept der physiologischen Psychologie, das Gefühle auf körperliche Prozesse zurückführte, fand auch in die Nachbardisziplinen Eingang. In

²¹ Patrick Kury: *Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout.* Frankfurt a. M./New York 2012, S. 37–54; vgl. auch Hans-Georg Hofer: *Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie 1880–1920.* Wien 2004; Roelcke: *Krankheit (wie Anm. 12)*, S. 101–111; Joachim Radkau: *Die wilhelminische Ära als nervöses Zeitalter, oder: Die Nerven als Netzwerk zwischen Tempo- und Körpergeschichte.* In: *GG 20* (1994), S. 211–241, v. a. S. 212–216; Joachim Radkau: *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler.* München 2000.

²² Mai Wegener: „Das Gefühl Liebe entspräche einer rechtsdrehenden Spiralbewegung der Hirnmoleküle“. Zur Figur des Psychophysischen Parallelismus im ausgehenden 19. Jahrhundert. In: Caroline Welsh/Stefan Willer (Hg.): *„Interesse für bedingtes Wissen“.* Wechselbeziehungen zwischen den Wissenskulturen. München 2008, S. 131–152.

²³ Wilhelm Wundt: *Grundzüge der physiologischen Psychologie*, Bd. 2,4. Leipzig 1893, S. 275.

²⁴ Ders.: *Bemerkungen zur Theorie der Gefühle.* In: *Philosophische Studien* 15 (1900), S. 149–182.

der Psychiatrie reicherte es sich den bestehenden Bedeutungsschichten von Spannung an, wobei weitgehend unklar blieb, ob beziehungsweise wie die verschiedenen Ebenen miteinander zusammenhängen. Auf diese Weise erweiterte sich das Bedeutungsspektrum des Begriffs Spannung um die Jahrhundertwende erneut.

Der österreichische Psychiater Richard von Krafft-Ebing beispielsweise verwendete den Begriff Spannung 1888 in drei Bedeutungszusammenhängen. Zum einen benutzte er den Ausdruck, um einen objektiv erhebbaren somatischen Zustand oder ein subjektives Gefühl körperlicher Spannung zu beschreiben, etwa wenn eine Patientin über „Spannung im Leibe“ klagte.²⁵ Zum anderen sprach Krafft-Ebing in seinem Lehrbuch von „psychischer Spannung“. Da er dabei auf physikalische Begriffe zurückgriff, wird implizit ein Zusammenhang zwischen elektrischer, körperlicher und psychischer Spannung hergestellt. Um zu zeigen, dass bei gewissen Melancholikern die „Lösung der psychischen Spannung“ „gehemmt“ sein könne, beschrieb Krafft-Ebing einen Patienten, dem es nicht gelinge, eine „gewünschte Bewegung“ auszuführen, obwohl er alle seine Kräfte anspanne.²⁶ Schließlich brachte er Spannung mit Affekt in Verbindung. Ein Affekt werde, so der Psychiater, dann „besonders heftig“, wenn er sich zu einem „Streben“ entwickle und dieser „Spannungszustand keine sofortige Lösung“ finde. Eine „plötzliche Lösung der Spannung“, eine „Realisierung des Strebens“ rufe hingegen „einen Lustaffekt“ hervor.²⁷

Spannung wird hier als Kraft zwischen zwei Polen verstanden – ähnlich wie bei einer Redoxreaktion in einem galvanischen Element, wo die Spannung, die Differenz der Elektrodenpotentiale, die Triebkraft der Reaktion darstellt. Solange sich eine Spannung messen lässt, befindet sich die Reaktion nicht im Gleichgewicht. Krafft-Ebing übertrug also das Konzept der elektrischen Spannung auf die emotionale Ebene und ging davon aus, dass Spannungen stets nach einer Lösung strebten. Auf diese Weise postulierte der Psychiater einen Zusammenhang von Spannung und Triebkraft.

Auch Sigmund Freud kombinierte physikalische Begriffe wie Hemmung mit psychologischen Begriffen wie Lust oder Wunsch, verband nun aber Spannung mit Erregung. Nach Freud führten Triebe und Sinneseindrücke zu übermäßiger Erregung und damit zu einem Gefühl von Spannung. Da eine Erhöhung von Spannung mit Lust und eine Verminderung von Spannung mit Unlust einhergehe, zielten alle psychischen Vorgänge darauf ab, Spannung abzuführen.²⁸ In den 1920er Jahren kam Freud zwar zu dem Schluss, „dass es auch lustvolle Spannungen und unlustige Entspannungen“ gebe²⁹ – ein Aspekt, der in der Kunst, in der Ästhetik und in der Alltagssprache schon lange eine wichtige Rolle spielte, finden

²⁵ Richard von Krafft-Ebing: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende. Stuttgart ³1888, S. 339, S. 452, S. 644.

²⁶ Ebd., S. 100.

²⁷ Ebd., S. 17.

²⁸ Sigmund Freud: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Leipzig/Wien 1905.

²⁹ Ders.: Das ökonomische Problem des Masochismus. In: Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse 10 (1924), S. 121–133, hier: S. 122.

sich doch etwa in der Literatur neben „ängstlich“ durchaus auch „freudig gespannte“ Helden und Heldinnen.³⁰ Spannung besitze, wie Karl Büchler 1908 im Aufsatz „Die ästhetische Bedeutung der Spannung“ schrieb, einen ambivalenten „Gefühlston“, weshalb sie als „Mittelding von Erwartung und Zweifel, Wunsch und Furcht, Ungeduld und Neugier“ beschrieben werde.³¹ In der Medizin blieb jedoch die Gleichsetzung von Spannung und Unlust wegweisend.

Was nämlich, wenn Spannung nicht gelöst werden konnte? Nach Freuds Neurosenlehre führten unbefriedigte sexuelle Bedürfnisse zu einer „Steigerung der psychischen Spannung“ und wirkten deshalb „pathogen“. „Es gibt nur zwei Möglichkeiten“, so Freud, „sich bei anhaltender realer Versagung der Befriedigung gesund zu erhalten, erstens, indem man die psychische Spannung in tatkräftige Energie umsetzt, welche der Außenwelt zugewendet bleibt und endlich eine reale Befriedigung der Libido von ihr erzwingt, und zweitens, indem man auf die libidinöse Befriedigung verzichtet, die aufgestaute Libido sublimiert und zur Erreichung von Zielen verwendet, die nicht mehr erotische sind und der Versagung entgehen.“³²

Um Trieb mit Unlust zu verknüpfen, musste man allerdings Freuds Theorien nicht kennen. Bereits die „Allgemeine Realencyclopädie“ von 1849 definierte Trieb als „die allgemeine innere Bedingung des Strebens, vermöge welcher das Gemüth durch Lust und Unlust zu gewissen Arten des Handels angereizt“ werde.³³ Ab Ende des 19. Jahrhunderts brachten die deutschsprachigen Lexika Trieb nicht mehr mit dem Gemüt, sondern mit Emotionen in Verbindung. Im „psychologischen Sinne“ bezeichne Trieb, so heißt es in „Meyers Konversations-Lexikon“ von 1908, die „Tendenz gewisser Gefühlszustände, sich unmittelbar in zweckmäßige, d. h. solche Bewegungen umzusetzen, welche geeignet sind, ein vorhandenes Unlustgefühl zu beseitigen, bez. ein Lustgefühl zu erzeugen“.³⁴ In Kombination mit den Begriffen Trieb, Affekt oder Gefühl erhielt Spannung also eine stark dy-

³⁰ Vgl. z. B. Theodor Mommsen: Römische Geschichte. Bd. 2: Von der Schlacht bei Pydna bis auf Sullas Tod. Leipzig 1855, S. 402: „Die entsetzlichen Krisen einer funfzigjährigen Revolution, das instinctmäßige Gefühl, dass der Bürgerkrieg noch keineswegs am Ende sei, steigerten die angstvolle Spannung, die trübe Beklommenheit der Menge.“; Lou Andreas-Salome: Fenitschka. Eine Ausschweifung. Stuttgart 1898, S. 176: „Meiner Mutter Stimme klang ängstlich gespannt.“; Johanna Spyri: Heidi's Lehr- und Wanderjahre. Gotha 1880, S. 118: „Willst du eins haben?‘ fragte der Thürmer, der Heidi's Freudensprüngen vergnügt zuschaute. ‚Selbst für mich? für immer?‘ fragte Heidi gespannt und konnte das große Glück fast nicht glauben.“; Friedrich Theodor von Vischer: Auch Einer. Eine Reisebekanntschaft, Bd. 2. Stuttgart u. a. 1879, S. 79: „Hilario tritt auf, heiter gespannt.“

³¹ Karl Büchler: Die ästhetische Bedeutung der Spannung. In: Zeitschrift für Ästhetik und allgemeine Kunstwissenschaft 3 (1908), S. 207–254, hier: S. 210.

³² Sigmund Freud: Über neurotische Erkrankungstypen (1912). In: ders.: Gesammelte Werke, Bd. 8. Frankfurt a. M. 2001, S. 322–330, hier: S. 323.

³³ Trieb. In: Allgemeine Realencyclopädie oder Conversationslexicon für das katholische Deutschland, Bd. 10. Regensburg 1849, S. 236.

³⁴ Trieb. In: Meyers Großes Konversations-Lexikon. Ein Nachschlagewerk des allgemeinen Wissens, Bd. 19. Leipzig/Wien 1908, S. 707; Ute Frevert u. a.: Gefühlswissen. Eine lexikalische Spurensuche in der Moderne. Frankfurt a. M. 2011, S. 107–113.

namische Komponente. Triebe wurden mit Unlust verbunden und mussten deshalb befriedigt oder in die richtige Bahn gelenkt werden.

Starke Resonanz fand der Konnex von Trieb und Spannung an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert im Sexualitätsdiskurs. Die österreichische Schriftstellerin Grete Meisel-Hess etwa, die für Sexual- und Sozialreformen und die Rechte der Frau eintrat, schrieb 1909, „unausgelöste[...] Spannungen“ – also unerfülltes geschlechtliches Begehren – würden die „Schaffenskraft“ des Individuums „erdrücken“, wobei sich eine mangelnde „Auslösung geschlechtlicher Spannung“ bei Frauen besonders negativ auswirke: „Gerade für die Frau ist ein befriedigendes Liebesleben vielleicht noch notwendiger als für den Mann, denn sie ist der aufnehmende Teil; aus dem, was ihr von ihm kommt, baut sie ihre Energien. Der Mann, als der Ausgebende, kann sich durch ein letztes Rettungsventil, das ihm die Natur gelassen hat und das ihm zur Entladung seiner Spannungen verhilft, befreien.“³⁵

Dieser „natürliche“ Geschlechtstrieb, der sich durch heterosexuelle Handlungen befriedigen ließ, wurde klar von einem sexualpathologischen Geschlechtstrieb unterschieden, den die Psychiatrie seit den späten 1860er Jahren zu erfassen suchte. Schon Wilhelm Griesinger hatte sich bemüht, den „Drang“ zu gleichgeschlechtlichen Handlungen und dessen Verhältnis zum Geschlechtstrieb zu klären. In Krafft-Ebings Fallgeschichten von 1882 verschmolzen der Geschlechtstrieb und der pathologische Trieb schließlich zum homosexuellen Trieb. „Mit der so entdeckten Homosexualität entstand ein neuartiger Geschlechtstrieb, der Sexualtrieb, der nun entweder homosexuell und damit pathologisch oder physiologisch und damit heterosexuell war.“³⁶

Der pathologische Sexualtrieb galt als eine autonome Kraft, die starken Druck und damit ein hohes Maß an Spannung hervorrief. Magnus Hirschfeld erwähnt in seinem Lehrbuch von 1921 beispielsweise einen Pädophilen, der berichtete, er versuche seine „Erregtheit und Spannung“, die zu einer schweren „Unruhe“ führten, durch „gute Musik“ und „schnelle[s] Fahren“ im D-Zug „wenigstens einigermaßen [zu] betäuben“. Und eine Frau klagte, sie habe wegen ihrer „fortwährenden Spannung“ unter „Weinkrämpfe[n]“ und „Perioden exaltierter Lustigkeit oder Wochen stumpfer Melancholie“ gelitten.³⁷

Die Denkfigur, dass Spannung immer nach einer Lösung dränge und auf Dauer der psychischen Gesundheit schade, ließ sich gut mit der Vorstellung vereinbaren, dass psychische Störungen häufig mit einem hohen Maß an Spannung verbunden seien. Weit öfter als von einem Mangel an Spannung war deshalb in der Psychiatrie ab der Jahrhundertwende von einer „gehemmten“ oder „hohen“ Spannung die

³⁵ Grete Meisel-Hess: Die sexuelle Krise, Jena 1909. In: Mark Lehmstedt (Hg.): Deutsche Literatur von Frauen. Berlin 2001, S. 48966–49535, hier: S. 49110.

³⁶ Philippe Weber: Der Trieb zum Erzählen. Sexualpathologie und Homosexualität, 1852–1914. Bielefeld 2008, S. 37, S. 43.

³⁷ Magnus Hirschfeld: Sexualpathologie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. 1. Teil: Geschlechtliche Entwicklungsstörungen mit besonderer Berücksichtigung der Onanie. Bonn ²1921, S. 54, S. 274.

Rede, die früher oder später gewaltsam durchbreche. In Bleulers „Lehrbuch der Psychiatrie“ von 1916 heißt es beispielsweise, in Affekten liege eine „Tendenz zum Handeln“, die „oft von innen oder von außen [...] unterdrückt“ werde. In der dritten Auflage des Lehrbuchs von 1920 ist dann von einer „Triebkraft“ der Affekte die Rede, die sich mit einer „physikalischen Energiespannung“ vergleichen lasse. Könne diese Triebkraft nicht in Handlung umgesetzt werden, bleibe sie mit ihrer „Spannung“ bestehen. Erfahre man „neue Antriebe zu dem gleichen oder nur ähnlichen Handeln“, verstärke sich die Spannung, „so daß sie unter Umständen schließlich explosionsartig alle Hindernisse überwindet und eventuell sogar wie ein gehemmter Reflex intensiv und extensiv über das Ziel hinausschießt“. Besonders bedrohlich schien, dass pathologische Spannungszustände „allerlei Symptome hervorbringen“ konnten, „ohne an Energie einzubüßen“, mithin immer neue „Explosionen“ befürchtet werden mussten.³⁸

Die soziale Dimension affektiver Spannung

Ab dem Ende des 19. Jahrhunderts litten beispielsweise nicht nur Neurotiker und Epileptikerinnen unter Spannungszuständen, sondern auch Homosexuelle, Psychopathinnen und Schwachsinnige – Personen mit Diagnosen also, die zeitgenössische Psychiater einem Grenzbereich zwischen Normalität und Krankheit zuordneten. Gerade bei diesen Diagnosen zeigt sich deutlich, dass das Spannungskonzept der Psychiatrie einen eminent bürgerlichen Charakter hatte. Dem Ideal eines emotionalen Gleichgewichts entsprechend, verstand die Psychiatrie das Affektleben als ständigen Kampf zwischen Trieben, Emotionen und einer inneren Kontrollinstanz. Soziale Normverstöße erfolgten dann, so die Vorstellung, wenn es dieser Widerstandskraft nicht gelang, Triebe und Emotionen zu regulieren.³⁹ Eine fehlende Trieb- und Affektkontrolle führte also nicht mehr einfach zu einer Störung eines idealen Gleichgewichts und zur Krankheit wie in früheren Konzepten. In einem hydraulischen Emotionskonzept, wie es schon Krafft-Ebing vertrat, reguliert sich der „psychische Apparat“ selbst: Wird an der einen Stelle etwas unterdrückt, kommt es früher oder später an anderer Stelle wieder hoch und entlädt sich.

In der forensisch-psychiatrischen Praxis kam der Konnex von Spannung, Trieb und Affekt besonders bei den Diagnosen Schwachsinn und Psychopathie zum Tragen. Emil Kraepelin etwa schrieb in seinem Lehrbuch von 1915, bei „erregbaren Psychopathen“ entlade sich die „innere Spannung vor allem in Willkürhandlungen“.⁴⁰ Die mangelnde Trieb- und Affektkontrolle, die sich in „Reizbar-

³⁸ Eugen Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1916, S. 27; ders.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin/Göttingen/Heidelberg ³1920, S. 27–29.

³⁹ In der Psychiatrie wurden die Begriffe Affekt und Gefühl in der Regel nicht definiert und meist synonym verwendet.

⁴⁰ Emil Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig ⁸1915, S. 1992f. In einem anderen Kontext konnte Kraepelin Spannungszustände allerdings durchaus positiv beurteilen: „Die durch Spannung der Erwartung erreichte Verschärfung des successiven Contrastes

keit“, „Impulsivität“ oder „Haltlosigkeit“ manifestierte, wurde bei Psychopathen und Schwachsinnigen nicht auf eine eigentliche Geisteskrankheit, sondern auf eine pathologische Unfähigkeit zurückgeführt, die primär als angeboren galt.⁴¹

Obwohl Geisteskrankheiten grundsätzlich auch mit einem Mangel an Spannkraft verbunden sein konnten,⁴² meinte Spannung in der Psychiatrie um 1900 also meist starke oder zu starke Spannung. Geisteskranke und „Anormale“, denen eine hohe Triebhaftigkeit zugeschrieben wurde, konnten – so die Vorstellung – ihre Affekte nicht oder zu wenig regulieren und litten deshalb unter einer außergewöhnlich starken Spannung, die sich früher oder später explosionsartig entlud. Diese Denkfigur verdichtete sich schließlich im Fachbegriff der affektiven Spannung, der in den 1940er Jahren entstand. Affektive oder emotionale Spannung, wie man später auch sagte, galt als Symptom und hing immer mit einer psychischen Störung zusammen.⁴³

So heißt es beispielsweise in einem psychiatrischen Gutachten aus dem Jahr 1940, der Patient leide unter einer „krankhaft[en]“ „Veränderung der Affektivität“, seine „Reizschwelle“ sei tiefer „als bei Normalen“. Er verberge „unter seiner zur Schau getragenen Gemütsruhe und Liebenswürdigkeit im Umgang eine Spannung“, „die oft während längerer Zeit völlig latent“ sei, „periodisch“ aber so stark werde, dass sie „nach aussen“ durchbreche und sich in „planloser Zerstörungswut und Gewalttätigkeit“ manifestiere. Der begutachtende Arzt stellte also ein pathologisches Missverhältnis zwischen äußeren Reizen und Gefühlsreaktion fest, eine quantitative Abweichung, die an der Norm eines inneren Gleichgewichts gemessen wurde. Er stellte die Diagnose Psychopathie und empfahl, den Mann zu bevormunden und vorerst „in einer geschlossenen Anstalt“ zu belassen.⁴⁴

Der Hinweis auf die versteckte Spannung des Patienten macht deutlich, dass der Gutachter von der Existenz latenter Spannungen ausging, die sich nicht ohne Weiteres erkennen ließen. Unterschwellige Spannung spielte in der Psychiatrie eine wichtige Rolle. Aus Publikationen und Krankenakten geht hervor, dass Ärzte meist aufgrund von Indizien wie Mimik oder Gestik auf „Spannungszustände“ schlossen. In der psychiatrischen Anstalt war Spannung ein Schlüsselbegriff. Be-

bezeichnet man als ‚Pointe‘. Sie bedeutet das unvermittelte Aufeinanderplatzen unvereinbarer Vorstellungen, die plötzliche paradoxe Lösung eines psychischen Spannungszustandes.“; Emil Kraepelin: Zur Psychologie des Komischen. In: Wilhelm Wundt (Hg.): Philosophische Studien, Bd. 2. Leipzig 1885, S. 128–193, S. 327–369, hier: S. 360.

⁴¹ Urs Germann: Psychiatrie und Strafjustiz. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850–1950. Zürich 2004, v. a. S. 259–276.

⁴² Bei Pierre Janet ermöglichte psychische Spannung die psychische Synthese. Störungen traten auf, wenn die Spannung vermindert war. Eugen Bleuler nahm Janets Konzept auf und postulierte, dass Schizophrenie zu einer Lockerung der Assoziationsspannung führe. Heinz Schott/Rainer Tölle: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München 2006, S. 98f.

⁴³ Vgl. dazu Marietta Meier: Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg. Göttingen 2015.

⁴⁴ Psychiatrische Klinik Rheinau, KA-Nr. 9702, S. 10f., Abschrift des Gutachtens der Psychiatrischen Anstalt Realta vom Oktober 1940.

merkungen wie „ruhig[,] aber gespannt“, „macht unvertrauten, gespannten Eindruck“ oder „zeitweise unheimliche Gespanntheit“⁴⁵ zeigen, dass das Klinikpersonal „gespannte“ Patienten für belastend und gefährlich hielt, weil man fürchtete, dass sich Spannungen jederzeit „entladen“ könnten. Um solche „Ausbrüche“ zu verhindern oder möglichst schnell einzudämmen, wurden die Patientinnen deshalb aufmerksam beobachtet.

Worin „affektive Spannung“ aus medizinischer Sicht auch immer gründete – ab dem ausgehenden 19. Jahrhundert erhielt Spannung in der Psychiatrie eine soziale Bedeutungsebene. Das hydraulische Emotionskonzept nährte die Furcht des Bildungsbürgertums vor einem individuellen und kollektiven Kontrollverlust.⁴⁶ Ob es um eine „gespannte“ Patientin ging, um die Begutachtung eines Straftäters oder um gesellschaftspolitische und weltanschauliche Fragen – Spannungszustände konnten jederzeit kippen und eine unheilvolle Dynamik annehmen.

Bei affektiver Spannung drohte daher stets Gefahr; eine Gefahr, deren Ursachen, Anzeichen und Ausmaß, so der Anspruch, nur die Psychiatrie beurteilen konnte. Dass der instabile Zustand in einen destruktiven Prozess übergehen würde, verstand sich offenbar von selbst oder musste zumindest in Erwägung gezogen werden, konnten doch Spannungsentladungen für Individuen, soziale Gruppen und ganze Gesellschaften schwerwiegende Folgen nach sich ziehen. In der Psychiatrie hatte Spannung deshalb viel gemein mit einem Zustand gestörten Einvernehmens – eine Begriffsbedeutung, die beispielsweise in der Soziologie oder der Geschichtswissenschaft üblich war.⁴⁷ Ging es aber jenen Disziplinen in erster Linie darum, Spannungen zu beschreiben und zu erklären, sollte die Psychiatrie auch verhindern, dass Spannungen eskalierten. Dieser Anspruch blieb zunächst auf die individuelle Ebene beschränkt, betraf nach 1900 jedoch auch gesellschaftspolitische Fragen. In „The Neuroses of the Nations“ zum Beispiel, einer sozialpsychologischen Studie aus dem Jahr 1925, wurde der Erste Weltkrieg auf „eine psychische und moralische Störung“ zurückgeführt, die die Krieg führenden Länder erfasst und in ganz Europa „Spannung und Angst“ ausgelöst habe. Das Buch wollte deshalb einen Beitrag zu einer „präventiven Psychiatrie“ leisten, die in Zukunft helfen könne, ähnliche Katastrophen zu verhindern.⁴⁸

⁴⁵ Staatsarchiv des Kantons Zürich, Z100, Krankenakten Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, KA-Nr. 27603, S. 14, Eintrag vom 15. 8. 1940; Psychiatrische Klinik Waldhaus, KA-Nr. 17536, S. 8, Eintrag vom 3. 9. 1947; Psychiatrische Klinik Rheinau, KA-Nr. 9556, Schreiben an den Amtsvormund des Patienten, 18. 2. 1950.

⁴⁶ Vgl. Germann: Psychiatrie und Strafjustiz (wie Anm. 41), S. 276.

⁴⁷ Vgl. bspw. Georg Simmel: Philosophie des Geldes. Leipzig 1900, S. 542: „Durch die moderne Zeit, insbesondere, wie es scheint, durch die neueste, geht ein Gefühl von Spannung, Erwartung, ungelöstem Drängen – als sollte die Hauptsache erst kommen, das Definitive, der eigentliche Sinn und Zentralpunkt des Lebens und der Dinge.“

⁴⁸ Carolyn E. Playne: The Neuroses of the Nations. London 1925; E. E. Sperry: The Neuroses of the Nations. Review. In: AHR 31 (1925), S. 137f.; vgl. auch den Beitrag von Thomas Beddies in diesem Band.

Fazit: Spannung und Macht

Spannung konnte an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert vieles meinen: mechanische, elektrische oder körperliche Spannung, soziale, politische, innere oder psychische Spannungen. Der Begriff wurde in zahlreichen Bereichen und Zusammenhängen verwendet, wobei sich die verschiedenen Bedeutungen oft nicht klar voneinander trennen ließen, sondern ineinander überflossen. Als *boundary concept* ermöglichte der Ausdruck Spannung deshalb der Psychiatrie, an alltags-sprachliche Vorstellungen von Spannung anzuknüpfen und diese mit Begriffen und Wissensbeständen verschiedener Fachdisziplinen, vor allem der Physiologie, der Neurologie und der Psychologie, zu verbinden.

War in der Psychiatrie von Spannung die Rede, konnten dem Begriff also ganz unterschiedliche Spannungskonzepte zugrunde liegen. Dass sich diese Vorstellungen kaum auf einen gemeinsamen Nenner bringen ließen, spielte in der Regel keine Rolle. Jeder wusste: Spannungen konnten nicht nur krankhaft sein, sondern auch krank machen. Spannung war deshalb in der Psychiatrie kein Begriff, der definiert und diskutiert wurde. Die Wirksamkeit, die der Ausdruck entfaltete, gründete vielmehr in seiner Langlebigkeit, seiner Unscheinbarkeit und seinem breiten semantischen Feld. Da mit Spannung Körperfunktionen, Nerven, Triebe, Affekte, Emotionen und deren soziale Folgen assoziiert werden konnten, ermöglichte der Begriff, Körper und Geist, Individuum und Gesellschaft miteinander in Verbindung zu bringen, ohne klären zu müssen, wie diese verschiedenen Ebenen zusammenhingen.⁴⁹

Das Spannungskonzept, das die Psychiatrie in der langen Jahrhundertwende vertrat, zeichnet sich durch eine eigentümliche Hybridität aus: Es beruhte einerseits auf der Vorstellung, dass der Körper ein selbstregulierender Organismus sei, in dem dynamische Vorgänge wirkten, die ein innerorganisches Gleichgewicht anstrebten. Auf der anderen Seite ging man davon aus, dass Geistesranke und „Abnormale“, unter Umständen sogar soziale Gruppen und ganze Gesellschaften Spannungen nicht regulieren könnten oder diese auf eine Art und Weise regulierten, die sie und andere in Gefahr bringe. Um Sicherheit zu gewährleisten und Konflikte zu verhindern, musste in solchen Fällen von außen eingegriffen werden, also eine andere Form von Dynamik zum Zug kommen. War in der Psychiatrie von Spannung die Rede, ging es daher immer auch um Macht.

Karl Jaspers weist in seinem Überblick zur Psychopathologie von 1946 darauf hin, dass Spannung in allen Bereichen des Lebens eine zentrale Rolle spiele: „Span-

⁴⁹ In dieser Hinsicht gleicht Spannung dem Begriff Stimmung, den Caroline Welsh untersucht hat. Die Figur der Stimmung findet sich zwischen 1750 und 1850 in der Anthropologie, Physiologie, Psychologie, Ästhetik, Literatur und Musik, wo sie je nach Kontext unterschiedliche Funktionen übernahm. Vgl. zum Beispiel Caroline Welsh: Stimmung. The Emergence of a Concept and its Modifications in Psychology and Physiology. In: Birgit Neumann/Ansgar Nünning (Hg.): Travelling Concepts for the Study of Culture. Berlin/New York 2012, S.267–289. Ähnliche Studien gibt es auch zu den Begriffen Hemmung, Aktion und Reaktion: Roger Smith: Inhibition. History and Meaning in the Science of Mind and Brain. London 1992; Jean Starobinski: Aktion und Reaktion. Leben und Abenteuer eines Begriffspaars. Wien 2001.

nung und Entspannung ist eine vom Biologischen bis zur Seele und zum Geist gehende Polarität. Sie geht vom Muskel über den Willen bis zur weltanschaulichen Grundhaltung. Was aber als physiologisches Geschehen natürlicherweise in rhythmischem Wechsel zum Gleichgewicht führt, das wird im Seelischen aus einem bloßen Geschehen zur Aufgabe.⁵⁰ Was jedoch – so die Frage, die in der Psychiatrie stets im Raum stand –, wenn diese Aufgabe nicht bewältigt, die Spannung zu stark wurde, überhand nahm und ihr nichts mehr standhalten konnte?

Abstract

Tension (*Spannung*) is defined as a state of affairs hanging in the balance – a static, yet unstable state on the fringes of productive or destructive processes. The term's usage in the German language has been documented as early as the 17th century. At that time, analogously to the transitive usage of the verb 'to tense', the term referred exclusively to the action of tightening something or to being tightened: horses were and are yoked, bows drawn, strings tautened. From the 18th century onwards tension also signified a state of strained relations, and finally, from the 19th century, the psychological condition of a person who was anticipating something, whose attention was stirred up. At the same time, a new term was coined with the invention of electric tension. With the establishment of physiology as a discipline since the mid-19th century, the nervous system itself was increasingly viewed as a system of electric impulses, nerve pathways, and energy flux. Simultaneously, every-day experiences were increasingly interpreted in such categories: thus the effect modern cities took on the individual was characterized as tension or overstimulation. In 1900 the term tension was thus employed in numerous contexts. The boundaries between the different definitions were expanded and blurred, translation and adoption processes can be discerned. It is the proposed article's goal to scrutinize the reciprocal effects as they took place between the different concepts of the term tension. In doing so, the psychiatric field plays a central role in the analysis.

In psychiatry, psychological tension has been linked with other, different forms of tension – in their texts, psychiatrists often hold the mechanistic view that, in order to restore an equilibrium, tension has to build and reach breaking-point. In contrast to other areas, the terms tension, tenseness, and state of stress were always defined in a distinctly negative way. Tension could not only make you sick, it could even become pathological, being closely related to madness or at least psychological alterity. Tension discharge could yield dangerous results. It is for this reason that, from the psychiatrists' point of view, a 'high affective tension' always poses a threat – a danger whose magnitude and causes can solely be assessed, so they claim, by themselves.

⁵⁰ Karl Jaspers: *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin/Göttingen/Heidelberg 1946, S. 286.

Thomas Müller

Rückführung des Irren in die Gesellschaft?

Außerklinische Versorgungsformen und Behandlungsorte des Wahnsinns (ca. 1850–1914)

Die Psychiatrische Familienpflege ist und war eine außerklinische Alternative zur stationären Behandlung psychisch kranker Menschen.¹ In diesem Beitrag wird das Spektrum an Motiven dargestellt, die in historischer Perspektive zur Etablierung dieser Versorgungsform in Westeuropa geführt haben. Kurz gesagt, werden bei der Psychiatrischen Familienpflege psychisch Kranke in nicht-leibliche Familien aufgenommen und profitieren häufig von diesem Familienanschluss und einem – relativ gesehen – selbstbestimmten Lebensalltag. Die Gastfamilien erhalten ein monatliches Entgelt für ihren Versorgungsaufwand.

Diese Praxis wirkt kurios und ist zunächst überraschend. Aus der Perspektive konservativ-schulmedizinischer Ideologie scheint dieses, nur zum Teil der Welt der Medizin zuzuordnende *setting* antiquiert, unter Umständen sogar therapeutisch unzumutbar, in ethischer Perspektive fragwürdig. Solcherlei Bewertungen liegen, wie Quellen aus dem 19. und 20. Jahrhundert belegen, in substantiellem Maß vor. Als problematisch wurde und wird bis heute empfunden, dass herkömmliche Grenzbeziehungen zwischen „normal“ und „krank“ beträchtlich modifiziert zu werden scheinen. Aufgrund der (Mit-)Versorgung psychisch Kranker durch medizinische Laien wird der sogenannten Familienpflege von jeher Skepsis, aber auch identifikatorisches Interesse, in jedem Fall jedoch große Aufmerksamkeit auch jenseits der Expertenkreise zuteil: Egon Erwin Kisch, der in der Weimarer Republik als „rasender Reporter“ bekannte Schriftsteller, war der Faszination des zentralen kontinentaleuropäischen Ursprungsortes – dem flämischen Gheel bei Antwerpen – ebenso erlegen wie viele andere schreibende und journalistisch tätige Autorinnen und Autoren mit Renommee. Zudem existieren Reiseberichte einer schier unerschöpflichen Zahl von Ärzten und medizinischen Laien, deren Werke zwar die Akzeptanz der Familienpflege seitens der Experten

¹ Die historische Bezeichnung für diese von einigen Protagonisten auch als Therapie verstandene Versorgungsform ist grammatikalisch nicht eindeutig. In jüngster Zeit wurde sie durch den Terminus „Betreutes Wohnen in Familien“ abgelöst.

nur zum Teil indizieren, das erstaunliche Interesse daran jedoch zweifelsfrei belegen.²

Zuletzt wurde ein venezianischer Schriftsteller und Anwalt anlässlich seines 2012 erschienenen Romans „Tutti i colori del mondo“, dessen historische Handlung geografisch wesentlich in Gheel situiert ist, für den renommierten „Premio Campiello“ nominiert, ebenso für den „Premio Fiesole di Narrativa (Under 40)“. Giovanni Montanaro, Jahrgang 1983, in dessen Roman neben der Thematik der psychischen Erkrankung auch die Malerei van Goghs im Besonderen und die Welt der Farben im Allgemeinen eine zentrale Rolle spielen, ist der jüngste Autor, der diese flämische Versorgungsform psychisch Kranker, die – wir gehen von 800 Jahren aus – so alt ist wie die regionale Pilgergeschichte, auf dezente Weise in die Handlung seines Romans eingeflochten hat. Eine deutsche Übersetzung liegt seit dem Jahr 2013 vor. Im Zentrum der Handlung steht die fiktive Geschichte des zur jungen Frau werdenden Waisenkindes Teresa und ihre Begegnung mit dem jungen Vincent van Gogh in Flandern 1881. Sie begegnen sich in Gheel, der sogenannten Stadt der Verrückten, in der Grenzziehungen zwischen psychisch Kranken und der Gesellschaft so völlig anders vorgenommen zu werden scheinen als in vielen urbanen oder zum Teil auch ländlichen Räumen vor allem Westeuropas.

Diese Versorgungsform für kranke beziehungsweise als solche bezeichnete Menschen, die herkömmliche Grenzziehungen zwischen „normal“ und „krank“ verschiebt, fasziniert. Aus der Nähe betrachtet, auch aus gegenwärtiger therapeutischer Sicht, scheint es sich derart zu verhalten, dass der nüchterne Kontrakt – „Geld gegen Wohnangebot“ – eine offensichtlich befriedigendere Ausgangsbasis für eine kontinuierliche Pflege und einen sachlichen, der psychischen Erkrankung angemessenen Umgang zwischen dem Kranken und der Gastfamilie ist als Altruismus und Nächstenliebe allein. Erstreckt sich die diesem Beitrag zugrunde liegende Studie auch über circa 70 Jahre, und ist zweifelsfrei von sich verändernden Begriffen von „Krankheit“, „Pflege“, auch von „Patient“ oder „Familie“ auszugehen,³ so werden seitens der involvierten Patientinnen und Patienten die die Frage des Versorgungsortes betreffenden Entscheidungen in erstaunlichem Maße gleichförmig zugunsten der Psychiatrischen Familienpflege bilanziert. Bei der Familienpflege als Versorgungsform wird ein Eigeninteresse der die Versorgung Tragenden zumindest teilweise über das Geld und die damit verbundene soziale Anerkennung „abgegolten“.⁴

² Thomas Müller: Reisende Psychiater. Zum Transfer medizinischen Wissens unter europäischen Ärzten im späten 19. Jahrhundert. In: Arnd Bauerkämper/Hans Erich Bödeker/Bernhard Struck (Hg.): Die Welt erfahren. Reisen als kulturelle Begegnung von 1780 bis heute. Frankfurt a. M. 2004, S. 265–294.

³ Für den diesbezüglichen Hinweis danke ich Flurin Condrau.

⁴ Nichtmaterielle Interessen sind in der Zwischenzeit auch Gegenstand einer insgesamt noch jungen systematisch-wissenschaftlichen Versorgungsforschung in diesem Sektor der Medizin. Vgl. dazu: Michael Konrad/Marlies Miller-Clesle/Barbara Roth: Gute Familien – Schlechte Familien. Urteile des Familienpflegeteams und ihre Evidenz für den Verlauf einer Pflege-Episode. In: Michael Konrad/Paul-Otto Schmidt-Michel (Hg.): Die zweite Familie. Psychiatrische Familien-

Interessanterweise wird bei der Umsetzung dieser Versorgungsform *forciert*, was zu anderen Zeiten seitens der Psychiatrie, aber auch der Zivilgesellschaft zu *verhindern* versucht wurde: Eine Vermischung psychisch kranker Menschen mit der sogenannten Normalbevölkerung, im optimalen Falle eine Integration der Kranken in die Bevölkerung, um nicht gar – dem Vokabular aktueller Menschenrechts- und Behindertenkonventionen entliehen – von Inklusion zu sprechen. Berichtet wird im Rahmen dieses Beitrags also von einem Gegenstand in historischer Perspektive, dessen erneute Etablierung in zwölf deutschen Bundesländern, aber auch in einigen europäischen Nachbarstaaten, wie beispielsweise der Schweiz, binnen der letzten beiden Dekaden erfolgreich vonstatten ging. Dies erhöht die Komplexität der Betrachtung unseres Gegenstands.⁵

Zur Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege – Ein kurzer Überblick

Im Wesentlichen geht die Geschichte der westeuropäischen Psychiatrischen Familienpflege auf den Ort Gheel im belgischen Flandern zurück.⁶ Diskutiert und auf unterschiedlichste Weise umgesetzt wurde die Familienpflege seit dem 19. Jahrhundert übrigens nicht allein in fast allen europäischen Ländern, sondern auch in

pflege. Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn 1993, S. 165–180; Christine Schönberger/Peter Stolz: Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch zur Umsetzung. Bonn 2003.

⁵ In verschiedenen Ländern, vorwiegend der westlichen Welt, werden in jüngerer Zeit darüber hinaus Versuche unternommen, diese Versorgungsform nicht allein bei langfristig psychisch Kranken, sondern auch zur Krisenintervention sowie zur Versorgung geistig behinderter, pflegebedürftiger oder alter Menschen einzusetzen. Forschungen zu diesem Versorgungsmodell beziehen sich heute auf verschiedenste Fragestellungen, wie z. B., ob bei der familialen Versorgung schizophoren erkrankter Menschen therapeutische Prozesse zu erwarten seien. Vgl. dazu z. B. Michael Konrad: Sind therapeutische Prozesse bei chronisch Schizophrenen in Psychiatrischer Familienpflege denkbar? In: ders./Schmidt-Michel (Hg.): Familie (wie Anm. 4), S. 142–164; vgl. auch die Beiträge in Michael Konrad/Jo Becker/Reinhold Eisenhut (Hg.): Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung. Freiburg i. Br. 2012. In einem übergeordneten Forschungsprojekt vergleiche ich die Anfänge der Psychiatrischen Familienpflege in Frankreich und Deutschland zwischen ca. 1850 und dem Beginn des Ersten Weltkriegs, auch vor dem Hintergrund der transnationalen Einflüsse bzw. des internationalen Wiederhalls dieser Thematik: Thomas Müller: Psychiatrische Familienpflege im Vergleich. Zur Rezeption eines belgischen Therapiesystems in der deutschen und französischen Psychiatrie, ca. 1850–1914 (Habilitationsschrift 2014, Publikation in Vorbereitung). Entsprechend wird in diesem Beitrag von den untersuchten historischen Modellen berichtet. Hingegen kann auf die aktuell klinisch umgesetzten Modelle über die oben gemachten Angaben hinaus nicht näher eingegangen werden.

⁶ Erläuterungen zur Geschichte der schottischen Familienpflege, eines nicht konfessionell gebundenen Typs der Familienpflege, und deren Einfluss, insbesondere auf die französische Debatte, müssen hier ausgespart bleiben. Hinsichtlich seiner Auswirkungen auf dem europäischen Kontinent erscheint der schottische Typ jedoch insgesamt nachgeordnet, wenn auch nicht unbedeutend.

Nord- und Südamerika, in Russland, Japan,⁷ Australien, Südafrika und anderen Teilen der Welt. Die Verbreitung der Familienpflege in adaptierter Form umfasst beispielsweise auch die britischen Kolonien in Indien, wie auch die Inseln Java und Kuba. Von zentraler Bedeutung war jedoch ohne Zweifel die Modellfunktion der flämischen Familienpflege. Die Gründung der Siedlung bei Antwerpen geht wohl auf das 6. Jahrhundert zurück. Als Pilgerort ist Gheel seit dem 12. Jahrhundert bekannt. Seit dem Mittelalter – und dies blieb in gewissem Sinne bis heute so – reisten die Menschen deswegen aus unterschiedlichsten Gründen dorthin: Sie kamen als Kranke, Angehörige oder mit medizinischer Versorgung beruflich Beauftragte. Die unzähligen christlichen Pilger und ihre Begleiter, die sich nach Gheel aufmachten, erhofften sich von der Durchführung eines neuntägigen Rituals in einer örtlichen Kirche insbesondere die Heilung ihrer Leiden, in deren Beschreibung wir heute – bei aller Vorsicht – vor allem zeit- und kontextgebundene psychische Auffälligkeiten erkennen können. Gheel war für diese Menschen ein Pilgerort im herkömmlichen Sinne des Wortes. Dort hofften sie, von ihren Erkrankungen geheilt zu werden, was unterschiedlich gut gelang. Um den Pilgern den Verbleib vor Ort und die Durchführung weiterer Heilungsrituale in den örtlichen Kirchen zu ermöglichen, entstand ein kirchlich organisiertes, aber privat in den einheimischen Familien umgesetztes Übernachtungs- und Unterbringungssystem. Gegen ein Entgelt wohnten die Patientinnen und Patienten bei fremden Familien – und manche dieser Gäste blieben ein Leben lang. Die gesellschaftliche Ausgrenzung von „Kranken“ verlor hier offenbar an Wirkmacht. Die religiöse Praxis verursachte eine Verschiebung von Grenzen, wenn auch nicht deren völlige Auflösung. Zuvor Ausgegrenzte erfuhren partielle Integration in zumeist ländliche gesellschaftliche Zusammenhänge.

Die Französische Revolution und ihre Folgen, die in ganz Europa mit der mehr oder minder starken, wenn zum Teil auch nur vorübergehenden Zurückdrängung religiöser Einrichtungen einherging, führte *mitnichten* zur Schließung dieser belgischen Initiativeeinrichtung, sondern zu ihrer Säkularisierung. Eine durch religiös motivierte Heilsvorstellungen und die Pilgerpraxis initiierte Verschiebung der Grenzen zwischen „gesund“ und „krank“ hatte auch weiterhin Bestand. Der Bürgermeister und ein Gemeindegremium übernahmen die Organisation, die zuvor ein Chorherrenkollegium besorgt hatte, und überwachten die Verteilung der verweilenden Pilger auf die Gastfamilien.

Zunächst übernahmen *ortsansässige* Ärzte die medizinische Versorgung. Erst ab 1850 – der Staat Belgien entstand 1830 – wurde diese von eigens *hierfür bestellten* Ärzten gewährleistet. Im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts besuchten Tausende von Menschen aus dem In- und Ausland – Experten wie Laien – Gheel, unter ihnen auch Familien mit kranken Menschen sowie Familien, die sich dafür interessierten, als Gastfamilie zu fungieren. Beamte der Gesundheitssysteme kamen

⁷ Zu diesem Länderbeispiel liegt eine ausgearbeitete Studie vor: Akira Hashimoto/Thomas Müller: Geel – Crossing the Borders. Transnational Histories of Psychiatric Foster Family Care in Germany and Japan. In: Tijdschrift van de Geschiedenis van de Geneeskunde 14 (2010) 2, S. 81–88.

ebenso nach Gheel wie eine große Zahl im 19. Jahrhundert geborener Psychiater und Nervenärzte internationaler Provenienz. Viele Namen füllen die Liste des Besucherbuchs der Irrenkolonie, darunter sogar die der gesamten Hautevolee der Psychoanalyse der US-amerikanischen Ostküste, die zeitgleich mit dem „rasenden Reporter“ Kisch vor Ort war.

Die Atmosphäre, die die Kranken in den fremden Familien umgab, und die Lebensqualität, die dies mit sich brachte, wurden insgesamt von den Nutzern wie auch von vielen Besuchern als äußerst positiv bewertet. Angesichts dessen ist es kaum überraschend, dass die Familienpflege in Gheel, wie auch an anderen Orten Belgiens, als Versorgungsform bis heute existiert.

Und man darf hier anmerken: Sie besteht entgegen aller anders lautenden Prognosen aus den verschiedensten Richtungen der Medizin und Gesellschaft, die quasi zu jeder Zeit geäußert wurden. Die Familienpflege wurde in jeder Dekade neu generiert, was Fachzeitschriften ebenso wie die Feuilletons belegen. Zwar hat die historische Form mit der heutigen Familienpflege in Belgien, Frankreich oder auch Deutschland nur noch wenige Gemeinsamkeiten, da beispielsweise in die Umsetzung umfassende krankenpflegerische, sozialpädagogische, psychologische, psychiatrische und andere medizinische Erkenntnisse und Entwicklungen auf unterschiedliche Art und Weise integriert wurden. Aus der Psychiatrischen Familienpflege des späten 19. Jahrhunderts ist eine zeitgemäße Versorgungsform der Gegenwart geworden. Gemeinsam ist der traditionellen Familienpflege und ihrer gegenwärtigen modernen Umsetzung jedoch offenbar noch das Folgende: Viele Patientinnen und Patienten fühlen sich in privaten, sogenannten zweiten Familien wohler als in großen, manchmal doch als recht anonym wahrgenommenen Gesundheitseinrichtungen, was sowohl dem historischen Aktenmaterial⁸ als auch den erfassbaren Aussagen der selbst wählenden Patientinnen und Patienten in gegenwärtiger Versorgung zu entnehmen ist. Dies verrät offenbar etwas über die Qualität und den vergleichsweise hohen individuellen Zuschnitt der Versorgung dieser Patienten, erlaubt also Rückschlüsse auf die allgemeine Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, die derart versorgt werden. Auch das Einkommen, das der Gastfamilie als Entgelt für den zusätzlichen Kostenaufwand und zum Ausgleich für die alltägliche Versorgung zukommt, erfüllte und erfüllt seinen Zweck – ein zweiter Aspekt von Kontinuität seit den Anfängen der Familienpflege.

In seiner langfristigen Bedeutung nicht zu unterschätzen ist darüber hinaus ein hinsichtlich psychischer Erkrankungen aufklärerischer Aspekt für die Bevölkerung: Die Gastfamilie und die Menschen in ihrer Umgebung lernen quasi im alltäglichen Leben, von negativen Stereotypen und Diffamierungen psychisch Kranker Abstand zu nehmen. Kontinuität hat weiterhin, dass die Versorgung von psychisch Kranken in Gastfamilien im 19. Jahrhundert – auch im internationalen Vergleich – deutlich kostengünstiger war als die Versorgung in den sogenannten

⁸ Siehe demnächst Müller: Psychiatrische Familienpflege (wie Anm. 5).

Anstalten, und zwar unabhängig davon, wer in welchem gesetzlichen Zusammenhang formal die Kostenträgerschaft zu übernehmen hat(te).⁹

Zur Entwicklung eines außerklinischen Versorgungsmodells in Westeuropa – Die Psychiatrische Familienpflege

Die Entwicklung der Familienpflege in Deutschland

Kurz gesagt, kann man in ganz Westeuropa, und damit auch in deutschen Landen spätestens ab den 1850er Jahren von einer psychiatrischen Debatte sprechen, in der es um die Art und Weise der Unterbringung psychisch Kranker ging: Die Frage war damals, wie Patienten auf medizinisch adäquate und moralisch akzeptable Art und Weise zu versorgen seien.¹⁰ Wichtig ist hier, sich in Erinnerung zu rufen, dass die vielen Ziegelstein-Komplexe, die als psychiatrische Anstalten noch heute – wenn auch häufig in anderer Funktion – zum Bild fast jeder größeren deutschen Stadt gehören, um 1860 herum noch nicht existierten. Vielmehr diskutierte man, ob solch kostenintensive Einrichtungen überhaupt benötigt würden. Manche Diskussionsteilnehmer zogen schlichtweg in Zweifel, dass diese Anstalten notwendig seien. Die Gheel'sche Familienpflege wurde in den Publikationen und Vorträgen der federführenden deutschen Psychiater, der Befürworter des Anstaltsbaus, wie Flemming, Roller oder Damerow, jedoch scharf kritisiert. Sie wurde genau wie einige andere Reformvorschläge Wilhelm Griesingers von der Mehrheit der deutschen Psychiater um 1868 zurückgewiesen.¹¹ Dies kam einer Vorentscheidung ge-

⁹ Die geringeren Kosten stellen auch in unseren Tagen einen Vorteil der Familienpflege bzw. des Betreuten Wohnens in Familien dar, vor allem in der in Baden-Württemberg, in Brandenburg, in Teilen Thüringens, Nordrhein-Westfalens, dem Saarland und inzwischen beginnend auch in Bayern umgesetzten Form der entgeltlich geregelten, seitens der Sozialverbände finanzierten heterofamilialen Versorgung. Praktiker der klinischen Versorgung psychisch Kranker bringen auch die Versorgungsform des Betreuten Wohnens in Familien mit anspruchsvollen Konzepten wie dem der „Inklusion“ in Zusammenhang. Vgl. Thomas Müller: Institutionelle oder offene Versorgung. Zur Geschichte des Betreuten Wohnens in Familien („Psychiatrische Familienpflege“) als Gegenstand einer nie enden wollenden Kontroverse der Psychiatrie. In: Konrad/Becker/Eisenhut (Hg.): Inklusion (wie Anm. 5), S. 36–46.

¹⁰ Thomas Mueller: Community Spaces and Psychiatric Family Care in Belgium, France and Germany. A Comparative Study. In: Leslie Topp/James Moran/Jonathan Andrews (Hg.): Madness, Architecture and the Built Environment. Psychiatric Spaces in Historical Context. London 2007, S. 171–189; sowie Thomas Mueller: Re-Opening a Closed File of the History of Psychiatry. Open Care and its Historiography in Belgium, France and Germany, c. 1880–1980. In: Waltraud Ernst/Thomas Mueller (Hg.): Transnational Psychiatries. Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective, c. 1800–2000. Newcastle on Tyne 2010, S. 172–199.

¹¹ Zu Griesingers Stadtasyl und zur Familienpflege vgl. Paul-Otto Schmidt: Asylisierung oder familiäre Versorgung. Die Vorträge auf der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte bis 1885 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 44). Husum 1982; Thomas-Peter Schindler: Psychiatrie im Wilhelminischen Deutschland im Spiegel der Verhandlungen des „Vereins deutscher Irrenärzte“ (ab 1903: „Deutscher Verein für Psychiatrie“) von 1891–1914. Diss. med. Berlin 1990, S. 94–97; Kai Sammet:

gen die Familienpflege als Versorgungsmodell und Alternative zur Anstaltsversorgung gleich.¹² Die Einführung der Familienpflege im deutschen Raum war also, bis auf Ausnahmen, vorläufig obsolet.¹³ Allerdings setzten einige Befürworter der Familienpflege ihre Vision dennoch in die Praxis um – so gab es derartige Modelle im Königreich Hannover, in der Provinz Sachsen sowie in der Stadt Berlin.¹⁴

Wie erklärt sich die ablehnende Haltung vieler deutscher Psychiater? Die ersten Lehrstühle des Faches (1865 Berlin, dann Göttingen, Heidelberg 1871, Leipzig und Bonn 1882) wurden erst errichtet, die Psychiatrie war noch kein Prüfungsfach, und man strebte allgemein nach Professionalisierung. Die Unterbringung von Patienten bei medizinischen Laien war aus diesem Grund vollkommen unerwünscht und wurde als geradezu gefährlich für den Ruf des jungen Faches erachtet. Die Überfüllung der Anstalten im Deutschen Reich gegen Ende des 19. Jahrhunderts jedoch (unter anderem durch das Landarmengesetz 1891/1892 erklärbar)¹⁵ und das notwendig erscheinende Eingehen auf die von Laiengruppierungen geäußerte Kritik an der psychiatrischen Praxis¹⁶ brachten mit sich, dass in den 1890er Jahren doch damit begonnen wurde, die Familienpflege zu etablieren – jedoch *zusätzlich* zu den neu errichteten und bereits überfüllten Anstalten.

Recht unberührt von den Vorbehalten der Kollegen in der Debatte um die Asylisierung, hatten sich einige deutsche Psychiater vergleichsweise früh für die Familienpflege interessiert und engagiert, wie zum Beispiel Konrad Alt (1861–1922) in Uchtspringe bei Magdeburg, oder Ferdinand Wahrendorff (1826–1898) in Ilten bei Hannover. Sie gelten als Initiatoren der Entwicklung der Familien-

„Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865–1868 (= Hamburger Studien zur Geschichte der Medizin, Bd. 1). Münster/Hamburg/London 2000.

¹² Siehe August Heinrich Philipp Damerow: Zur Irrencolonie Gheel (nach Dr. A. Droste in Osnabrück). In: AZP 12 (1855), S. 488–491; Christian Friedrich Wilhelm Roller: Die Irrencolonie Gheel von Jules Duval. In: AZP 15 (1858), S. 412–425; Carl Friedrich Flemming: Über Irren-Colonien und Irren-Anstalten. In: AZP 18 (1861), S. 814–818; darüber hinaus differenzierter bei Richard von Krafft-Ebing: Ein Besuch in Gheel vom 27.–29. November 1866. In: AZP 24 (1867), S. 665–688.

¹³ Konrad/Schmidt-Michel (Hg.): Familie (wie Anm. 4), S. 42; zu Konrad Alt siehe Lars Nyhøgen: Konrad Alt und die ersten Patienten der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe. Diss. med. Magdeburg 2011.

¹⁴ Diese wurden im übergeordneten Forschungsprojekt des Verfassers untersucht. Müller: Psychiatrische Familienpflege (wie Anm. 5); siehe u. a. auch Thomas Müller: Ein altmärkisches Modell medizinischer Versorgung im europäischen Kontext der Jahrhundertwende. In: *Comparativ* 14 (2004) 4, S. 64–78 (Themenheft „Mikro-, Makro-, Weltgeschichte. Wandervögel in Böhmisches Dörfchen. Projekte einer neuen Generation.“ Hg. von Martin Krämer-Liehn).

¹⁵ Dieses Gesetz regelte die Kostenträgerschaft für die Anstaltsverpflegung bzw. änderte sie grundsätzlich. Mit dem Landarmengesetz wurde festgelegt, dass die Anstaltsverpflegung in Preußen zu zwei Dritteln durch den Kreis und zu einem Drittel durch die Ortsarmenverbände übernommen werden musste. Siehe Konrad/Schmidt-Michel (Hg.): Familie (wie Anm. 4), S. 46.

¹⁶ Siehe u. a. Heinz-Peter Schmiedebach: Eine „antipsychiatrische Bewegung“ um die Jahrhundertwende. In: Martin Dingens (Hg.): *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich* (ca. 1870–1933) (= MedGG, Beiheft, Bd. 9). Stuttgart 1996, S. 127–159.

pflege in Deutschland. Nach 1890 wurde diese an einer Reihe weiterer Orte initiiert.¹⁷

Ab 1895 circa, interessanterweise nun *ohne* umfassende Diskussion, wurden Familienpflegen vielen deutschen Anstalten angegliedert. Etliche Kranke waren hier jedoch zum Teil noch in der eigenen, leiblichen Familie untergebracht, man bezeichnete dies als „homofamiliale Pflege“, oder sie lebten in großen Gruppen in eigens hierfür errichteten Kleinpavillons, so zum Beispiel in Berlin. Es war zunächst und wesentlich auch der ökonomische Druck, der um die Jahrhundertwende zur Einführung der Familienpflege im Deutschen Reich führte, weniger die medizinische Erkenntnis oder gar der Wunsch nach gesellschaftlicher Integration der sogenannten Irren.

Die Familienpflege erlebte ihre erste goldene Zeit bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs. Die Umfunktionierung vieler Psychiatrien während des Ersten Weltkriegs zu Militärlazaretten führte zu einer deutlichen Stagnation. Festzuhalten ist, dass medizinisch und ökonomisch Verantwortliche zum Teil bewusst und beabsichtigt Erkrankung und Tod vieler Patientinnen und Patienten herbeiführten. Durch den mit dem Begriff „Hungersterben“¹⁸ bezeichneten Tod vieler Patientinnen und Patienten nach 1914 und während der Kriegsjahre verringerte sich faktisch auch die Zahl der für die Familienpflege infrage kommenden Patienten. Dies gilt auch, obwohl bekannt geworden ist, dass von einzelnen Ärztinnen und Ärzten die Familienpflege als Mittel zum Zweck der stationären Entlassung zur Anwendung gebracht wurde, in der realistischen Einschätzung der Gefahr einer stationären Behandlung und letztlich zum Schutz der Betroffenen. Allerdings geschah dies nur in einem quantitativ weniger bedeutsamen Maße.

Die durch die medizinischen, ökonomischen und politischen Entscheidungen während des Ersten Weltkriegs verursachte Stagnation konnte jedoch bis in die Jahre der Weimarer Republik hinein allmählich wieder kompensiert werden. Die Gesetzgebung der Nationalsozialisten setzte dann jedoch der Psychiatrischen Familienpflege, zumindest was ihre umfassende Anwendung angeht, weitgehend ein Ende.¹⁹

¹⁷ 1884 Dalldorf bei Berlin, 1886 Bunzlau, 1889 Eichberg und Kortau, 1891 Allenberg, 1892 Lübeck, 1893 Herzberge bei Berlin, 1895 Klängenmünster und Uchtsprünge, 1896 Zwielfalten, 1897 Weißenau und Hildburghausen, 1898 Uchtsprünge-Gardelegen, 1899 Merxhausen, 1900 Uchtsprünge-Jerichow usw.; vgl. Paul-Otto Schmidt-Michel: Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. In: Konrad/ders. (Hg.): Familie (wie Anm. 4), S. 44.

¹⁸ Heinz Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg i. Br. 1998.

¹⁹ Die 1920er bis 1940er Jahre sind nicht Teil des Untersuchungszeitraums der übergeordneten Studie und finden daher in diesem Beitrag keine Berücksichtigung. Partiiell bearbeitet finden sich Aspekte dieser Jahre jedoch in Thomas Müller/Thomas Beddies: Psychiatrie und Psychotherapie im nationalsozialistischen Deutschland. Teil I: Die Psychiatrie. In: Psychologische Medizin. Österreichische Fachzeitschrift für medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie 15 (2004) 3, S. 16–23.

Die Familienpflege in Frankreich und Deutschland – ein Vergleich

Der Blick nach Frankreich ermöglicht uns, die Entwicklung der Familienpflege vergleichend zu betrachten. Dabei ist hervorzuheben, dass in Frankreich diese Versorgungsform ohne Unterbrechung und seit dem 19. Jahrhundert existierte – selbst während der deutschen Besatzung im Zweiten Weltkrieg. Welche Ähnlichkeiten, Unterschiede und Gemeinsamkeiten lassen sich festhalten?

Hinsichtlich der Familienpflege war den deutschen und französischen Pionieren gemeinsam, dass sie sich einer mächtigen Gruppe an Gegnern innerhalb der psychiatrischen Kollegenschaft gegenüber sahen. Der Aspekt der „Rückführung der Irren in die Gesellschaft“ war seitens der Akteure schlichtweg unerwünscht. Eine weitere Ähnlichkeit zwischen Frankreich und Deutschland bestand darin, dass sich die Familienpflege-Einrichtungen inter-regional deutlich unterschieden: Die Familienpflege bei Grenoble, im Departement Isère, wurde aus einer Anstalt heraus initiiert, was spezifische Probleme mit sich brachte, die sich anhand einer Reihe historischer Beispiele – auch aus Deutschland – belegen lassen.²⁰ Die beiden Initiativen in den zentralfranzösischen Departements Cher und Allier wurden ohne eine zuvor bestehende psychiatrische Einrichtung gestartet. Ziel war es, eine neue Versorgungsstruktur zu schaffen.

Als Unterschied ist festzuhalten, dass die genannten französischen Familienpflege-Einrichtungen strukturell eine sehr viel größere Nähe zum belgischen Vorbild Gheel aufwiesen als fast alle deutschen Pendanten. Auch bezüglich der Zahl der Initiativen in Deutschland und Frankreich lassen sich Unterschiede ausmachen: Im Deutschen Reich nahm die Zahl der Familienpflege-Einrichtungen aus psychiatrischen Anstalten heraus seit den 1880er Jahren recht rapide zu. In der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts wies fast jede Anstalt im Reich auch eine mehr oder weniger umfangreiche Familienpflege auf. Obwohl die Anzahl der Initiativen in Frankreich deutlich größer ist als oft zu lesen,²¹ bleibt sie insgesamt jedoch hinter derjenigen deutscher Familienpflege-Einrichtungen zurück. Allerdings umfassten die beiden zentralfranzösischen Initiativen von Beginn an ein riesiges Areal von vielen Quadratkilometern, in dem nach und nach viele Dörfer Patienten aufnahmen. Dieses Modell unterschied sich erheblich von der deutschen, städtischen Familienpflege, wie sie beispielsweise in Berlin zu finden war.

²⁰ So blieb diese an das Krankenhaus angegliederte, nicht autonome Familienpflege in hohem Maße von der leitenden ärztlichen Person und deren Haltung zu diesem Versorgungsmodell abhängig. Der Nachfolger des Leiters Dr. Bonnet in der Anstalt St. Robert entzog diesem Versorgungsmodell seine Unterstützung, sodass binnen weniger Jahre die Patientenzahlen drastisch sanken.

²¹ Die Initiative des Psychiaters Dr. Bonnet im Val d'Isère war bisher nicht bekannt; andere Initiativen – wie in der Anstalt l'Antiquaille in Lyon – wurden nicht berücksichtigt. Dass es gar einige Kopien der Gheel'schen christlichen Pilgeridee in Frankreich gegeben hatte, wie in St. Menoux, und dass man, wie ich kürzlich erst entdeckt habe, zu Beginn des 19. Jahrhunderts gar in St. Dizier ein religiös inspiriertes, französisches Gheel etablieren wollte, ist vielen Historikern bisher entgangen.

Für den Erfolg der zentralfranzösischen Einrichtungen war entscheidend, dass sich die in Paris zuständigen Ärzte sowie die Funktionäre der Gesundheitsverwaltung als äußerst geschickte Planer erwiesen. Denn man wählte für die Einrichtungen zwei Departements aus, die in tiefen ökonomischen Krisen²² steckten, sodass zu erwarten war, dass deren Bewohner von den zusätzlichen und neuen Einkommensmöglichkeiten durch die Pflegegelder sehr profitieren würden. Die hier im Fokus stehende Verschiebung der Grenzen zwischen „normal“ und „krank“ im Sinne einer erhöhten Akzeptanz zur Integration psychisch Kranker in fremde Familien war in Zentralfrankreich also ökonomisch motiviert.²³ Die zuständigen Gemeindefunktionäre jedenfalls versprachen sich Aufschwung von der Familienpflege, und das ermutigte die Pariser Politik wie auch die Ärzte, die Familienpflege dort 1892 zu initiieren. Einigen humanitär inspirierten Ideen zur Verbesserung der Unterbringung psychisch Kranker konnte quasi nebenbei Rechnung getragen werden.²⁴

Zur Beziehung zwischen außerinstitutionell versorgten Patientinnen und Patienten und dem gesellschaftlichem Umfeld, oder: Weshalb fremde und kranke Menschen in die eigene Familie aufnehmen?

Die Motive von Familien, die dazu führten, ehemals stationär versorgte psychiatrische Patienten bei sich aufzunehmen, sind vielschichtig.²⁵ Anders als im Unter-

²² Zwischen 1850 und 1914 sind in Zentralfrankreich vier dramatische Ursachen ökonomischer Krisen auszumachen, die zu deutlich gesteigerter Erwerbslosigkeit und Armut der Bevölkerung beigetragen hatten: 1. Die Reblauskatastrophe vernichtete große Teile der Weinbauflächen und führte zu Erwerbslosigkeit. 2. Die Zurückdrängung des personalintensiven Transportwesens zu Schiff auf dem zentralfranzösischen Kanalsystem zugunsten der Eisenbahn erhöhte diese regionale Erwerbslosigkeit noch. 3. Die sich erschöpfenden Eisenvorkommen mit der Folge der Schließung vieler Schmieden sowie 4. die zur Neige gehenden Kaolinvorkommen mit der Folge der Abwanderung der Porzellanmanufakturen verschärften die ökonomische Situation noch darüber hinaus. Siehe Müller: Psychiatrische Familienpflege (wie Anm. 5).

²³ Zur Beschreibung der französischen Entwicklung siehe u. a. Thomas Müller: Les débuts du placement familial des aliénés en France et la visite du Docteur Paetz. Parcours croisés dans la psychiatrie du XIX^{ème} siècle. In: Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences 3 (2005), S. 98–108; Thomas Müller: Le placement familial des aliénés en France. Le Baron Mundy et l'Exposition universelle de 1867. In: Romantisme. Revue du dix-neuvième siècle 141 (2008) 3, S. 37–50.

²⁴ Bonnet war ein Experte der Psychiatrie, ein leidenschaftlicher Naturforscher und Archäologe, aber nicht sehr sattelfest in Bezug auf die Disziplin der Geographie: Er war der Meinung, dass es sich bei Gheel um eine *schottische* Stadt handle, und führte deswegen im Val d'Isère die schottische Familienpflege nach Gheel'schem Vorbild ein. Dieser Irrtum tat dem Erfolg seines Projekts, wie aus den jährlichen Medizinalrapporten der Einrichtung hervorgeht, selbstverständlich keinen Abbruch.

²⁵ Vgl. Paul-Otto Schmidt-Michel u. a.: Verlaufsuntersuchung zur therapeutischen Wirksamkeit der Psychiatrischen Familienpflege. Bericht aus einem Förderprojekt, Bundesministerium für Forschung und Technik (BMFT 07016423). o. O. o. J.; Michael Konrad: Die Familiengeschichte der Gastfamilie als milieuthérapeutischer Faktor in der psychiatrischen Familienpflege. Diss. biol. hum. Ulm 1992, S. 30.

suchungszeitraum dieses Beitrages, sind sie in den beiden letzten Dekaden Gegenstand auch überregional-vergleichender, wissenschaftlicher Forschung geworden. Legt man deren Ergebnisse zugrunde und überprüft sie am historischen Material, lassen sich Einschränkungen und Präzisierungen vornehmen: Altruistische Gründe oder gar religiöse Motivationen seitens der Gastfamilie erscheinen den Erfahrungen verschiedener Pflgeteams²⁶ zufolge eher als Risiko für beide Seiten – für Klient *und* Gastfamilie. Interessanterweise finden sich in solchen sozialen Zusammenhängen historische Spuren einer Deutung psychischer Erkrankungen als Strafe für „Sünde“ im religiösen, abendländisch-christlich geprägten Volksglauben seitens der betreuenden Personen. Konforme Haltung und Verhalten im Sinne der religiösen Auffassung und Praxis wurde demnach teilweise auch nach dem 19. Jahrhundert offenbar weiterhin mit zu erwartendem Heilungserfolg beziehungsweise symptomatischer Besserung in Verbindung gebracht. Der inhaltliche Bezug dieser Position zur Praxis der flämischen Familienpflege vor der Säkularisierung ist offenkundig, führte jedoch auch in den nachfolgenden Jahrhunderten zu ähnlichen, zum Teil sehr problematischen Ergebnissen.

Praktiker weisen darauf hin, dass die Qualität der Versorgung eng an das Maß der Aufwandsentschädigung gekoppelt sei. Dieser für Kost, Betreuung und Logis geleisteten Entschädigung kommt in den Gastfamilien eine wesentliche Bedeutung zu. In Gegenden mit hoher Arbeitslosigkeit kann die Entschädigung für die Familienpflege – auch in aktuellen Zusammenhängen – eine eventuell vorhandene Finanzierungslücke der privaten Haushalte schließen. Dies gilt für die oben erwähnte historische Situation in Zentralfrankreich während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ebenso wie für die Gegebenheiten in den 1980er Jahren im Saarland oder gegen Ende der 1990er Jahre im Land Brandenburg, wo diese Versorgungsform ebenfalls initiiert wurde. Aus Sicht der Organisatoren der Familienpflege kommt, wie erwähnt, der vertraglichen Natur der Versorgung eines neuen Familienmitglieds einerseits und dem finanziellen Ausgleich für die entstehenden Kosten und den Pflegeaufwand andererseits offenbar eine die zwischenmenschliche Beziehung der Beteiligten stabilisierende Funktion zu. Dies konterkariert frühe Hypothesen, die von Akteuren der Familienpflege aufgestellt wurden. So hatte der Schweizer Psychiater Herbert Binswanger²⁷ vor dem zweifelhaften Motiv eines allzu großen pekuniären Interesses der Pflegefamilien seinerzeit noch gewarnt.²⁸ Binswanger befürchtete potentiell negative Folgen bei zuvorderst materiell-ökonomischer Motivation zur Familienpflege seitens der Gastfamilien. Diese Befürchtung fand sich retrospektiv kaum bestätigt. Hingegen erwies sich als

²⁶ Eine enorm wichtige Rolle spielte bei dieser Versorgungsform bereits in historischer Perspektive das betreuende Personal. Heute spricht man von sogenannten Pflgeteams, die damals wie heute Patienten und Gastfamilien auswählten, zusammenführten, betreuten und im Konfliktfall eingreifen sollten.

²⁷ Herbert Binswanger: Die Familienpflege im Kanton Zürich 1909–1936. Medizinische Erfahrungen. Basel 1939, S. 13–15.

²⁸ Vgl. Marietta Meier: Zur Dichotomie von Alltags- und Fachwissen. Die Psychiatrische Familienpflege Zürich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. In: *Traverse* 28 (2003), S. 79–92, hier: S. 85.

die Beziehung zwischen Klient und Gastfamilie stabilisierender Faktor, dass das der Gastfamilie überlassene Entgelt einen angemessenen Beitrag zum Haushalt darstellte und in Abhängigkeit von der Einkommenssituation der betreffenden Haushalte in seiner Höhe auch ein Einkommen einer vollbeschäftigten erwachsenen Person ersetzen oder, bei dessen Wegfall, zumindest doch teilkompensieren konnte. Ein weiterer Aspekt der bisherigen Erfahrungen mit der Psychiatrischen Familienpflege in der Bundesrepublik Deutschland ist, dass sich dieses Versorgungsmodell in ländlichen Gebieten auch heute noch leichter etablieren lässt als in städtischen Regionen. Im Unterschied zu einigen historischen Fallbeispielen der Familienpflege, so etwa aus ärmeren, seinerzeit vor allem landwirtschaftlich geprägten Regionen, in denen man sich von der Einführung der Familienpflege gar einen Aufschwung der gesamten Region im ökonomischen Sinne versprach, sind die Erwartungen der für die Gesundheitsversorgung Verantwortlichen in dieser Hinsicht heute zurückhaltender.²⁹

Psychisch Kranke in außerklinischer Versorgung – Zentrale Aspekte der Beziehungsdynamik

Zu der zentralen Frage, weshalb Familien sich dazu entschließen, einen fremden *und* psychisch kranken Menschen in die eigene Familie aufzunehmen, und was die Psychodynamik dieser Situation kennzeichnet, existieren bisher erstaunlich wenige wissenschaftlich fundierte Untersuchungen.³⁰ Marietta Meier führte 2003 dieses auch seither kaum behobene Manko für das Beispiel der Schweiz und in historiografischer Perspektive auf eine komplexe Verunsicherung der frühen Familienpflege-Psychiater zurück, aus der heraus ein gewisses Desinteresse an dieser Frage entstanden sei: „Es genügte, wenn die PatientInnen keine Schwierigkeiten machten.“³¹ Fakt ist, dass es sich bei den Personen, die sich initiativ mit der Aufnahme eines Patienten in die eigene Familie beschäftigen, gegenwärtig, belegbar an der bundesdeutschen Situation, mehrheitlich um Frauen handelt, was angesichts der bekannten, auch historischen, geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen und deren Eigendynamik wiederum wenig überrascht. Weiterreichende und eventuell präzisierende, wie beispielsweise psychopathologische Typisierungen der an der Psychiatrischen Familienpflege interessierten Laien sind angesichts fehlender systematischer Untersuchungen meines Erachtens mit großer Vorsicht zu bewerten.

In einer Studie des Schweizer Psychiaters Moritz Tramer von 1928 betonte dieser, dass bei der Organisation der Familienpflege hinsichtlich der infrage kommenden Patientinnen und Patienten keinesfalls allein Menschen mit chronischen [psychiatrischen] Erkrankungen Berücksichtigung gefunden hätten, sondern man, von Beginn der Familienpflege in der Schweiz an, ebenso akut Erkrankte berück-

²⁹ Siehe demnächst Müller: Psychiatrische Familienpflege (wie Anm. 5).

³⁰ Konrad: Familiengeschichte (wie Anm. 25), S. 22–24.

³¹ Meier: Dichotomie (wie Anm. 28), S. 85.

sichtigt habe.³² Diese von Tramer beschriebene Möglichkeit galt zumal dann, „wenn [...] in einem bestimmten Zeitpunkte des Krankheitsablaufs die *therapeutische Indikation* zur Familienpflege als gegeben“ erachtet werden sollte.³³ Aus dieser Stellungnahme ergibt sich also, dass Tramer die Familienpflege zweifelsfrei als Therapie betrachtete, nicht allein als Versorgungsform. Was dann im Weiteren nach erfolgter, sauberer Indikationsstellung von der Familienpflege erwartet werden durfte, umschrieb er 1928 indirekt mit den folgenden Worten: „Wir müssen jedoch darüber hinaus, besonders wenn es sich um frischere Erkrankungen handelt, bei denen wir eine Förderung und Beschleunigung der Genesung oder, um uns vorsichtiger auszudrücken, eine Verkürzung der psychotischen Phase beziehungsweise des psychotischen Schubes durch die Familienpflege im Auge haben, versuchen, nach Möglichkeit die darin [im Leben in einer Familie] enthaltenen Einzelfaktoren zu ermitteln. Erst dadurch kann sich uns ein genauerer Einblick in die dynamische Wechselbeziehung zwischen dem psychopathologischen Geschehen im Patienten und den in der Familienpflege gelegenen Wirkungsmöglichkeiten erschließen, woraus wieder die Sicherheit der Indikationsstellung zur Familienpflege einen Gewinn davon tragen kann.“³⁴

Anhand eines anonymisierten Falles entwickelte Tramer eine Art Lehrbeispiel therapeutischer Anwendung der Familienpflege: Eine 1902 geborene Patientin wurde im Mai 1926 in stationäre psychiatrische Betreuung aufgenommen. Sie machte bei Aufnahme den Eindruck eines „chronischen Katatonikers“ und wirkte auf die aufnehmenden Psychiater „mutistisch“. Von September bis Dezember des Jahres wurde eine gewisse „innere Mobilisierung“ der Patientin beobachtet, die den Anlass „zur Versetzung in die Familienpflege“ gab. Die Monate danach zeigten laut Berichterstatter eine langsame, jedoch stetige Verbesserung des Zustands der Patientin, ihrer kommunikativen Möglichkeiten und ihrer körperlichen Fassung. Das Zusammenleben mit der Gastfamilie gestaltete sich sehr gut, eine Integration schien ganz offensichtlich gewährleistet zu sein. Im August 1927 war den ärztlichen Eintragungen zu entnehmen: „Im allgemeinen hat sie sich sehr günstig verändert, man würde kaum die schwer katatone Patientin erkennen, eine gewisse Hemmung ist noch da.“³⁵ Ein äußerst klarer Bericht der Gastfamilie über Werdegang und Entwicklung der Patientin seit ihrer Ankunft in der Gastfamilie wird von Tramer in langen Auszügen wiedergegeben und entspricht den (positiven) medizinischen Beobachtungen und Eintragungen zum Verlauf. Briefe der Pa-

³² Dies ist auch in manchem westlichen Land, in dem die Familienpflege Teil des Spektrums an Versorgungsangeboten ist, zum Beispiel in den USA, noch in unserem Jahrhundert der Fall. Paul-Otto Schmidt-Michel/Michael Konrad: Akut-psychiatrische Versorgung in Gastfamilien. Erfahrungen aus den USA und Überlegungen zu Realisierungsmöglichkeiten in Deutschland. In: Sozialpsychiatrische Informationen 34 (2004), S. 35–39; Moritz Tramer: Zur Analyse der psychotherapeutischen Bedeutung der Familienpflege, Anstalt Rosegg (Sonthofen). In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 30 (1928), S. 321–324, hier: S. 321.

³³ Tramer: Analyse (wie Anm. 32), S. 321.

³⁴ Ebd.

³⁵ Ebd., S. 323.

tientin, unter anderem an die eigene Familie, lagen den psychiatrischen Betreuern wie auch Tramer selbst vor. Letztendlich entschied man sich für die Diagnose einer „mittelschweren Katatonie [...] bei gewisser hereditärer Belastung“. An therapeutischen Indikationen zur Versetzung in die Familienpflege listet Tramer noch einmal auf:³⁶

- „Positive affektive Beziehungen zur Pflegemutter“, die bereits zuvor derartige Betreuungsverhältnisse erfolgreich übernommen hatte, die jünger als die leibliche Mutter, also eher eine Freundin war, wovon man sich ärztlicherseits „eine Mobilisierung der Affektivitätsmomente der Freundschaft und damit einen Weg zur Realität der Gesellschaftsbeziehung erwartet[e]“.
- „Positive Affektivitätsbeziehungen zum kleinen Kinde [der Gastfamilie], wovon die Lockerung und Mobilisierung mütterlicher Instinkte, Triebregungen, Interessen und Gefühle, und über diese, Knüpfung von Beziehungen zur Realität auf einem zweiten Wege“ zu erhoffen war.
- Die Tatsache, dass die Patientin in der partiellen Haushaltsführung der Gastfamilie eine ähnliche Aufgabe wie zuhause vorfand, „an dessen Gestaltung in seinen mannigfachen Richtungen sie mitzuarbeiten hätte [...], wodurch eine Lockerung und Mobilisierung aller der hierbei funktionierenden intellektuellen und affektiven Kräfte erwartet werden durfte“.

Was man von der Tatsache zu erwarten hatte, dass sich der Gastvater charakterlich vom „tyrannischen“ leiblichen Vater im positiven Sinne stark unterschied, beschäftigte die Behandelnden nicht erkennbar. Jedoch wurde ein negatives Interferieren nicht angenommen.

Die Krankenberichte dieses in starkem, im zeitgenössischen Vergleich nicht repräsentativem Maße an der Psychiatrischen Familienpflege interessierten Psychiaters Tramer belegten seine diagnostische Einschätzung sowie die vorliegende Indikation für die Familienpflege im Wesentlichen: das Sich-Einstellen der in den drei genannten Punkten beschriebenen Hoffnungen an die Familienpflege als *therapeutischer* Intervention in Alternative zur Behandlung in einer sogenannten geschlossenen Einrichtung. Die dieser Intervention zugeschriebene „Verkürzung eines katatonen Schubes bzw. Beschleunigung eines Eintritts einer Remission“ wurde dementsprechend als therapeutischer Erfolg beurteilt. Einerseits räumte Tramer im Rahmen der genannten Publikation ein, dass aus diesem einzelnen Beispiel eines Krankheitsverlaufs keine verbindlichen Verallgemeinerungen abzuleiten seien. Andererseits betonte er jedoch im gleichen Gedankengang, dass ein individuell angepasstes Vorgehen „unter dem Gesichtspunkte des Vorhandenseins bestimmter mobilisierender Faktoren“ in der ausgewählten Familie auch im Falle anderer kataton psychotisch Erkrankter mit erfolgreicher Behandlung beschieden sein dürfte.³⁷ Diese notwendigen mobilisierenden Faktoren seien „jeweils aus der

³⁶ Für diese wie für die Zitate von Tramer im nachfolgenden Absatz: ebd., S. 321–324.

³⁷ Ebd., S. 324.

Analyse und Deutung der Lebensgeschichte und den Kundgaben der Patienten erschlossen worden“.

Tramers hier abschließend wiedergegebenen Anschauungen zur Familienpflege im Sinne einer therapeutischen Intervention, die zu Untersuchungen im Sinne systematisierbarer Indikationsstellung einladen, erweitern das Spektrum der Motive, die zur Etablierung der Psychiatrischen Familienpflege führten, um psychiatrisch-psychotherapeutische Aspekte.

Fazit

In der Zusammenschau ergeben sich folgende Aspekte, die in historischer Perspektive durch die Implementierung der Psychiatrischen Familienpflege gesellschaftliche Grenzverschiebungen zwischen „normal“ und „krank“ im Umgang mit psychisch Kranken provoziert haben:

1. Religiös motivierte Heilsvorstellungen führten seitens der Gesellschaft an spezifisch geprägten Orten auch in voraufklärerischen Zeiten zur Integration von psychisch Kranken, die anderenorts räumlich separiert und exkludiert wurden.
2. Ökonomische Interessen modifizierten nachweislich in verschiedenen westeuropäischen Kontexten – im 19. wie im 20. Jahrhundert – die Motivation, psychisch Kranke in die Familie aufzunehmen. Damit verbunden war die (partielle) Integration psychisch Kranker in familiäre Zusammenhänge vornehmlich ländlicher Gesellschaften.
3. Persönliche, psychodynamisch zu definierende Aspekte in Bezug auf die Mitglieder der das Versorgungsangebot aussprechenden Gastfamilien stellen eine weitere Motivation zur Familienpflege dar, die eine Grenzverschiebung zwischen „normal“ und „krank“ verursachen können.
4. Versorgungsstrukturelle Notsituationen – in Verbindung mit ökonomischer Pression – bewirkten (beispielsweise in Deutschland und in Frankreich um 1900) die erhöhte Akzeptanz eines Versorgungsmodells, das die Überforderung des Versorgungssystems der sogenannten Anstalten entschärfen sollte. Dies machte implizite Grenzverschiebungen im oben genannten Sinne faktisch unabdingbar.
5. Medizinisch-therapeutische Konzepte und Anschauungen stellten im Sinne einer therapeutischen Indikation für die (kurative Wirkung der) Familienpflege ein weiteres, aus dem Expertenkreis der Medizin und Psychiatrie heraus entwickeltes Motiv für die Akzeptanz des beschriebenen Versorgungsmodells dar.

In je eigener Weise und in unterschiedlichem Maße bewirk(t)en diese, zum Teil auch komplementär wirksam werdenden Faktoren und Aspekte jene Phänomene der Verschiebung, der „Verwischung“ und zum Teil möglicherweise auch der Aufhebung zuvor – beziehungsweise in anderen, auch zeitgleich gegebenen Zusammenhängen – gesetzter gesellschaftlicher Normen in Bezug auf psychische Gesundheit und Erkrankung. Die beschriebenen, auf mehreren Ebenen liegenden

Motive für die Etablierung der Familienpflege, auch die jeweils zur Anwendung kommenden Praktiken und Strukturen dieser Versorgungsform in verschiedenen westeuropäischen geokulturellen Kontexten ergaben ein jeweils sehr heterogenes Faktorengefüge, das in den vielfältigen und historiografisch darstellbaren Modi der Entgrenzung eine Entsprechung findet.

Abstract

During the second half of the nineteenth century hardly any other issue was discussed as controversially and aggressively as the question of the asylum. A central topic which was discussed again and again in these debates taking place for more than half a century was the placing of “mad people”, psychiatric patients, into ordinary families. In both Germany and France a small Belgian town served as the model of the so-called family care. Gheel, the Flemish “colony of the mad”, existed because of a pilgrimage dating back to the Middle Ages. It had attracted patients with all kinds of “diseases” considered to be connected to “madness” since as far back as the twelfth century. Medical experts followed these patients as a kind of secular pilgrimage. As a consequence of the French Revolution and its influence on the provinces of future Belgium this pilgrimage and its institutionalized hosting of “mad” visitors in mainly but not exclusively peasant families became secularized, and went on being practised. In this chapter debates about and institutions of psychiatric family care between app. 1850 and the First World War in both France and Germany will be analyzed in respect to parallel phenomena as well as in respect to differences in the discourse.

Felicitas Söhner

Familiäre psychiatrische Versorgung an der Schwelle vom langen 19. Jahrhundert zur Moderne

Einleitung

Schon seit der Mitte des 19. Jahrhunderts fand eine sehr kontroverse Diskussion über die ambulante Versorgung psychisch kranker Patienten statt. Insbesondere alternative Konzepte der psychiatrischen Familienpflege bargen erhebliches Konfliktpotential, da diese Unterbringungsform in Gestalt von „Gastfamilien“ medizinische Laien einbezog. Mit dem ersten Internationalen Kongress für Familienpflege in Antwerpen (1902) gewann die Familienpflege in Deutschland zunehmend an Anerkennung. Erste deutsche Einrichtungen zur Familienpflege entstanden um die Jahrhundertwende durch Ferdinand Wahrendorff (Ilten) und Konrad Alt (Uchtspringe). In Bayern blieb die Entwicklung jedoch deutlich hinter der gesamtdeutschen zurück. So war die Familienpflege psychisch Kranker und Behinderter in Bayern zunächst eine Ausnahme, allerdings wurden die reformpsychiatrischen Ansätze in den ländlichen Heil- und Pflegeanstalten Günzburg und Kaufbeuren umgesetzt. Die einschneidenden Auswirkungen des Ersten Weltkriegs, der Weltwirtschaftskrise und die späteren politischen Entwicklungen versetzten den sich allmählich etablierenden reformpsychiatrischen Ansätzen jedoch einen herben Rückschlag. Obwohl die Familienpflege als weitaus kostengünstiger als die stationäre Versorgung galt, wurde sie in der Zeit des Nationalsozialismus – nicht nur im süddeutschen ländlichen Raum – beinahe ganz eingestellt und verschwand damit auch aus dem Repertoire der Versorgungsmöglichkeiten beider deutschen Staaten nach 1945.

Folgende Ausführungen basieren insbesondere auf der Auswertung des Archivmaterials zur Familienpflege der bayerisch-schwäbischen Heil- und Pflegeanstalten im Zeitraum von 1876 bis 1945. Da die Archivalien- und Datenlage zum untersuchten Zeitraum für Kaufbeuren deutlich breiter ist, bezieht sich die Untersuchung im Wesentlichen auf diese Einrichtung, berücksichtigt jedoch, soweit die Quellenlage dies ermöglicht, auch die erst 1915 gegründete Schwesteranstalt Günzburg.

In diesem Beitrag werden die Besonderheiten der extramuralen Versorgungspraxis im ländlichen Gebiet Bayerisch-Schwabens im Zeitraum von 1875 bis 1935 identifiziert und analysiert. Zudem wird exemplarisch geprüft, wie im Untersuchungsraum Konzepte der Familienpflege debattiert und praktiziert wurden. Des

Weiteren wird analysiert, was der familiären psychiatrischen Versorgung im baye-risch-ländlichen Raum hinderlich war. Anhand konkreter Fallbeispiele liefert der Beitrag eine Übersicht darüber, welche problematischen Konstellationen sich im Rahmen der Familienpflege ergaben. Anhand dessen werden therapeutische und pragmatisch-ökonomische Begründungszusammenhänge ländlicher Familienpflege in Bayern zusammenfassend beurteilt.

Debatten und Entwicklungen der Familienpflege an der Schwelle zur Moderne

„Ambulante institutionsgebundene psychiatrische Versorgung ist so alt wie eine sich als Wissenschaft verstehende Psychiatrie.“¹ Schon vor der Einrichtung psychiatrischer Anstalten wurden psychisch Kranke in Familien versorgt. Wenn es keine eigenen Angehörigen gab, die die Versorgungsbedürftigen unterbringen konnten, so wurden diese durchaus auch von anderen Familienhaushalten aufgenommen. Mit der Etablierung der Anstaltspsychiatrie setzte sich eine Umverteilung der Patienten aus den Armenasylen und der familiären Versorgung in die Anstalt in Gang. In der Phase des Vormärz und der 1848er Revolution entwickelte sich ein Diskurs um extramurale Versorgungsmodelle psychisch kranker Personen. Diese Initiativen kamen jedoch durch den allgemeinen Trend, Großasyle zu errichten, zum Erliegen.

In der Zeit des Kaiserreichs – zwischen 1871 und 1918 – entwickelte sich aufgrund eines rasant gestiegenen Bedarfs an Anstaltsplätzen ein regelrechter „Anstaltsboom“.² Diese Entwicklung wurde durch die zunehmende Industrialisierung ausgelöst, die mit ungeheuren sozialen Umwälzungen verbunden war. Bedingt durch die Landflucht der ehemals bäuerlichen Bevölkerung, der damit zusammenhängenden Auflösung der Großfamilien und dem gleichzeitigen Bevölkerungswachstum gerieten Geisteskranke mehr und mehr an den Rand der Gesellschaft und mussten „zu einem beträchtlichen Teil in den Anstalten aufgefangen“³ werden. Dies wirkte sich auch auf die Prioritäten der staatlichen Fürsorgepolitik aus.⁴ Unter diesen Voraussetzungen entwickelten sich die Anstalten zu separierenden, personell und räumlich überlasteten Einrichtungen von in erster Linie ordnender und verwahrender Funktion, an denen Personen mit sozial unerwünschtem Verhalten⁵ konzentriert wurden.

¹ Helmut Haselbeck: Zur Sozialgeschichte der „Offenen Irren-Fürsorge“. Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. In: *Psychiatrische Praxis* 12 (1985), S. 171–179, hier: S. 171.

² Vgl. Silvia Krumm/Thomas Becker: Historische Aspekte und Konzepte der Sozialpsychiatrie. In: Marc Schmid u. a. (Hg.): *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. Göttingen 2004, S. 40–58, hier: S. 42f.

³ Vgl. ebd.

⁴ Vgl. Dirk Blasius: ‚Einfache Seelenstörung‘. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945. Frankfurt a. M. 1994, S. 31 ff.

⁵ Vgl. Krumm/Becker: Aspekte (wie Anm. 2), S. 42f.

Mit diesen Entwicklungen nahm der Ruf nach einer menschenwürdigeren psychiatrischen Versorgung zu.⁶ Die deutsche Psychiatrie sah sich gedrängt, nach alternativen Unterbringungsmöglichkeiten für Patienten zu suchen. Als Vorbilder dafür dienten ein im belgischen Dorf Gheel umgesetztes Modell, psychisch Kranke in umliegenden Bauernfamilien unterzubringen, sowie ähnliche Konzepte aus anderen europäischen Ländern wie Schottland, die in den zeitgenössischen Fachzeitschriften diskutiert wurden. Nach dem im 15. Jahrhundert wurzelnden Gheeler Konzept wurden psychisch beeinträchtigte Personen von Familien aufgenommen und betreut; im Gegenzug brachten diese ihre Mitarbeit in die Pflegefamilien ein. Erste Versuche gezielter und systematischer Familienpflege in Deutschland gehen zurück auf Hermann Engelken, der 1764 in Rockwinkel bei Bremen einige Patienten bei umliegenden Familien in Pflege gab.⁷

Ein maßgeblicher Vordenker der extramuralen Versorgungsform war Wilhelm Griesinger⁸ (Berlin), der bereits Mitte der 1860er Jahre äußerte, dass die Familienpflege dem Patienten das eröffnen könne, was die „prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, sociales Medium, die Wohltat des Familienlebens“.⁹ Allerdings stießen Griesingers Reformideen bei Psychiatern und Anstaltsdirektoren auf erheblichen Widerstand. Zwar lobten Befürworter die mögliche Entlastung der Anstalten, jedoch kritisierten deren Gegner den fehlenden ärztlichen Einfluss und die Abschiebung heilbarer Patienten in ein wenig therapeutisches Milieu.¹⁰ Zudem war das Interesse größer, die Pläne der Anstaltsneubauten zu verwirklichen und damit die Isolierung der Patienten beizubehalten. Wahrscheinlich spielten dabei ökonomische Gründe wie auch Professionalisierungs- und Machtbedürfnisse der Ärzte eine maßgebliche Rolle. Nach heftigen Auseinandersetzungen in etablierten Fachkreisen wurde Griesingers Konzept einer gemeindenahen Versorgung vehement abgelehnt.¹¹ „Man sei zum Schluß gekommen, daß die ‚Rückkehr‘ zur ‚Familie-Pflege ein offenerer Rückschritt sein würde.‘ [... Man verwerfe] das Modell Geel [!] mit

⁶ Vgl. Thomas Müller: Psychiatrische Familienpflege gestern und heute. Ein deutsch-französischer Vergleich mit Betonung mitteleuropäischer „Situationen“. In: Wolfgang Hoffmann/Kristina Hübener/Paul Meusinger (Hg.): Fürsorge in Brandenburg. Entwicklungen – Kontinuitäten – Umbrüche. Bebra/Berlin 2007, S. 427–444, hier: S. 427–430; Thomas Müller: Ein altmärkisches Modell medizinischer Versorgung im europäischen Kontext der Jahrhundertwende. In: *Comparativ* 4 (2004), S. 64–78.

⁷ Vgl. Eugen Matthias: Fürsorge für Geisteskranke. In: Adolf Gottstein/Arthur Schlossmann/Ludwig Teleky (Hg.): *Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*. Bd. 4: Gesundheitsfürsorge, soziale und private Versicherung. Berlin 1927, S. 521 f.

⁸ Griesinger lebte von 1817 bis 1868.

⁹ Griesinger, zit. nach: Konrad Alt: *Über familiäre Irrenpflege*. Halle a. d. S. 1899, S. 69.

¹⁰ Vgl. Christiane Roick: *Heilen, Verwahren, Vernichten. Die Geschichte der sächsischen Landesanstalt Leipzig-Dösen im Dritten Reich*. Diss. med. Leipzig 1997, S. 61–63.

¹¹ Vgl. Heinz-Peter Schmiedebach: *Wilhelm Griesinger*. In: Wilhelm Treue/Rolf Winau (Hg.): *Berlinische Lebensbilder*. Bd. 2: *Mediziner*. Berlin 1987, S. 109–131.

Verweis auf dessen nicht professionellen Charakter.¹² Im europäischen Ausland fielen die Reaktionen deutlich positiver aus. Gheel wurde von bedeutenden Psychiatern besucht und die dort geübte Versorgungspraxis verursachte eine intensive Debatte in der Ärzteschaft. Trotz der bisherigen Kritik der inländischen Fachkollegen begann 1880 der deutsche Psychiater Ferdinand Warendorff¹³ in Ilten bei Hannover mit der Betreuung geeigneter psychisch Kranker in fremden Familien und ließ in unmittelbarer Nähe zur Klinik ein Pflegerdorf bauen. Bereits nach wenigen Jahren erweiterten auch andere Einrichtungen ihr Versorgungsangebot und führten die Familienpflege ein, so beispielsweise 1884 in Dalldorf bei Berlin, 1886 in Bunzlau in Schlesien, 1889 in Eichberg in Hessen. Von 1890 bis 1900 folgten zehn weitere Anstalten, darunter 1895 das bayerische Klingenmünster und 1896 das sächsische Uchtsprünge.¹⁴ Der dortige Direktor Konrad Alt¹⁵ war ein Kenner Gheels und galt als ein vehementer Befürworter der Familienpflege. Er gründete nach dem Muster von Gheel in der Nähe der Anstalt ein Pflegerdorf, in welchem geeignete Patienten in Familienpflege untergebracht wurden. Wesentliche Aspekte des Uchtsprünger Konzepts bildeten dabei die Anstaltsarchitektur (Pavillonbauweise, Grünanlagen), die Strukturierung des Alltags und die vorwiegende Beschäftigung der Bewohner im Freien mit dem Ziel, sie zwanglos, frei und möglichst würdevoll zu behandeln.¹⁶

Alt zählte bei einer Umfrage 1902 im deutschen Gebiet 1300 Familienpfleglinge.¹⁷ Vier Jahre später ergab eine weitere Zählung 2600 Patienten in Fremdfamilien. In einer weiteren Erhebung im Jahr 1909 stellte man ein erneutes Ansteigen der familialen Pflege fest. Dieser Aufwärtstrend war jedoch keineswegs in allen deutschen Regionen gleichmäßig zu verzeichnen. Insbesondere in Süddeutschland deuteten die Zahlen auf eine äußerst zögerliche Entwicklung hin. Alts Erhebungen gründeten auf einer Umfrage, die an alle deutschen psychiatrischen Einrichtungen gerichtet war, deren Angaben jedoch unvollständig blieben. So fehlen beispielsweise Zahlen zur Familienpflege aus Kaufbeuren (vor 1899), daneben auch aus Wuhlgarten (1896), Winnental (1900) oder Lübben (1902).¹⁸ Man kann der Umfrage jedoch entnehmen, dass sich 1902 in zahlreichen Einrichtungen die

¹² Kai Sammet: „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865–1868. Münster 2000, S. 160, S. 195.

¹³ Warendorff lebte von 1826 bis 1898.

¹⁴ Vgl. Ernst Buße: Die Familienpflege Kranksinniger. Geschichte, Wesen, Wert und Technik. Halle a. d. S. 1939, S. 34–45; Gustav Kolb: Die offene psychiatrische Fürsorge. In: Oswald Bumke u. a. (Hg.): Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge. Leipzig 1931, S. 113–117, hier: S. 115.

¹⁵ Konrad Alt (1861–1922) hatte die Leitung der Landesanstalt der Provinz Sachsen in Uchtsprünge von 1894 bis 1922 inne.

¹⁶ Vgl. Lars Nyhoegen: Konrad Alt und die ersten Patienten der Landes- Heil- und Pflegeanstalt Uchtsprünge. Diss. Magdeburg 2012.

¹⁷ Vgl. Konrad Alt: Die familiäre Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland. Halle a. d. S. 1903.

¹⁸ Vgl. Buße: Familienpflege (wie Anm. 14), S. 54.

Familienpflege in Planung oder zumindest in Vorbereitung befand (so etwa in Blankenhain, Eglfing, Friedrichsberg, Langenhorn oder Meseritz). Weiter geht aus der Umfrage hervor, dass in anderen Heil- und Pflegeanstalten die Einführung der Familienpflege missglückt war (wie in Andernach, Marsberg oder Untergöltzsch).

Die zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Kaufbeuren und später auch in Günzburg praktizierte Familienpflege fand weder in Alts noch in Ernst Bufes drei Jahrzehnte später erschienener Publikation Erwähnung. Der Grund hierfür könnte möglicherweise darin liegen, dass sich die beiden schwäbischen Einrichtungen nicht an den Befragungen beteiligten und damit nicht in der Statistik erfasst wurden. Bufe interpretierte die regionalen Unterschiede seiner Zählung dahingehend, dass es „fast lediglich von der persönlichen Einstellung und Neigung des Anstaltsleiters und seiner ärztlichen Mitarbeiter abhing, ob und in welchem Umfang Familienpflege betrieben wurde“.¹⁹

Um 1900 besuchten zahlreiche – darunter auch einige bayerische – Anstaltsärzte und Verwaltungsbeamte Gheel, um sich dort Anregungen für die Einrichtung der Familienpflege in ihren Heimateanstalten zu holen.²⁰

In den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts fanden im zweijährigen Turnus internationale Psychiatriekongresse statt, auf denen Fragen der Familienpflege diskutiert wurden. Der im September 1902 in Antwerpen tagende „Internationale Kongress der Fürsorge für Geisteskranke und besonders der Familienpflege Krankensinniger“ stellte den Höhepunkt des Interesses an der Familienpflege dar. Spätestens nach diesem Kongress interessierte sich ein Großteil der deutschen Psychiater für diese Versorgungsform. Zum Kreis der Tagenden zählten nicht nur Ärzte, sondern auch Theologen, Juristen, Pädagogen und Verwaltungsbeamte.²¹ Mit großer Aufmerksamkeit wurden der Zustand des psychiatrischen Versorgungswesens und vor allem die Durchführung der Familienpflege besprochen. In äußerst lebhaften Diskussionen wurden vielfältige Aspekte dieser Versorgungsform erörtert und debattiert, wie beispielsweise Gestaltung und Problemfelder der Familienpflege in der eigenen und fremden Familie, Auswahl der in Frage kommenden Pfleglinge wie deren Pflegefamilien, Besonderheiten aufgrund diverser Krankheitsbilder, Schulung und Weiterbildung des beteiligten Personals und der Gastfamilien wie auch organisatorische Fragen zur Neugründung, Kostenübernahme und Mängelbeseitigung in der Familienpflege. Das deutliche Interesse an der praktischen Psychiatrie spiegelt sich auch darin, dass am Kongress über 300 Experten aus Europa, Asien sowie

¹⁹ Ebd., S. 58f.

²⁰ Eine Übersicht zu Gheel-Besuchern aus Deutschland in: Akira Hashimoto: Belgisches Geel, deutsche Psychiatrie und Brandenburger Ärzte. In: Kristina Hübener: Leistende Verwaltung und Anstaltsfürsorge. Die Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Brandenburg zwischen Kaiserreich und Weimarer Republik. Bebra/Potsdam 2005, S. 265–267.

²¹ Werner Leibbrand (Hg.): Um die Menschenrechte der Geisteskranken. Gedenk- und Mahnworte der Ärzte der Erlanger Heil- und Pflegeanstalt aus Anlaß deren 100jährigen Bestehens. Nürnberg 1946, S. 93f.

Nord- und Südamerika teilnahmen. Unter den 23 deutschen Teilnehmern trugen drei Ärzte ihre Thesen vor. So hielten Hermann Hesse und Rudolf Warendorff²², die beide in Ilten tätig waren, ein Referat über die Familienpflege an ihrer Einrichtung.²³ Konrad Alt sprach über die „Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland“²⁴ und legte in seinem Vortrag vier Thesen zur psychiatrischen Familienpflege vor, welche mit großer Mehrheit angenommen wurden.²⁵

Auch auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Dresden am 28. und 29. April 1905 wurde ausführlich über Aspekte der zunehmend praktizierten Familienpflege diskutiert.²⁶ Ursächliches Moment waren hier jedoch weniger humanitäre oder therapeutische Motive einer reformorientierten psychiatrischen Versorgung, sondern vielmehr die äußeren, organisatorischen Zwänge, die dringend die Entlastung der Anstalten sowie eine Kostenreduktion erforderlich machten.²⁷

Auf dem vom 26. bis 30. September 1906 in Mailand abgehaltenen „Internationalen Kongress für Irrenfürsorge“ beschäftigte man sich intensiv mit den freien Betreuungsformen. Diese Tagung verstand sich als Fortführung des Kongresses in Antwerpen (1902).²⁸ Große Aufmerksamkeit wurde abermals auf die Familien-

²² Es handelte sich um den Sohn des Gründers Ferdinand Warendorff.

²³ Dr. Hermann Hesse (Ilten): Bewegungen in der Familienpflege Ilten. In: Paul Masoin: 2me Congrès d'Assistance familiale. Congrès International de l'Assistance des Aliénés et spécialement de leur Assistance familiale. Anvers 1-7 September 1902. In: Annales medico-psychologiques (1902) Novembre, S. 126-174, hier: S. 173f.

²⁴ Vgl. Alt: Verpflegung (wie Anm. 17).

²⁵ Vgl. Masoin: Congrès (wie Anm. 23), S. 2. „1. Für einen nicht unerheblichen Teil der Fürsorgebedürftigen, dafür geeigneten Kranksinnigen stellt die familiäre Pflege die natürlichste, freieste, beste und billigste Verpflegungsform dar und bildet überdies für eine Anzahl von Kranken einen wichtigen Heilfaktor. 2. Familienpflege kann im Anschluß an jede psychiatrisch geleitete, zeitgemäß eingerichtete Anstalt angegliedert werden, namentlich wenn für das Wärterpersonal gesunde Familienwohnungen beschafft werden, die ja auch schon zur Erlangung eines wirklich guten Wärterstandes unentbehrlich sind. 3. Bei den meisten größeren Anstalten wird aber die Familienpflege nur eine beschränkte Ausdehnung gewinnen können; ausgedehntere Einführung einer solchen ist nur zu erwarten durch Gründung besonderer, nicht zu großer Zentralen in geeigneter Gegend, welche im Kleinen nach Art der bewährten Anstalten angelegt, hauptsächlich aber als Ausgangs- und Mittelpunkt der familialen Kolonie eingerichtet sind. 4. Die familialen Kolonien machen die bisherigen Anstalten keineswegs entbehrlich, bilden durchaus nicht für alle Kranksinnigen den zweckmäßigsten Aufenthalt, können aber in wirksamster und billigster Weise dem sonst unaufhaltsamen Anwachsen der Anstalten steuern.“; Konrad Alt: Die familiäre Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland. In: Wiener klinische Wochenschrift 16 (1903) 1-2, S. 455f.; ebenfalls abgedruckt in: Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale. Rapports et compte-rendu de séances. Antwerpen 1903, S. 859ff.

²⁶ „The annual meeting of German alienists at Dresden, April, 1905 discussed largely the question of the housing, care, and treatment of idiots and feeble-minded. [...] The family care of the insane [= Familienpflege] becomes with us more and more extensively practiced.“; Johannes Bresler: Germany. In: Journal of Mental Science 52 (1906), S. 391f.

²⁷ Vgl. Heinz Schott/Rainer Tölle: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München 2006, S. 284.

²⁸ Vgl. G. C. Ferrari: Congrès international de l'assistance des aliénés. 2me Session tenue à Milan du 26 au 30 septembre 1906. Bologna 1906, S. 7.

pflege gerichtet, von der man sich angesichts der massiven Zunahme an Behandlungsfällen eine deutliche Entlastung der psychiatrischen Anstalten erwartete.²⁹ Als deutsche Vertreter gehörten Alfred Hoche (Freiburg) und Konrad Alt (Uchtsprünge) der „Commission Internationale de Propagande“ an.³⁰ Konrad Alt trat in seinem Beitrag nachdrücklich für die „familiäre Verpflegung“ ein.³¹

Der Blick über die Grenzen³² ermutigte die deutsche Anstaltspsychiatrie,³³ sich für Alternativen zur vorherrschenden restriktiven Praxis der Irrenfürsorge zu öffnen.³⁴ Vor allem der Antwerpener Kongress und die dort verabschiedete Resolution, die breite Unterstützung fand, führten zu einem Aufschwung der Familienpflege in Deutschland.³⁵

Ein maßgeblicher Protagonist der extramuralen psychiatrischen Versorgung war Gustav Kolb (Kutzenberg, Erlangen).³⁶ Kolb vertrat mit seinen Vorschlägen zur Verbesserung der Organisation des bayerischen Irrenwesens auf dem „Tag der Vereinigung der Bayerischen Psychiater“ im Juni 1908 in Bamberg einen wenig populären Standpunkt. Auch in einem Vortrag beim „Verein Bayerischer Psychiater“³⁷ sprach er sich entschieden für den Ausbau der Familienpflege aus.³⁸ Kolb propagierte deren große Vorteile für Patienten und Gesellschaft: Die Familienpflege sei als „das letzte Glied der Kette der Errungenschaften der modernen Psychiatrie (Beseitigung der Zwangsmittel, Kolonisierung, Offentürsystem und Arbeitstherapie)“³⁹ anzusehen. Gleichzeitig beklagte er sich über die enorme Rückständigkeit der bayerischen Anstalten auf diesem Gebiet⁴⁰ und äußerte: „Die

²⁹ W. W. Ireland: The Milan International Congress. In: British Journal of Psychiatry 53 (1907), S. 225–227, hier: S. 225f.

³⁰ Vgl. Ferrari: Congrès (wie Anm. 28), S. 18–34.

³¹ Alt sprach in der zweiten Sektion (26. 9., nachmittags) zum Thema „Des progrès de l'assistance des aliénés dans les différents pays depuis 1902 jusqu'à nos jours“ [„Die Weiterentwicklung der Versorgung der Geisteskranken in verschiedenen Ländern seit 1902 bis zum heutigen Tag“ (Übers. d. Verf.)].

³² Auf dem I. Internationalen Kongress für psychische Hygiene im Mai 1930 in Washington waren unter den 44 Hauptreferenten sieben Deutsche vertreten. Vgl. Anna Plezko: Handlungsräume und Zwänge in der Medizin im Nationalsozialismus. Das Leben und Werk des Psychiaters Dr. Hans Roemer (1878–1947). Diss. Gießen 2011, S. 32.

³³ „Auf dem ersten internationalen Kongress in Washington 1930 war er [Kolb] mit Birnbaum unter den deutschen Vertretern und sprach in einem ausgedehnten Referat über die von ihm entwickelte offene Fürsorge in Deutschland.“; Leibbrand (Hg.): Menschenrechte (wie Anm. 21), S. 94f.

³⁴ Vgl. Dirk Blasius: Deutsche Erinnerung – Wegstrecken der Psychiatriegeschichte. In: Martin Wollschläger (Hg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen – Kontroversen – Perspektiven. Tübingen 2001, S. 29–42, hier: S. 37f.

³⁵ Vgl. Anm. 25.

³⁶ Vgl. Krumm/Becker: Aspekte (wie Anm. 2), S. 46f.

³⁷ Vgl. Blasius: Deutsche Erinnerung (wie Anm. 34), S. 37f.

³⁸ Gustav Kolb: Die Familienpflege unter besonderer Berücksichtigung der bayrischen Verhältnisse. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 6 (1911), S. 273–304.

³⁹ Kolb, zit. nach: Dirk Blasius: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt a. M. 1980, S. 152.

⁴⁰ Laut Buße waren 1911 in ganz Bayern nur 12 Kranke in Familienpflege, während es in Preußen 3015 waren.

Familienpflege ist das beste Mittel, in einen veralteten Anstaltsbetrieb einen frischen Geist hineinzubringen, dem Personal und der Außenwelt die Möglichkeiten und Notwendigkeit freiheitlicher Krankenbehandlungen vor Augen zu führen.⁴¹

Kolb betrachtete die Stärkung der familiären Versorgungsformen und den Abbau der permanenten Überfüllung der Anstalten als notwendigen Schritt zur Reformierung der psychiatrischen Versorgung.⁴² Er schlug vor, die Fürsorge für die außerhalb der Anstalten befindlichen Patienten in die Hände der Direktoren der Kreisirrenanstalten zu legen und dort einen externen ärztlichen Dienst einzurichten. Das Grundziel lag seiner Ansicht nach darin, den zahlreichen Bewohnern, welche nicht unbedingt anstaltsbedürftig seien, die Möglichkeit der Existenz außerhalb der Anstalt zu sichern.⁴³ In späteren Jahren sprach Kolb nicht mehr von einem externen Dienst, sondern von der offenen Fürsorge, deren Aufgaben er 1931 genauer präzisierte.⁴⁴ Dabei knüpfte er an die Tradition der Familienpflege an, deren System jedoch keine ambulante Nachsorge vorsah. Da Kolbs Forderung nach der allgemeinen Einrichtung einer offenen Fürsorge jedoch im Kreis des „Vereins Bayerischer Psychiater“ größtenteils auf Ablehnung stieß, konnte er sie zunächst nur in seinem eigenen Wirkungskreis – dafür mit größter Energie – umsetzen,⁴⁵ und zwar 1908 in Kutzenberg sowie ab 1912 in Erlangen. An diese Widerstände erinnerte er Jahre später vor dem bayerischen Kreistagsverband in München: „Es sind fast 20 Jahre, daß ich als Referent des bayerischen psychiatrischen Vereins zum erstenmal den Kollegen die offene Fürsorge vorgeschlagen habe. Außer Kraepelin, der von Anfang an ein warmer Freund der offenen Fürsorge gewesen ist, trat damals nur mein verehrter Kollege Dr. Prinzing-Kaufbeuren an meine Seite, sonst aber begegnete ich allgemeiner Ablehnung. Das war schmerzlich, aber gut. Denn ich war dadurch gezwungen, die Richtigkeit meiner Anschauungen durch die Tat zu beweisen.“⁴⁶

Die 1910er Jahre bis zu Beginn des Ersten Weltkriegs können mit deutschlandweit 34 Neugründungen familialer Pflegestellen⁴⁷ als Blütezeit der Familienpflege gesehen werden. Die Betreuungsverhältnisse nahmen zwar insgesamt zu, doch war die Verbreitung der Familienpflege nicht in allen Regionen gleichmäßig erfolgreich. Nach Kolbs Zählungen befanden sich Anfang 1911 in Deutschland 3519 Kranke in Familienpflege, darunter 3015 in Preußen, 7 in Bayern, 139 in Sachsen, 63 in Württemberg, 156 in Bremen.⁴⁸

⁴¹ Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 278.

⁴² Vgl. Krumm/Becker: Aspekte (wie Anm. 2), S. 46f.

⁴³ Vgl. Gustav Kolb: Reform der Irrenfürsorge. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 47 (1919), S. 137–172.

⁴⁴ Vgl. Kolb: Fürsorge (wie Anm. 14).

⁴⁵ Vgl. Helmut Haselbeck: Zur Sozialgeschichte der „Offenen Irren-Fürsorge“. Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. In: Psychiatrische Praxis 12 (1985), S. 171–179.

⁴⁶ Kolb, zit. nach: Leibbrand (Hg.): Menschenrechte (wie Anm. 21), S. 94f.

⁴⁷ Buße: Familienpflege (wie Anm. 14), S. 90.

⁴⁸ In der einzelnen Aufschlüsselung gibt es in der Quelle zu 139 Personen keine genaueren Angaben. Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 275.

Ungeachtet der damals praktizierten Reformkonzepte zur Öffnung der Psychiatrien stieg die Zahl der Anstaltspatienten unvermindert weiter; diese Entwicklung stagnierte erst während des Ersten Weltkriegs. Gleichzeitig waren die Fürsorgemaßnahmen des Sozialstaats in dieser Zeit außerordentlich gering.⁴⁹ Die kriegsbedingte Not der Bevölkerung wirkte sich in aller Härte auf die psychiatrische Versorgung aus.⁵⁰ Etwa 70 000 Psychiatriepatienten fanden aufgrund der katastrophalen Verhältnisse in den Einrichtungen den Tod.⁵¹ Zahlreiche Pflegeverhältnisse wurden aufgelöst und Kranke ihrem Schicksal überlassen.⁵² Im Hinblick auf das Elend der Gesamtbevölkerung und die zahlreichen Opfer unter den Soldaten hatte sich das gesellschaftliche Bewusstsein verändert – der Erste Weltkrieg hatte das zivile Grundgefüge der Gesellschaft tiefgreifend erschüttert. Auch die deutsche Psychiatrie ordnete sich in den Geleitzug des nationalen Aufbruchs ein und verlor ihre ethische Grundorientierung.⁵³ Der grauenhafte Zustand der Anstalten wurde beinahe ausnahmslos von der Gesellschaft wie von der Ärzteschaft relativiert⁵⁴ und das Hungersterben der Patienten als natürliches Schicksal von „Minderwertigen“ akzeptiert⁵⁵ – mit dem Anstieg der Kriegstoten schwand die Akzeptanz des Lebenswerts psychisch kranker Menschen; diese wurden zunehmend ins Abseits gedrängt.

Aufgrund der Härten des Kriegs entschieden sich viele Familien für die Auflösung ihrer Pflegeverhältnisse.⁵⁶ Inflation, Nahrungsmittelknappheit und Wohnungsnot verringerten zudem die Bereitschaft von Familien, psychisch Kranke in Pflege aufzunehmen. Daher gestaltete sich in den Nachkriegsjahren die Neuwerbung von Pflegefamilien zunächst schwierig.⁵⁷

⁴⁹ Vgl. Merith Niehuss: Keine Modernisierung in der Weimarer Republik? In: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Online Ausgabe 1 (2004) 1, Abschnitt 1, hier: Absatz 1; online zugänglich unter: www.zeithistorische-forschungen.de/16126041-Niehuss-1-2004 (letzter Zugriff am 7. 10. 2015).

⁵⁰ Vgl. Krumm/Becker: Aspekte (wie Anm. 2), S. 47.

⁵¹ Vgl. Heinz Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Freiburg i. Br. 1998.

⁵² Vgl. Michael Konrad/Paul-Otto Schmidt-Michel (Hg.): Die zweite Familie. Psychiatrische Familienpflege. Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn 1993, S. 47.

⁵³ Franz-Werner Kersting: „1968“ als psychiatriegeschichtliche Zäsur. In: Wollschläger (Hg.): Sozialpsychiatrie (wie Anm. 34), S. 43–58, hier: S. 53 f.

⁵⁴ Vgl. Blasius: Seelenstörung (wie Anm. 4).

⁵⁵ Vgl. Thomas Beddies/Heinz-Peter Schmiedebach: Die Diskussion um die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege in Deutschland. Historische Entwicklung einer Maßnahme zur sozialen Integration psychisch Kranker. In: Sudhoffs Archiv 85 (2001), S. 82–117, hier: S. 96; Faulstich: Hungersterben (wie Anm. 51).

⁵⁶ Christine Schönberger/Peter Stolz: Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch zur Umsetzung. Bonn 2003, S. 14.

⁵⁷ Ernst Buße beschreibt zwei Jahrzehnte später die Situation: „Die Gründe für den starken Rückgang [...] entsprangen sämtlich aus den anormalen Verhältnissen der Kriegs- und Nachkriegszeit [...]. Eine gedeihliche Familienpflege setzt bei den Pflegefamilien einen gewissen, wenn auch bescheidenen Wohlstand, gute Ordnung und Zucht voraus; es muß stets genügende Beaufsichtigung und Beschäftigungsanleitung für den Kranken vorhanden sein. All diese Dinge erlitten starke Einbuße. [...] Mit zunehmender Einziehung der Männer zum Heere konnten viele schwierige [...] Kranke nicht mehr in den Familien gehalten werden, da sie von den Frauen nicht genügend zu re-

Mit der allmählichen Konsolidierung der Wirtschaft in den 1920er Jahren wurde der Diskurs um die Reform der Anstaltspsychiatrie neu belebt.⁵⁸ 1923 zeichnete sich ein erneuter Aufschwung der Familienpflege ab und rückte sie in den Fokus der Psychiatrie.⁵⁹ Zentrale Gedanken der Reformansätze für eine „soziale Psychiatrie“⁶⁰ wiesen in Richtung Deinstitutionalisierung und deuteten auf ein neues Rollenverständnis der Anstaltspsychiatrie hin.⁶¹ In Anknüpfung an die sozialpsychiatrischen Konzepte des frühen 20. Jahrhunderts gewannen zentrale Forderungen wie die nach offener Fürsorge, aktiver Heilbehandlung und Arbeitstherapie an Bedeutung.

Die sich zuspitzende wirtschaftliche Krise Ende der 1920er Jahre traf erneut die schwächsten Glieder der Gesellschaft am härtesten. Die Verschlechterung der ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusste immer stärker die staatliche Fürsorgepolitik. So war die psychiatrische Versorgung von massiven Sparmaßnahmen betroffen, die sich insbesondere durch Kürzungen im Arzneimittelbudget, im Verköstigungsetat und im Anteil qualifizierten Personals bemerkbar machten.⁶² Für sozialpsychiatrische Reformen schwand der ökonomische Handlungsspielraum. Die Familienpflege wurde aus fiskalischen und vor allem ideologischen Gründen immer weiter abgebaut und kam schließlich Ende der 1930er Jahre beinahe ganz zum Erliegen.⁶³

Gleichzeitig machte die politische Lage im Nationalsozialismus eine Weiterführung sozialpsychiatrischer Ansätze immer schwieriger, sodass die „Kette der Er rungenschaften der modernen Psychiatrie“⁶⁴ wieder abbrach. Fehlte den Gedanken von Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik noch die politische Unterstützung, nahm die allgemeine Akzeptanz dieser Konzepte im Nationalsozialismus beständig zu. Eine zunehmend biologistische Sicht und der zeitgleich entstehende wirtschaftliche Zwang zur Kostensenkung führten dazu, dass grundsätzlich die Frage nach dem Sinn psychiatrischer Hilfeleistung gestellt wurde. Es

gieren waren; dann kamen die Ernährungsschwierigkeiten, die erhöhte Krankheits- und Sterblichkeitsziffer, der Mangel an Arbeitskräften in der entvölkerten Anstalt [...], geradezu lähmend wirkte das berüchtigte Kohlrübenjahr 1917, Wohnungsnot, Flüchtlingskalamität, Papiergeldlawine und Arbeitslosigkeit taten das übrige. In Massen wurden die Kranken zur Anstalt zurückgegeben, es war den Familien nicht zu verdenken.“ Buße: Familienpflege (wie Anm. 14), S. 82ff.

⁵⁸ Vgl. Cornelia Brink: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980. Göttingen 2010.

⁵⁹ Vgl. Paul-Otto Schmidt-Michel: Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien. In: Thomas Becker u. a. (Hg.): Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte – Interventionen – Perspektiven. Köln 2006, S. 175–186, hier: S. 177.

⁶⁰ Julius Raecke: Soziale Psychiatrie. In: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 19/20 (1921), S. 116–119, hier: S. 117.

⁶¹ Vgl. Andrea Klendauer: Psychiatrische Familienpflege. Diplomarbeit Universität Bamberg 2004, S. 7.

⁶² Vgl. Christiane Roick: Heilen, Verwahren, Vernichten. Die Geschichte der sächsischen Landesanstalt Leipzig-Dösen im Dritten Reich. Diss. med. Universität Leipzig 1997, Anhang.

⁶³ Renate Koch: Die Behandlung psychisch Kranker in Leipzig-Dösen in der Zeit der faschistischen Diktatur. Diss. med. Universität Leipzig 1989, S. 31f.

⁶⁴ Kolb, zit. nach: Blasius: Wahnsinn (wie Anm. 39), S. 152.

gab zwar nach wie vor einzelne Befürworter wie Ernst Buße (Allenstein/Ostpreußen), die sich noch 1940 für die Verbreitung der Familienpflege engagierten,⁶⁵ doch wurden vielerorts bestehende Familienpflegverhältnisse aufgelöst. Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs verlor die psychiatrische Familienpflege vollkommen an Bedeutung.⁶⁶

Frühe Etablierungsversuche in Bayerisch-Schwaben

In Bayerisch-Schwaben wurde im Frühjahr 1872 als Ergänzung für die ständig überfüllte Anstalt in Irsee mit dem Bau einer neuen Anstalt im Regierungsbezirk Schwaben und Neuburg begonnen. Schon im Vorfeld wurden der Bedarf und die Erfordernisse der neuen Einrichtung im ständigen Landratsausschuss diskutiert. Zum Gutachten des Ärztlichen Vereins der Kreishauptstadt Augsburg über die neu zu erbauende Anstalt wurde 1870 in Form einer anonymen Schrift kritisch Stellung genommen und schon dort auf die Möglichkeit der Einführung der familiären Pflege hingewiesen. So findet man darin Überlegungen zu den „socialen Verhältnissen“ der Umgebung des Kaufbeurer Standortes und zu den „colonialen und familiären“⁶⁷ Verhältnissen.

Folgt man den Einträgen in den Patientenakten und Jahresberichten, so kann man davon ausgehen, dass die Familienpflege in Kaufbeuren schon in der Gründungsphase eingeführt wurde oder zumindest vorgesehen war. Spätestens ab 1881 waren Kaufbeurer Patienten nachweislich in der Familienpflege untergebracht. So kamen von den 72 als ungeheilt entlassenen Patienten zwei Personen in fremde Pflegefamilien.⁶⁸

Für die Umsetzung der Familienpflege in der bayerisch-schwäbischen Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren engagierte sich zunächst Michael Kiderle (1876–1891). Sein Nachfolger Heinrich Ullrich (1891–1905), ein ehemaliger Assistenzarzt aus Erlangen, war Anhänger des aus England stammenden *open-door-system*.⁶⁹ Er setzte sich stark für den Ausbau und die Organisation der Familienpflege⁷⁰ als

⁶⁵ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel (Hg.): Familie (wie Anm. 52), S. 61 f.

⁶⁶ Maria Sosna: Psychiatrische Familienpflege in Hessen. Möglichkeiten und Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Diplomarbeit Evangelische Fachhochschule Darmstadt 2008, S. 10ff.; vgl. Beddies/Schmiedebach: Diskussion (wie Anm. 55), S. 103.

⁶⁷ Anonymus: Kritische Bemerkungen zu dem Gutachten des ärztlichen Vereines der Kreishauptstadt Augsburg über eine neu zu erbauende Irren-Anstalt für den Regierungsbezirk Schwaben und Neuburg. [Broschüre im Selbstverlag] 1870, S. 33.

⁶⁸ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1881, Archiv Bezirkskrankenhause (BKH) Kaufbeuren.

⁶⁹ Vgl. Martin Schmidt/Robert Kuhlmann/Michael von Cranach: Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren. In: Michael von Cranach/Hans-Ludwig Siemen (Hg.): Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945. München 2012, S. 265–326, hier: S. 267.

⁷⁰ „Unter Familienpflege verstand man die Unterbringung von Anstaltspatienten in geeigneten Familien, insbesondere in Familien auf dem Lande, die einerseits ausreichendes Verständnis für

maßgebliches Mittel der modernen Pflege und Therapie psychisch Kranker ein. Einen frühen Versuch, an der Anstalt Kaufbeuren Patienten in Familienpflege unterzubringen, unternahm Ullrich im Jahr 1899. So schlug Ullrich in einem Schreiben die Unterbringung der Patientin Balbina H. im Umland der Gemeinde Kaufbeuren vor, da er eine familiäre Versorgung in der nahen ländlichen Umgebung für geeigneter hielt als in den entfernteren Großstädten Augsburg und München. Ullrich empfahl der Stadt Kaufbeuren: „Die in hiesiger Kreisirrenanstalt untergebrachte Fotografensfrau Balbina H. [...] könnte nach Gutachten der Anstalten-Direktion in geeigneter Familie oder in einer Gemeindeanstalt versorgt werden, wo sie mit Näh- und Handarbeit beschäftigt werden könnte und eine gewisse Aufsicht genösse.“⁷¹

Tabelle 1: Verlegung „ungeheilte“ Patienten in Kaufbeuren vor 1900

	Verlegte Patienten ⁷² Gesamt	nach Irsee	in andere Anstalten	in eigene Familie	in fremde Familie Gesamt	davon Männer	davon Frauen
1881	72	39	4	27	2	k. A.	k. A.
1884	3			2	1	1	0
1887	91	52	2	33	4	k. A.	k. A.
1890	81	50	6	20	5	k. A.	k. A.
1891	43	22	7	13	1	1	0
1894	30	15	4	10	1	0	1
1896	33	21	4	7	1	0	1
1897	37	27	2	5	3	k. A.	k. A.
1898	47	33	8	2	4	k. A.	k. A.
1899	35	19	7	5	4	k. A.	k. A.

Auch Ullrichs Nachfolger Alfred Prinzing (1905–1929), der vor seiner Tätigkeit in Kaufbeuren zunächst Assistenzarzt der Kreis-Irrenanstalt München, später Oberarzt der Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth gewesen war,⁷³ beschäftigte sich mit Alts und Kolbs Reformgedanken. Unter Prinzing's Direktion wurde die Kaufbeurer Anstalt mit großem Aufwand baulich erweitert, zudem wurde die Bäderbehandlung eingeführt, ferner die offene Fürsorge und die Arbeitstherapie einge-

die spezielle seelische Situation des Patienten hatten und andererseits in eigener Landwirtschaft oder kleinem Gewerbe ausreichende Betätigungsmöglichkeiten bieten konnten. Dabei blieb der Kranke unter Aufsicht der Anstalt, wurde von Zeit zu Zeit von einem Arzt oder Pfleger besucht und konnte bei Rückfällen ohne weiteres wieder in die Anstalt aufgenommen werden. Während diese Einrichtung anfangs als ‚dauernde Irrenversorgung‘ zur Entlastung der Anstalten beitrug, wurde sie später immer mehr zu einem wichtigen therapeutischen und fürsorgerischen Bereich im Sinne einer stufenweisen Wiedereingliederung in die Gesellschaft und den Arbeitsprozeß.“; Koch: Behandlung (wie Anm. 63), S. 31f.

⁷¹ Patientenakte Balbina H., Archiv BKH Kaufbeuren.

⁷² Jahresberichte der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1881 bis 1899, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁷³ Vgl. Schmidt/Kuhlmann/von Cranach: Kaufbeuren (wie Anm. 69), S. 267.

richtet.⁷⁴ Der neue Direktor berichtete von den „großartigen 10-jährigen Erfolgen der sächsischen Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe mit Patienten in der Familienpflege“.⁷⁵ Auch griff er die von Alt auf dem Mailänder Kongress (1906) angesprochenen bayerischen Fortschritte in Eglfing auf und berichtete von den Planungen der Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg,⁷⁶ die „außerdem bestrebt [sei], die Familienpflege Geistesgestörter dadurch zu unterstützen, daß Anstaltsärzte Kranke besuchen, welche probeweise in ihren Familien untergebracht sind, um an Ort und Stelle die Durchführung der gegebenen Ratschläge zu überwachen und zu fördern“.⁷⁷ Prinzing erläuterte Maßnahmen, die das bayerische Innenministerium zur Etablierung der Familienpflege und damit zur Entlastung der zu dieser Zeit überfüllten bayerischen Psychiatrien vorschlug. In einem hierzu erstellten Gutachten beschrieb er, dass „nach § 60 der Anstaltssatzung [...] wiederholt der Versuch gemacht [wurde], Kranke in geeigneten Fällen in Kaufbeuren und Umgebung in Ökonomie- und anderen Betrieben unterzubringen. In Zukunft [werde] hierauf noch vermehrtes Augenmerk verwendet werden.“⁷⁸

1906 äußerte sich der Direktor Prinzing in einer Denkschrift zur Situation der bayerisch-schwäbischen Heil- und Pflegeanstalten und sprach Empfehlungen für deren zukünftige Entwicklung aus.⁷⁹ Um die Einführung der Familienpflege in Bayerisch-Schwaben zu unterstützen, schlug er vor, beim Bau einer von ihm empfohlenen zweiten schwäbischen Heil- und Pflegeanstalt die Pflegerfamilien mit einzubeziehen. Prinzings Ausführungen fanden später in den Plänen für die neue psychiatrische Anstalt Günzburg (1915 eröffnet) Berücksichtigung. So wurden auf dem Gelände der Günzburger Heil- und Pflegeanstalt Pflegerhäuser errichtet,

⁷⁴ Vgl. ebd.

⁷⁵ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1906, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁷⁶ Vgl. Ferrari: Congrès (wie Anm. 28), S. 166.

⁷⁷ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1906, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁷⁸ Ebd., S. 17.

⁷⁹ „Die Kaufbeurer Anstalten sind [...] jetzt schon überfüllt. Auf der Frauenabteilung sind nur noch 2 Betten frei, sonst sind alle Plätze besetzt; sogar auf den Gängen stehen Betten und in vielen Zimmern sind mehr Betten gestellt als nach dem Kubikraum zulässig wäre. [...] Bezüglich weiterer Maßnahmen zur Abhilfe des jetzt bestehenden Ärztemangels verweise ich auf den Artikel ‚Videant consules!‘ von Prof. Dr. Alt in N. 43–45 der psych. Neurologischen Wochenschrift (1906) und einer vom Verein bayer. Psychiater herausgegebenen Denkschrift über die Lage des irrenärztlichen Standes. [...] Der sachverständige Rat geht dahin, die Kaufbeurer Anstalt bis zum Maximalfassungsvermögen von 700 Kranken auszubauen, damit unterdessen die Vorbereitungen für den Neubau einer 2ten Anstalt in Schwaben in Ruhe getroffen werden können. [...] Der Neubau einer 2ten Anstalt [müsste] in die Jahre 1910 mit 1913 fallen. Sollte dieser [...] Plan nicht zur Ausführung kommen, so würde die Anstalt Kaufbeuren [...] in allergrößte Verlegenheit bezüglich der Krankenaufnahmen geraten. [...] Dabei wäre es nur vorteilhaft, wenn sich der Landrat von Schwaben schon bald mit dem Plan für eine neue Anstalt befassen würde. Die Auswahl eines geeigneten Platzes und eines [...] Landgutes, sowie die Wasserversorgung erfordern unter Umständen [...] jahrelange Vorverhandlungen. [...] Die Größe der neuen Anstalt brauchte anfangs 400 Plätze nicht zu übersteigen, es müssten aber alle Zentraleinrichtungen so getroffen sein, daß sie aufs doppelte erweiterungsfähig wäre.“; Alfred Prinzing: Denkschrift des K. Direktors der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren vom 14. August 1906 über den Stand und die Weiterentwicklung des Irrenwesens in Schwaben. [Eigenverlag] 1906, [ohne Seitenangabe].

welche jeweils mit zusätzlichen Räumen ausgestattet wurden, die für die Unterbringung von Familienpfleglingen gedacht waren.

Den konsequenten Versuch, die Familienpflege umzusetzen, verfolgte Prinzing vor allem in den Jahren nach den internationalen Kongressen.⁸⁰ Jedoch kam die bayerisch-schwäbische Familienpflege weder in jenen Jahren ihrer deutschlandweiten Blütezeit, noch in späteren Phasen so richtig in Schwung.

Dennoch wurden schon vor und während der Zeit der internationalen Diskussion auf den Kongressen für Irrenpflege (Antwerpen 1902, Mailand 1906, Wien 1908) in Bayerisch-Schwaben Patienten in Fremdfamilienpflege versorgt. So finden sich in den Kaufbeurer Jahresberichten, die während Ullrichs Direktorat erstellt wurden, Angaben zur Entlassung von sogenannten „ungebessert Abgegangenen [...] in eine fremde Familie“. Während in den Jahren 1901 und 1902 jeweils „eine Frau in eine fremde Familie verbracht“⁸¹ wurde, kamen laut Jahresbericht im Jahr 1900 insgesamt drei Frauen in Fremdfamilienpflege⁸² unter. Während sich für die Jahre 1904 und 1905 keinerlei Hinweise auf die Unterbringung Entlassener in Fremdfamilienpflege finden lassen, verzeichnet der Jahresbericht im Jahr des Direktorenwechsels 1905 erstmals die Unterbringung von zwei Männern in fremden Familien,⁸³ auch im folgenden Jahr wurde „ein Mann in eine fremde Familie verbracht“.⁸⁴ Im Jahresbericht zu 1909 findet sich rückblickend der Hinweis, dass „seit 1905 [...] 4 Fälle mit Erfolg in Familienpflege [versorgt wurden], davon drei in fremden Familien untergebracht. Alle sind definitiv entlassen.“⁸⁵ Einer der Familienpfleglinge wurde als ungeheilt in seine eigene Familie entlassen und befand sich damit in „Eigenfamilienpflege“ – ein erster Schritt hin zum sozialpsychiatrischen Konzept der offenen Fürsorge. Hierzu liest man im Jahresbericht: „Der in seiner eigenen Familie untergebrachte Patient steht noch unter periodischer Kontrolle der Anstalt und des Bezirksamtes.“⁸⁶ Ein weiterer Kranker befand sich phasenweise in Fremdfamilienpflege. Er war „jeden Sommer

⁸⁰ „Die Anstalten für Psychisch Kranke: Kaufbeuren 1911: a. Haupt- und Aufnahmeanst. Kaufbeuren, b. Pflegeanst. Irsee (6 km entfernt), Dir. Dr. Alfr. Prinzing; a. Kaufbeuren: Oberarzt Dr. Karl Eisen, Anst.-Ärzte Dr. Emil Krapf, Dr. Gottfried Edenhofer, Ass.A. Dr. Max Theobald, Med.Prakt.; b. Irsee: O.A. Dr. Friedrich Zierl, Ass.-A. Dr. Emil Ehrenfeld a) Kaufbeuren 1. 1. 1911: 652 Kr. (325 m., 327 w.) [...] Irsee 1. 1. 1911: 270 Kr. (125 m, 145 w.)“; Hans Laehr: Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern. Berlin 1912, S. 93f.

⁸¹ Vgl. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1901, S. 3, Archiv BKH Kaufbeuren; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1902, Archiv BKH Kaufbeuren [Transkription 01/2008, E. Resch].

⁸² Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1900, S. 3, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁸³ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1905, S. 5, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁸⁴ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1906, S. 5, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁸⁵ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1909, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

⁸⁶ Ebd.

einige Wochen bei einem Ökonomen der Umgebung, [konnte] sich aber nie lange außerhalb der Anstalt halten“.⁸⁷ Direktor Prinzing äußerte die Hoffnung auf einen weiteren Ausbau dieser Versorgungsform nach Abschluss eines geplanten Anwesen-zukaufs.⁸⁸ 1911 verfügte Kaufbeuren über eine Pflegerdienstwohnung, die mit zwei Zimmern für Familienpflege ausgestattet war. In diesem Jahr wurden außerhalb der Anstalt sieben Patienten (sechs Männer, eine Frau) in Familienpflege versorgt.⁸⁹ In den Berichten der folgenden Jahre finden sich leider keine Zahlenangaben zur Versorgung in fremden Familien; 1916 wurde in anderem Zusammenhang erwähnt, dass eine Patientin in Familienpflege verlegt worden sei.

Tabelle 2: Verlegung „ungeheilte“ Patienten in Kaufbeuren nach 1900⁹⁰

	Patientenzahl gesamt	Verlegte Patienten gesamt	nach Irsee	in andere Anstalten	in eigene Familie	in fremde Familie		
						Gesamt	davon Männer	davon Frauen
1900	k. A.	52	22	13	14	3	0	3
1901	k. A.	40	19	8	12	1	0	1
1902	428	37	21	8	7	1	0	1
1903	k. A.	52	25	14	13	0	0	0
1904	510	59	36	11	12	0	0	0
1905	545	51	31	8	10	2	2	0
1906	564	88	29	32	26	1	1	0
1907	592	70	33	18	17	2	2	0
1908	614	86	41	14	31	0	0	0
1909	641	77	27	18	28	4	3	1
1910	652	124	31	48	34	11	11	0
1911	672	mind. 49	20	22	k. A.	7	6	1
1912	698	mind. 31	26	5	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
1913	698	mind. 42	22	20	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
1914–16	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	mind. 1

⁸⁷ Ebd.

⁸⁸ „Sobald das landwirtschaftliche Ruchi-Anwesen von der Anstalt übernommen und das dazugehörige Wohnhaus von einer Pflegerfamilie bezogen wird, hofft man dort 2 Kranke in Familienpflege unterbringen zu können.“; Jahresbericht der Heil- und Pflgeanstalten bei Kaufbeuren zu 1909, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

⁸⁹ Gustav Specht: Über die familiäre Verpflegung von Geisteskranken in Bayern. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1 (1911), S. 305–325, hier: S. 318ff. Nach den Angaben von Bufo und Kolb waren in ganz Bayern im Jahr 1911 sieben Patienten, 1927 elf Patienten und 1931 130 Patienten bei fremden Familien untergebracht, jedoch berücksichtigen diese Daten kein Zahlenmaterial aus der Heil- und Pflgeanstalt Kaufbeuren; vgl. Ernst Bufo: Die Familienpflege Kranksiniger im heutigen Deutschland, ihr Stand vom 1. Oktober 1927, ihre Schicksale in der Kriegs- und Nachkriegszeit sowie ihre Beziehungen zur offenen Fürsorge. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 16 (1928), S. 159–166, S. 173–189; Ernst Bufo: Internationale Übersicht über den Stand der Familienpflege. In: Zeitschrift für psychische Hygiene 4 (1931), S. 98–110; Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38).

⁹⁰ Jahresbericht der Heil- und Pflgeanstalten bei Kaufbeuren zu 1900 bis 1918, Archiv BKH Kaufbeuren.

Das alleinige Recht, sowohl die für die Familienpflege geeigneten Patienten als auch die hierzu passenden Familien auszuwählen, lag bei der Anstaltsdirektion.⁹¹ Prinzing erklärte „verblödete und harmlose“ Personen, von denen keine Gefährdung zu erwarten war, als besonders geeignet.⁹² Sein Nachfolger Valentin Falthäuser, zuvor erster Fürsorgearzt in Nürnberg und enger Mitarbeiter Kolbs,⁹³ ab 1929 Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee,⁹⁴ empfahl als potentielle Kandidaten „namentlich ältere Frauen meist ohne Verwandtschaft, deren Befinden zeitweiligen Schwankungen unterworfen ist oder die stärkere geistige Defekte aufweisen und dauernder fachkundiger Aufsicht bei engem Zusammenhang mit der Anstalt bedürfen“.⁹⁵ Unter den in diesem Beitrag betrachteten Familienpfleglingen findet sich die Diagnose „Imbezillität“ und „Schizophrenie“ am häufigsten. Ein wesentliches Auswahlkriterium lag in der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise „Nützlichkeit“ der Patienten. So kamen weder Kranke in Betracht, die einer besonderen Anstaltspflege bedurften, noch Patienten, für die in den Pflegefamilien keine für sie passenden Arbeitsmöglichkeiten zu finden waren. Ein weiteres Auswahlkriterium war, ob der persönliche Wunsch der Patienten bestand, sich in einen Alltag außerhalb der Anstalt zu begeben. In der Regel scheinen die Wünsche der Patienten, sofern sie realistisch waren, von der Anstaltsdirektion berücksichtigt worden zu sein. Es gab auch Patienten, die für die Familienpflege infrage kamen, die aber dennoch den Aufenthalt in der Anstalt den meist beschränkten Verhältnissen der Pflegefamilie vorzogen, da ihnen eine Pflegefamilie in manchen Beziehungen nicht das bieten konnte, was in der Anstalt vorhanden war (vor allem Wohnraum, Freizeit oder Verköstigung). Wichtigstes Kriterium für die Einrichtung dürfte gewesen sein, dass die Betreuung in der fremden Familie höchstens die gleichen Kosten verursachen durfte wie die psychiatrische Versorgung in der Anstalt selbst.

Familien, die einen Pflegling aufnehmen wollten, konnten bei der Anstaltsdirektion ihre Bereitschaft signalisieren,⁹⁶ doch ging die Initiative in den frühen Jahren meist von der Anstaltsdirektion aus. Diese konnte sich bei der Armen-

⁹¹ Vgl. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁹² Prinzing, zit. nach: Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 313.

⁹³ Vgl. Valentin Falthäuser: Die in Deutschland praktisch durchgeführten Formen der offenen Geisteskrankenfürsorge. In: Hans Roemer/Gustav Kolb/Valentin Falthäuser: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin 1927, S. 21–30, hier: S. 26f.; Valentin Falthäuser: Der gegenwärtige Stand der offenen Fürsorge an den deutschen öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten. In: Zeitschrift für psychische Hygiene 3 (1930), S. 163–175.

⁹⁴ Vgl. Ulrich Pötzl: Reformpsychiatrie, Erbbiologie und Lebensvernichtung. Valentin Falthäuser, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee in der Zeit des Nationalsozialismus (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, Bd. 75). Husum 1995, S. 157–162.

⁹⁵ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁹⁶ 1931 waren dies 20 bis 25 Familien; vgl. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, Archiv BKH Kaufbeuren.

fürsorgestelle, beim jeweiligen Gemeindevorstand sowie beim Polizeiamt über die Wohn-, Lebens- und Erwerbsverhältnisse, den Leumund beziehungsweise eventuelle Vorstrafen der Familie erkundigen. Hauptsächlich wurden die Pflinglinge in Familien untergebracht, die in der Nähe der Kaufbeurer Anstalt wohnten.⁹⁷

In den Kaufbeurer Jahresberichten jener Zeit finden sich einerseits Hinweise auf eine allgemeine Akzeptanz dieser Versorgungsform aufseiten der Patienten und der Bevölkerung der umliegenden Gebiete.⁹⁸ Andererseits werden auch Schwierigkeiten angesprochen, geeignete Pflegefamilien für die Patienten zu finden: „Bereits im Vorjahr wurde diesbezüglich mit dem Irseer Bürgermeister verhandelt. Dessen Erkundigungen ergaben ein negatives Bild bei der Marktbevölkerung. Zwar wären Ökonomen bereit[,] im Sommer während der Heuernte Kranke zur Hilfeleistung bei sich aufzunehmen, [würden] diese aber im Winter mangels Arbeit nicht bei sich behalten.“⁹⁹ So konnte aus der Zahl der infrage kommenden Patienten nur ein geringer Anteil in Familienpflegestellen vermittelt werden.

Während des Ersten Weltkriegs änderte sich die Situation vor Ort. Die zunehmende Verschlechterung der wirtschaftlichen Verhältnisse und die Wohnungsnot führten auch in Bayerisch-Schwaben dazu, dass in der Bevölkerung die Bereitschaft stetig sank, Familienpfleglinge zu beherbergen.¹⁰⁰ Gleichzeitig wirkte sich der Abzug von 70 Angehörigen des Personals besonders einschneidend aus.¹⁰¹ Zwar konnte die Not mithilfe des anstaltseigenen, landwirtschaftlichen Guts gemildert werden, jedoch erreichten im Jahr 1917 die Todesfälle aufgrund der allgemeinen Mangelernährung und der Zunahme körperlicher Erkrankungen in der Kaufbeurer Einrichtung mit 10,4 % der Gesamtbelegung „eine nie bisher erreichte Höhe“.¹⁰² Erst Mitte 1919 normalisierten sich die Versorgungsverhältnisse wieder.

Die Nachkriegsjahre gestalteten sich für die psychiatrischen Einrichtungen besonders schwierig. Im Kaufbeurer Jahresbericht zu 1923 finden sich Ausführungen über die problematische Situation der bayerisch-schwäbischen Psychiatrie. So habe der Rückgang des Krankenstands seit Ende des Weltkriegs zur Schließung einzelner Anstalten geführt. Zudem würden die steigenden Ausgaben sowohl von

⁹⁷ „Weil die Familien in nächster Nähe wären, können die Pflinglinge – im Gegensatz zur Unterbringung in karitativen Anstalten – bei Bedarf schnell wieder in die Anstalt zurückgenommen werden.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁹⁸ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1909, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

⁹⁹ Ebd.

¹⁰⁰ Dennoch wurde bereits 1916 in der neu eröffneten Heil- und Pflegeanstalt Günzburg der erste Patient in Familienpflege genommen; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg zu 1915/16, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Günzburg. Auch im Jahresbericht zu 1924 finden sich Hinweise, dass Günzburger Patienten in Familienpflege untergebracht wurden; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten Günzburg zu 1924, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Günzburg.

¹⁰¹ Vgl. Schmidt/Kuhlmann/von Cranach: Kaufbeuren (wie Anm. 69), S. 267.

¹⁰² Ebd.

den Angehörigen wie von den Behörden als zunehmende Last empfunden. Prinzing erinnerte an die schon länger bestehenden Familienpflegemodelle¹⁰³ und befürwortete den Ausbau der extramuralen Krankenversorgung in Bayerisch-Schwaben nach Kolbs Vorbild im Sinne der offenen Fürsorge.

Im Jahresbericht zu 1928 betonte der Kaufbeurer Direktor die Förderungswürdigkeit der Familienpflege.¹⁰⁴ In diesem Jahr bildete das Thema „Einsparungen im Irrenwesen“ den Hauptinhalt einer Tagung zur „Gemeinschaft in der Irrenfürsorge“. Dort tauschten sich bayerische und preußische Kreisvertreter intensiv über die psychiatrische Außenfürsorge aus und schlussfolgerten: „Die Hinübergabe in die Pflege bei fremden Familien im Anschluß an die Außenfürsorge ist nach Möglichkeit zu fördern.“¹⁰⁵

Prinzings Nachfolger Faltlhauser ging 1929 in seinem „Lehr- und Handbuch [...] zur Vorbereitung auf die Pflegerprüfung“ würdigend auf die Entwicklung und Bedeutung der Familienpflege ein und bedauerte deren Einbruch durch die Folgen des Ersten Weltkriegs. In einer vergleichenden Untersuchung beschäftigte sich Faltlhauser mit der Familienpflege am Beispiel der Berliner Anstalt Herzberge. Er präsentierte eine großstädtische Form fremdfamiliärer Unterbringung, die nicht dauerhaft, sondern vielmehr als „Durchgangsstation“¹⁰⁶ angelegt sei. Faltlhauser sah im ländlichen Bereich die Zukunft in einer engeren Verknüpfung der Familienpflege mit der offenen Fürsorge. Während letztere Mitte der 1920er Jahre in zahlreichen deutschen – darunter auch einigen bayerischen – Anstalten zum Teil bereits Fuß gefasst habe, stieß deren Einführung in den bayerisch-schwäbischen Einrichtungen weiter auf Schwierigkeiten.¹⁰⁷

In den folgenden Jahren wurde die Situation der extramuralen psychiatrischen Versorgung in Kaufbeuren wieder etwas entspannter. Die Kaufbeurer Familienpflege erreichte ihren Höhepunkt 1932 als ein Mann und 43 Frauen bei fremden Familien untergebracht waren. Im Kaufbeurer Jahresbericht zu 1931 heißt es, dass

¹⁰³ „Auch in Deutschland ist die Familienpflege, d. h. die Unterbringung von Patienten in Eigen- oder in Fremdfamilien, nach Versuchen des Irrenarzt Engelken in Rockwinkel/Bremen seit langem im Gang. In jüngster Zeit hat man die Kranken nach der Anstaltsentlassung auch in Fürsorge genommen.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1923, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁰⁴ „Die Familienpflege im Anschluß an die Außenfürsorge ist zu fördern, wobei diese Patienten im Anstaltsverband verbleiben und die Aufenthaltsgemeinden finanzielle Belastungen nicht zu befürchten haben.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1928, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁰⁵ Referat Kolb (Erlangen) auf der Tagung der bayerischen und preußischen Kreisvertreter gemäß Informationen der Münchner Neueste Nachrichten, Nr. 47, 17. 2. 1928, zit. nach: Hella Birk: Das ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘. Eine Untersuchung zum Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben in der Zeit des Nationalsozialismus. Augsburg 2002, S. 33.

¹⁰⁶ Valentin Faltlhauser: Geisteskrankenpflege. Ein Lehr- und Handbuch zum Unterricht und Selbstunterricht für Irrenpflege und zur Vorbereitung auf die Pflegerprüfung. Halle a. d. S. 1929, S. 36f.

¹⁰⁷ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1930, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

die schlechte wirtschaftliche Lage und der allgemeine Geldmangel auf dem Land die Bevölkerung dazu motivieren würden, gegen eine monatliche Entschädigung von 30 bis 50 Reichsmark einen teilweise arbeitsfähigen Familienpflegling aufzunehmen. Der schwäbische Kreistagspräsident Otto Merkt empfahl für Kaufbeuren die Übernahme der Familienpflege nach dem Muster der Heilanstalt Mainkofen, die ihren Schwerpunkt auf die bäuerliche Landarbeit legte.¹⁰⁸ Doch dies stieß bei der Direktion auf Widerstand. Es wurde auf Schwierigkeiten hingewiesen, ein funktionierendes Modell unkritisch in eine andere Region zu übertragen. Faltlhauser betonte, dass das Mainkofener Umland beinahe ausschließlich bäuerlich-ländlich geprägt sei, die Patienten in Kaufbeuren aber bis zu einem Anteil von 50 % aus der Großstadt Augsburg oder anderen Industriebezirken stammen würden und daher mit bäuerlicher Arbeit und Lebensweise nichts anfangen könnten. Die Patienten könnten für die landwirtschaftlichen Betriebe nichts leisten und würden nur Kosten verursachen. Faltlhauser hielt paradoxerweise für die Familienpflege das System der Systemlosigkeit am geeignetsten; sie müsse dem einzelnen Kranken und den örtlichen Verhältnissen angepasst sein.¹⁰⁹ Eine deutliche Grenze für die ländliche Familienpflege sah Faltlhauser, wenn die Anstalten selbst die Arbeitskräfte in eigenen Betrieben – wie Gärtnerei oder Gutshof – benötigten. Seine Haltung stützte sich auf kritische Diskussionen, die in Fachorganen wie der „Sanitätswarte“ geführt wurden.¹¹⁰

Gegen einen verstärkten Ausbau der ländlichen Familienpflege führte Faltlhauser im Jahresbericht zu 1931 eine „allzustarke [sic!] Überschwemmung bzw. Durchsetzung einer gesunden Bevölkerung mit Geisteskranken in Familienpflege, namentlich im zeugungsfähigen Alter“¹¹¹ an. Der Aspekt der Eugenik gewann im öffentlichen Diskurs immer mehr an Gewicht und bestimmte in der NS-Zeit zunehmend Gestalt und Struktur der Fürsorgepolitik. In diesem Sinne schrieb

¹⁰⁸ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁰⁹ „Prinzipiell kann gesagt werden, daß das für die Familienpflege geeignete System paradoxerweise Systemlosigkeit hat, nämlich daß die Familienpflege dem Kranken und den örtlichen Verhältnissen angepasst sein muss.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹¹⁰ „Können die Kosten für Unterbringung der Geisteskranken weiter vermindert werden? [...] Professor Friedländer weist sehr treffend darauf hin, daß schließlich durch die Erhöhung der Generalkosten für die Anstalt und durch die höheren Kosten für das zurückbleibende, immer schwieriger und daher auch kostspieliger werdende Anstaltsmaterial, die Ersparnisse, die durch die Familienpflege gemacht werden können, bei weitem überwogen werden. Das Streben, möglichst viele Patienten in Außenfürsorge, besonders in Familienpflege zu betreuen, hat übertriebenerweise dazu geführt, daß häufig bei der Auswahl der Kranken über den Kreis harmloser Endzustände und ähnlicher Erkrankungen hinausgegangen wird. Dadurch mehren sich die unsozialen Handlungen der Kranken vor allem durch kriminelle Psychopathen [...]“; Paul Levy: Können die Kosten für Unterbringung der Geisteskranken weiter vermindert werden? In: Sanitätswarte. Zeitschrift für das Personal in Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten 32 (1932) 16 [15. 9. 1932], S. 251 f., hier: S. 251.

¹¹¹ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

Valentin Falthäuser bereits im Juli 1934 über „die dem Außendienste der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten erwachsenden Aufgaben im neuen Staate“, die für ihn in der tatkräftigen Unterstützung der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses lagen.¹¹²

In den folgenden Jahren entwickelte sich in Bayerisch-Schwaben die Haltung gegenüber der Familienpflege ambivalent. Einerseits wurde die Familienpflege seit der Wirtschaftskrise vom schwäbischen Kreistag als Maßnahme zur finanziellen Entlastung der Heil- und Pflegeanstalten und des Landesfürsorgeverbands empfohlen.¹¹³ Andererseits wurden ab 1934 die Aufwandsentschädigungen für die Pflegefamilien gesenkt, sodass zahlreiche Familien nicht mehr bereit waren, ihren Pflegling für ein deutlich geringeres Entgelt weiter zu betreuen.¹¹⁴

Angesichts dieser Umstände berichtete 1934 Direktor Roderich Mayer aus der Günzburger Heil- und Pflegeanstalt von einer eher zögerlichen Einrichtung der Familienpflege: „Da sich der größte Teil unserer Kranken aus der ländlichen Bevölkerung rekrutiert, sind wir in der glücklichen Lage, fast ausnahmslos die Entlassungen in die eigene Familie bewerkstelligen und so auf fremde Familien verzichten zu können.“¹¹⁵ Aus Kaufbeuren hingegen hieß es zur selben Zeit, dass mehr Pflegeplätze zur Verfügung stünden als benötigt.¹¹⁶ Bevorzugt sollten Pfleglinge in Familien in der näheren Umgebung – Kaufbeuren, Oberbeuren und Irsee – vermittelt werden, damit ein eventuell notwendiges Eingreifen durch die Anstaltsmitarbeiter rasch – und ohne motorisierte Verkehrsmittel benutzen zu müssen – erfolgen könnte. Die schon eingerichteten Pflegestellen im 8 km entfernten Pforzen wurden deswegen wieder aufgelöst.

Das Interesse der schwäbischen Bevölkerung an der Familienpflege war in den frühen 1930er Jahren überraschend groß. So meldeten sich in Kaufbeuren neben Familien der anstaltseigenen Pfleger vor allem kleinbürgerliche und kleinbäuerliche Familien. Vonseiten der Krankenhausleitung wurden kleine bis mittlere Grundbesitzer sowie Beamte, Handwerker und auch Arbeiter bevorzugt.¹¹⁷ Kate-

¹¹² Vgl. Felix M. Böcker: Von der Familienpflege zur offenen Fürsorge. Der Beitrag von Gustav Kolb zur deutschen Sozialpsychiatrie im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. In: Sozialpsychiatrische Informationen 4 (2004), S. 11–18, hier: S. 11f.

¹¹³ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹¹⁴ Vgl. Klendauer: Familienpflege (wie Anm. 61).

¹¹⁵ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg zu 1933, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Günzburg.

¹¹⁶ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1935, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹¹⁷ Auch Gustav Kolb äußerte sich zu den Berufsgruppen, die neben der der Pfleger für die familiäre Verpflegung in Frage kommen würden: „Für die Aufnahme von Pensionären kommen in Betracht der Lehrer, event. der Gutsinspektor, die niederen Verwaltungsbeamten, unter Umständen der Maschinentechner, der Gärtner“; Gustav Kolb: Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Halle a. d. S. 1902, S. 220f. In Betracht für die Aufnahme von Patienten der Normalklasse kamen auch Familien der „im Dienste der Anstalt stehenden Handwerker (Schuster, Schneider, Tapezierer etc.)“; ebd., S. 224. „Die

gorisch ausgeschlossen wurden Pflegestellen in Umfeldern, in denen eine starke Neigung zum Alkohol bestand.¹¹⁸

Trotz gründlicher Auswahl der Pflegestellen kam von den Patienten, die in Kaufbeuren in Familienpflege gegeben wurden, beinahe die Hälfte wieder in die Anstalt zurück. Die Direktion schlussfolgerte: „Dies zeige unwiderlegbar, daß in Familien versorgte Kranke nur unter intensiver sachkundiger Aufsicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Anstalt gehalten werden können.“¹¹⁹

Während der familiären Versorgung blieben die psychisch Kranken stets Patienten der Heil- und Pflegeanstalt. Die Pflichten und Rechte der Pflegefamilie wurden in einem Vertrag zwischen Pflegepartner und Anstaltsdirektion festgelegt. Darin wurden Zuständigkeiten für die materielle Ausstattung der Patienten, die medizinische Versorgung im akuten Krankheitsfall sowie finanzielle Aspekte wie Taschengeld und Pflegesatz geregelt. Gewöhnlich wurde je ein Kranker in einer Familie untergebracht, selten auch zwei oder drei Patienten desselben Geschlechts. Die Pflegefamilie wurde per Vertrag nicht nur zu einem gütigen und gerechten Verhalten gegenüber dem Kranken verpflichtet, sondern auch dazu aufgefordert, die Pfleglinge wie Familienmitglieder zu behandeln, wobei Strafe, Zwang oder gar eine Züchtigung explizit verboten wurden. Da zahlreiche Kaufbeurer Pfleglinge in ländlichen Betrieben unterkamen, wurden die Gastfamilien dazu verpflichtet, sie von gefährlichen, anstrengenden und verantwortungsvollen Arbeiten fernzuhalten. Dabei wurde ausdrücklich die Pferdegespannführung auf der Straße untersagt. Freizeit musste zugesichert werden. Außerdem war das Verleihen der Pfleglinge als Arbeitskräfte, was in arbeitsreichen Phasen der Saison bei den Landwirten durchaus üblich war, nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Anstalt gestattet.¹²⁰

Bei vielen Pfleglingen verbesserte sich der körperlich-seelische Zustand unter den neuen Bedingungen der familiären Versorgung. Ein Anstaltsarzt besuchte die Patienten in ihren Pflegefamilien ein- bis zweimal monatlich und erstellte kontinuierlich Berichte, die in der Patientenakte abgelegt wurden. Auch finden sich in den jeweiligen Akten regelmäßige Einträge der Fürsorgepflegerin, welche die Pfleglinge ungefähr im Monatsturnus besuchte. Zudem kamen die Patienten regelmäßig zum Baden in die Heil- und Pflegeanstalt, wobei sie jedes Mal gewogen und untersucht wurden. Bei diesen Kontakten wurde der physische und psychische Einfluss der neuen Umgebung auf den Gesundheitszustand der Pfleglinge geprüft.

Persönlichkeiten [...] sind so verschieden, dass sich ein allgemeingiltiger Vorschlag nicht machen lässt, zumal Art und Charakter der Frau bei der Entscheidung im einzelnen Falle eine ausschlaggebende Rolle spielt.“; ebd., S. 220f.

¹¹⁸ Vgl. Faltthäuser: Geisteskrankenpflege (wie Anm. 106), S. 36f.

¹¹⁹ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1935, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹²⁰ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1932, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

Auszug aus dem Vertrag zu den Bestimmungen für die Familienpflege

§ 1 Die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren schließt mit NN einen Vertrag auf Übernahme des Kranken NN in Familienpflege ab.

§ 2 Die einer Familie zugewiesenen Kranken bleiben Anstaltspfleglinge und unterstehen der verantwortlichen Aufsicht des Anstaltsvorstandes [...]. Jeder Kranke kann durch Anordnung des Direktors ohne weiteres aus der Familienpflege wieder zurückgenommen werden.

§ 3 Die Pflegefamilie stellt für die Kranke ein als Schlafzimmer eingerichtetes Zimmer zur Verfügung.

§ 4 Leibwäsche, Kleidung und Schuhe für die Kranke werden regelmäßig von der Anstalt gestellt und nach Bedarf ersetzt. [...] Die Reinigung und die kleineren Ausbesserungsarbeiten [...] liegen der Pflegefamilie ob.

§ 5 Die Familie ist verpflichtet, die zugewiesenen Kranken wie Familienmitglieder, im übrigen nach den vom Anstaltspersonal gegebenen Anweisungen zu behandeln, zu verköstigen, zu beaufsichtigen [...], bei leichteren und vorübergehenden Erkrankungen zu pflegen.

§ 6 Der pflegenden Familie wird ein gütiges und gerechtes Verhalten gegenüber den Kranken zur Pflicht gemacht [...].

§ 7 Die Familie soll die zugewiesenen Kranken gemäß den ärztlichen Anweisungen beschäftigen. [...]

§ 8 Die Kranken haben bei Tag Aufenthalt und berechtigten Platz in den Aufenthaltsräumen der Familie, mit der sie essen und leben [...].

§ 9 Die pflegende Familie hat die erforderliche körperliche Reinigung des Kranken bei Morgen, unter Tag in angemessenen Zwischenräumen zu ermöglichen und zu überwachen [...].

§ 10 Inwieweit Kranke an öffentlichen Gottesdiensten teilnehmen können entscheidet der Arzt. Wirtshausbesuch und Alkoholgenuß sind dem Kranken regelmäßig verboten [...].

§ 11 Die Familie ist verpflichtet, von allen besonderen Vorkommnissen insbesondere von jeder Verschlechterung des Zustandes [...] der Anstalt spätestens beim nächsten Besuche des Anstaltspersonals, in dringenden Fällen telephonisch Mitteilung zu machen [...].

§ 12 Der pflegenden Familie ist ohne besondere Erlaubnis nicht gestattet mit den Angehörigen der Kranken [...] in Briefwechsel zu treten [...]. An Sonntagen ist den Kranken der Besuch durch die nächsten Angehörigen gestattet, sowie der Arzt nicht anders bestimmt [...].

§ 13 Für jeden sich beschäftigenden Kranken ist von der betr. Familie ein Taschengeld zu gewähren, dessen Höhe, nach den Arbeitsleistungen der Kranken abgestuft, jeweils der Arzt bestimmt [...].

§ 14 Für Überlassung des Zimmers und als Vergütung für ihre übrigen Leistungen erhält die Familie für die Kranke ein Verpflegungsgeld von monatlich 60.– RM.

§ 15 Ein in Familienpflege gegebener Anstaltspflegling begründet einen Wohnsitz nicht [...].

§ 16 Die in Familienpflege befindlichen Anstaltspfleglinge sind nicht versicherungspflichtig [...].

§ 17 In allen aus dem Vertrag [...] sich ergebenden Streitfragen entscheidet die Anstaltsdirektion, in zweiter Instanz die Kreisregierung nach Anhören des Kreisausschusses.

Kaufbeuren, den 06. 05. 1932¹²¹

Erfahrungen im bayerischen ländlichen Raum

Trotz der internationalen Diskussion und der allmählichen Etablierung der Familienpflege in Deutschland gestaltete sich deren Realisierung in Bayerisch-Schwaben schwierig. Die Ursachen dafür sind vielschichtig und nicht immer offensichtlich, doch lässt sich beobachten, dass es in ganz Bayern mit der Familienpflege nicht recht voran ging.

Die besondere Situation der Familienpflege war auch Thema der IX. Jahresversammlung des „Vereins Bayerischer Psychiater“ in München (1910). Kolb stellte „in Bayern größere Hindernisse als anderwärts“¹²² fest. Auch Prinzing verwies in einer statistischen Gegenüberstellung auf die Schwierigkeiten der Region: „Während 1908 in der Provinz Brandenburg (ohne Berlin) bei einer Bevölkerung von ca. 3 800 000 Menschen in 9 Anstalten 6294 Kranke untergebracht waren, waren es um dieselbe Zeit in Bayern bei einer Bevölkerung von ca. 6 800 000 in 12 Anstalten nur 8535 Kranke.“¹²³ Gustav Specht¹²⁴ (Erlangen) beschäftigte sich mit der Frage, warum die Familienpflege gerade in diesem Gebiet nicht so recht Fuß fassen wollte. Zwar seien unter den bayerischen Anstaltsdirektoren keine prinzipiellen Gegner der Familienpflege zu finden,¹²⁵ doch existierten hier Faktoren, die sich hemmend auf die Ausbreitung dieser Pflegeform auswirkten. Specht bezeichnete Bayern auf der „Karte der familialen Kolonien“ gar als „eine Wüste“.¹²⁶

Schon in zeitgenössischen Debatten wurde betont, die wohl größte Schwierigkeit für die Akzeptanz der Familienpflege sei in der Gesetzgebung zur Versorgung von Bedürftigen zu suchen. Während in Preußen die Kosten der Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt überwiegend von den Landkreisen übernommen wurden, mussten diese in Bayern von den Angehörigen beziehungsweise den Armenkassen der jeweiligen Heimatgemeinden getragen werden.¹²⁷ Daher

¹²¹ Krankenakte Felizitas G., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹²² Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 284f.

¹²³ Prinzing, zit. nach: Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 316.

¹²⁴ Gustav Specht (1860–1940) war viele Jahre an der Kreis-Irrenanstalt in Erlangen tätig und ab 1903 ord. Prof. für Psychiatrie in Erlangen; er war der Doktorvater von Valentin Falthäuser.

¹²⁵ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 306.

¹²⁶ Ebd., S. 305.

¹²⁷ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel (Hg.): Familie (wie Anm. 52), S. 45f.; „Während in Preußen für die Verpflegskosten mittelloser Geisteskranker die unterstützungspflichtige Gemeinde im Höchstfalle nur mit einem Drittel aufzukommen hat und Landkreis und Gesamtlandarmenverband das übrige tragen, muß in Bayern nach Art. 11, Abs. II, Z. 2 unseres Armengesetzes die

hatten sowohl die Herkunftsgemeinde wie auch die Verwandten der Kranken ein gehöriges Interesse daran, dass die Patienten nur für möglichst kurze Zeit in einer psychiatrischen Anstalt (ob stationär oder extramural) versorgt wurden.¹²⁸ Insbesondere wenn sich Selbstzahler an der Grenze ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit befanden, wurde so früh wie möglich auf eine Entlassung gedrängt.¹²⁹ Während die preußische Gesetzgebung also „förmlich darauf zugeschnitten“ war, den Anstalten möglichst viele Kranken zuzuführen und diese dort zu halten, bewirkten die rechtlichen Verhältnisse in Bayern genau das Gegenteil.¹³⁰ Eine Ausnahme bildete die Gesetzeslage in der bayerischen Rheinpfalz. Die dortige von Stammbayern abweichende Bedürftigenversorgung spiegelte sich auch in der wesentlich stärkeren Etablierung der Familienpflege wider.

Als weiteres erschwerendes Moment stellte Specht in seiner Analyse fest, dass in kleinen ländlichen Gemeinden und Städten die Familienpflege kaum angenommen werde, da dort die Finanzierung eines – auch extramural untergebrachten – Anstaltspatienten die Gemeindekasse deutlich stärker belastete als dessen Unterbringung in sozialen Einrichtungen der eigenen Gemeinde. Im urbanen Raum hingegen gebe es eine „größere Anzahl an relativ harmlosen Patienten“,¹³¹ die für die Familienpflege gut geeignet seien.

Als zusätzliches Hemmnis für die Ausweitung der Familienpflege betrachtete Specht das Stigma, mit dem die Armenunterstützung verbunden war. So wollten sowohl die Angehörigen wie auch die Kranken selbst nicht als Kostgänger ihrer Heimatgemeinde gelten. Neben den Einschränkungen in der Freizügigkeit und Verhelichung war der Status eines psychiatrischen Patienten zudem oft mit Demütigungen und Kränkungen im sozialen Umfeld verbunden.¹³²

Auf ein weiteres Problem stieß die Familienpflege, wenn städtische Kranke auf dem Land untergebracht werden sollten. Diesen waren bäuerlich-ländliche Lebensgewohnheiten und Arbeitsfelder oft fremd, zudem waren die Besuchsmöglichkeiten der Angehörigen erschwert.¹³³

Dass die Lage für die Familienpflege in Bayern ungünstig war, wurde zudem durch engere Aufnahmekriterien in psychiatrische Einrichtungen bedingt. So stellte Eduard Kundt (Deggendorf) fest, dass zahlreiche Patienten, die in Preußen oder Sachsen zu den Familienpfleglingen gehörten, in Bayern satzungsgemäß von der Aufnahme in eine Kreisirrenanstalt ausgeschlossen seien.¹³⁴ Auch Prinzing

Heimatgemeinde primär für die vollen Verpflegskosten unbemittelter Geisteskranker in Anstalten aufkommen.“; ebd., S. 306.

¹²⁸ Vgl. Böcker: Familienpflege (wie Anm. 112), S. 11f.

¹²⁹ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 311.

¹³⁰ Vgl. ebd., S. 306f.

¹³¹ Ebd., S. 310.

¹³² Ebd.

¹³³ Ebd., S. 311.

¹³⁴ Friedrich Vocke: Verhandlungen psychiatrischer Vereine. IX. Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater in München am 6. und 7. Juni 1911. 1. Sitzungstag, Dienstag, den 6. Juni 1911. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 69 (1911), S. 100–110, hier: S. 106.

bemerkte eine ausgesprochene „Verschiedenheit des Krankenmaterials“ zwischen Sachsen und Bayern. Die preußische Gesetzeslage würde dafür sorgen, dass den dortigen öffentlichen Heilanstalten „Kranke zuströmen, welche in Schwaben in Wohltätigkeits- und privaten Epilepsieanstalten untergebracht sind. Entsprechende Vergleichsberechnungen bestätigen diese Situation. In Schwaben werden die öffentlichen Heilanstalten in der Regel nur von schweren Erkrankungsfällen in Anspruch genommen. Bei Besserung steht meistens die Rückkehr in die eigene Familie oder in die Heimat offen.“¹³⁵

Ein anderes erschwerendes Moment für die Familienpflege in Bayern lag laut Specht in einem regional-typischen „stark ausgeprägte[n] Gefühl der familialen Zusammengehörigkeit“, welches sich dahingehend auswirke, dass sich der Angehörigenkreis eines Patienten gegen eine Unterbringung bei fremden Leuten sträube und auf dessen schnellstmögliche Entlassung dränge.¹³⁶ Diese Sicht teilte Prinzing, der ebenfalls betonte, „das Gefühl der Zusammengehörigkeit mit der Heimat scheint in Bayern mehr ausgeprägt zu sein“.¹³⁷ Gegen die Unterbringung in der Familienpflege sprach darüber hinaus, dass die Arbeitskraft eines Kranken zu Hause fehlte, weswegen oft sogar nur „halb gebesserte Kranke vorzeitig“ nach Hause geholt wurden.¹³⁸

Kolb erläuterte, dass im bayerisch-ländlichen Raum kaum Parzellenbetriebe vorhanden seien, sondern vielmehr kleine und vor allem mittelgroße Höfe dominierten. Mieter gebe es selten, es herrsche ein Mangel an Dienstboten und Tagelöhnern.¹³⁹ So existierten beinahe ausschließlich Familienbetriebe mit außerordentlich intensiver Bewirtschaftung. Diese „Bauern [würden] nur arbeitende Kranke [wollen]“.¹⁴⁰ Zudem komme es in den feiertagsreichen katholischen Gegenden zu einer starken Häufung der Arbeit an den Werktagen, was manchmal dazu führe, dass die Kranken in diesen Zeiten überanstrengt würden.¹⁴¹ Deswegen hielt Kolb die Bevölkerung der Umgebung nur bedingt für die Familienpflege geeignet. Aufgrund seiner statistischen Prüfung fand er in Bayern „die landwirtschaftlichen Be-

¹³⁵ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1911, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹³⁶ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 310f.

¹³⁷ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1911, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹³⁸ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 311.

¹³⁹ „Die eigentlichen Bauernbetriebe sind besonders bei Dienstbotennot für die Familienpflege wenig geeignet; die stärkere Entwicklung des Familienbetriebes in Bayern dürfte im Sinne einer größeren Dienstbotennot in Bayern verwertbar sein: In Bayern sind 78,5 % der landwirtschaftlich tätigen Personen Inhaber oder deren Familienangehörige und nur 21,5 % fremde Dienstboten. In Preußen sind 59,5 % der in Berufsabteilung A erwerbstätigen Personen Eigentümer, Pächter oder Familienangehörige, 40,5 % fremde Angestellte oder Dienstboten.“; Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 288f.

¹⁴⁰ Ebd., S. 284f.

¹⁴¹ „Im wesentlichen wegen dieser rücksichtslosen Ausnutzung der Kranken mußte ich 6 Pfleglinge, die in einer recht vielversprechenden Weise bei fremden Familien des Nachbarortes untergebracht waren, bis auf einen wieder in die Anstalt zurücknehmen, trotzdem im übrigen die Verhältnisse recht befriedigend waren.“; ebd., S. 284f.

triebe, welche für die Familienpflege am ungünstigsten sind, [...] fast doppelt so zahlreich als in Preußen“.¹⁴² Ein weiteres ungünstiges Moment für die Ausweitung der Familienpflege wurde darin gesehen, dass schon seinerzeit weite Gebiete Bayerns stark vom Fremdenverkehr geprägt waren und als „Sommerfrischen viel besucht“¹⁴³ wurden. Auch Breuer bemerkte 1925 eine die Familienpflege erschwere landwirtschaftliche und touristische Struktur Bayerns.¹⁴⁴

Zudem bekräftigte Prinzing, dass darüber hinaus in Bayern potentielle Familienpfleglinge häufig in privaten Einrichtungen untergebracht würden,¹⁴⁵ da diese „wegen ihres ganzen Charakters, insbesondere aber wegen der geringeren Verpflegskosten [...] gegenüber den Irrenanstalten bevorzugt“¹⁴⁶ würden. So seien aus der Kaufbeurer Anstalt von 1906 bis 1911 „nicht weniger als 69 verblödete und harmlose Kranke in Wohltätigkeitsanstalten versetzt worden“,¹⁴⁷ welche für die Familienpflege gut geeignet gewesen wären.

Ein weiteres kritisches Moment findet sich in einem Bericht aus Eglfing: So bestanden unter den dortigen Pflegern deutliche Vorbehalte, Kranke in die Familie aufzunehmen: „Man müsse um Frau und Kinder besorgt sein; habe keine Ruhe, wenn man heimkomme; könne in der Familie nicht so kochen lassen, wie es die Kranken von der Anstalt her gewohnt seien, schließlich habe man nur Schaden und keinen Nutzen.“¹⁴⁸ Auch gegenüber der benachbarten Bevölkerung habe man sich zum Teil mit Vorbehalten gegenüber der Übernahme eines Familienpfleglings auseinanderzusetzen, wenn dieser als „Fremdkörper“ und „dauernde Extraverantwortung“ gesehen wurde.

Darüber hinaus beobachtete Specht in der süddeutschen Bevölkerung eine stark ausgeprägte „Abneigung gegen jegliches Paragraphenwesen und Kontrollieren“, die sich im Zusammenhang mit den regelmäßigen Hausbesuchen durch Fürsorge-Arzt und -Pfleger äußerte; befürchtet wurde der Verlust „des Rechtes, Herr im eigenen Haus zu sein“.¹⁴⁹

¹⁴² Ebd., S. 288f.

¹⁴³ Ebd., S. 288ff.

¹⁴⁴ Maria Breuer: Die Fürsorge für Geisteskranke und Nervöse außerhalb der Anstalten. In: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 12/13 (1925), S. 110–115, hier: S. 113.

¹⁴⁵ Vgl. Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 299.

¹⁴⁶ Prinzing, zit. nach: Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 313.

¹⁴⁷ Ebd. Im Jahresbericht der Anstalt hieß es: „Erscheint bei unheilbar Kranken die Rückkehr nach Hause untunlich, werden Verblödete und Harmlose lieber in Wohltätigkeitsanstalten mit geringeren Kosten untergebracht als in der Irrenanstalt belassen. Davon wären sicher mehrere auch für die Familienpflege geeignet.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1911, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁴⁸ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 321f. Bei Vocke: Verhandlungen (wie Anm. 134), S. 106, hieß es: „Bei uns scheiterte die Einführung der Familienpflege bei Pflegerfamilien an dem Widerstand der Kranken und der Pfleger. Die Kranken zogen die Kost, die ihnen liebgewordene Beschäftigung und die Geselligkeit der Anstalt vor, falls man sie nicht nach Hause entlassen wolle. Die Pfleger wollten von einer Familienpflege, die ihnen Verantwortung aufbürde und die häusliche Intimität störe, nichts wissen. Wenn sie vom Dienst heimkämen, möchten sie Ruhe und nicht wieder mit Kranken zu tun haben.“

¹⁴⁹ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 321f.

Kolb stellte in der bayerischen Bevölkerung einige die Familienpflege erschwere Charakterzüge fest: Hinderlich sei „der konservative Sinn der ländlichen Bevölkerung, insbesondere in Schwaben und in einzelnen Teilen Frankens; der lebens- und genußfrohe Sinn des Altbayern, der nur selten bereit sein wird, für einen relativ kleinen Verdienst dauernd etwas von seiner Behaglichkeit zu opfern“.¹⁵⁰ Insgesamt wertete Kolb die Bevölkerung in Bayern als „durchschnittlich wenig für die Familienpflege geeignet“.¹⁵¹

Specht zog aus diesen Betrachtungen die Schlussfolgerung, dass die Familienpflege zwar als „die natürlichste, freieste, beste und billigste Verpflegsform [!] für einen mehr oder minder erheblichen Teil unserer Kranken“ gesehen würde, doch müsse gerade der Aspekt der Billigkeit im Hinblick auf die bayerischen Verhältnisse kritisch betrachtet werden. Auf jeden Fall sei es ein „prinzipiell falsches Rechenexempel“, wenn man die in einigen preußischen Provinzen erreichten Ergebnisse unhinterfragt auf die bayerische Situation übertragen wolle.¹⁵² In diesem Punkt riet er zu weniger Überschwang und zu mehr nüchterner Kritik. Kolb resümierte in seiner Untersuchung, dass der Familienpflege in Bayern zwar „äußere Momente in ungewöhnlich hohem Maße entgegenstehen“ würden,¹⁵³ jedoch sah er darin weniger ein Hemmnis als vielmehr einen Anlass, die Probleme zu beseitigen und die Gestaltung der Familienpflege entsprechend anzupassen. Prinzing hingegen blickte trotz der besprochenen Schwierigkeiten der Familienpflege in Bayern hoffnungsvoll auf deren zukünftige Entwicklung.¹⁵⁴

Konstellationen und Erfahrungen in der Kaufbeurer Familienpflege an konkreten Fallbeispielen

Faltlhauser äußerte sich in seinem ersten Amtsjahr dazu, welche Kriterien seiner Meinung nach erfüllt sein mussten, damit ein Patient für die Familienpflege geeignet sei. Genau diese Kriterien wurden unter den Zeitgenossen durchaus kon-

¹⁵⁰ Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 288ff.

¹⁵¹ Ebd., S. 284f.

¹⁵² Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 323.

¹⁵³ Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 294.

¹⁵⁴ „Prinzing-Kaufbeuren: Wir dürfen Herrn Kollegen Kolb dankbar sein, und ich empfinde es als ein Bedürfnis, ihm dies auszusprechen, daß er die ideale Seite der Frage in den Vordergrund gestellt und einen energischen Appell an unsere Mitarbeit bei der Einführung der Familienpflege in Bayern gerichtet hat. Mögen die Schwierigkeiten noch so groß sein, so dürfen wir doch hoffen, über dieselben hinwegzukommen, wenn wir mit einer gewissen Begeisterung an die neue Aufgabe herangehen und die freiheitliche Entwicklung unserer Anstalten mit allen Kräften zu fördern suchen. Es ist meine feste Überzeugung, daß in dieser Beziehung noch viel geschehen kann, und daß jetzt noch in manchen Fällen – ich denke vor allem an gewisse Stadien der Dementia praecox – die geschlossene Anstalt, statt fördernd, schädigend auf das Befinden unserer Kranken einwirkt. Großen Erfolg verspreche ich mir von der Mitarbeit unserer jüngeren Kollegen, denen sich dadurch ein dankbares Feld selbständiger Tätigkeit eröffnet.“ Vocke: Verhandlungen (wie Anm. 134), hier: S. 107.

trovers diskutiert. Während einige Ärzte ausschließlich unheilbare Patienten für die Familienpflege geeignet hielten, wollten andere auch heilbare Kandidaten an Pflegefamilien empfehlen. Weitgehende Übereinstimmung herrschte darüber, dass Gemeingefährlichkeit, Suizidneigung, Neigung zur Entweichung, zur Brandstiftung oder zu sexuellen Übergriffen von der Familienpflege ausschließende Kriterien seien.¹⁵⁵

Nach Alt eigneten sich am ehesten „Idioten und Imbecile“¹⁵⁶ für die Familienpflege. Unter den Kaufbeurer Familienpfleglingen bildeten geistig Behinderte und Schizophrene die größte Patientengruppe. Ein Grund dafür könnte in der relativen Häufigkeit dieser Diagnosen unter den stationären Patienten liegen. Ein weiterer Grund ist darin zu suchen, dass eine hohe Zahl der schizophrenen Bewohner nicht geheilt und deswegen auch nicht als gesund entlassen werden konnte; diese Unterbringungsform bot jedoch eine Alternative zur dauerhaften Hospitalisierung.

Um die Persönlichkeit eines Kandidaten für die Familienpflege gut einschätzen zu können, wurde empfohlen, die Kranken zunächst stationär in der Einrichtung aufzunehmen und dort eine gewisse Zeit zu beobachten. Gleichzeitig wurde als unabdingbar angesehen, die ärztliche Überwachung der Patienten auch nach ihrer Aufnahme in die Pflegefamilie aufrechtzuerhalten. Es sollte gewährleistet werden, dass ein Pflegling bei Verschlechterung seines Zustandes oder anderweitigen Zwischenfällen jederzeit in die Einrichtung wieder aufgenommen werden könnte.¹⁵⁷ Im Hinblick auf die Wahl der Pflegefamilien galt es ebenfalls, im Vorfeld untragbare Verhältnisse auszuschließen.

Doch kam es trotz einer bedachten Auswahl von Pflegling und Pflegefamilie auch zu manchen ungünstigen Verläufen der Familienpflege. In einzelnen Fällen mussten Pfleglinge in die Anstalt zurückgeholt werden und wurden teilweise recht bald wieder an anderen Pflegestellen untergebracht. Zum Teil erfolgte die Zurücknahme, weil die Pfleglinge entgegen der ursprünglichen Einschätzung für die Familienpflege nicht geeignet zu sein schienen. So kam es in einigen Fällen dazu, dass sich Pfleglinge betranken oder Unfrieden in die Familien brachten. In einem Krankenbericht hieß es: „weil sie dauernd schimpfte wurde sie von ihrer Pflegefamilie zurückgebracht. [...] Pat. ist immer nörgelnd und streitsüchtig.“¹⁵⁸ Auch erfolgten Rückverlegungen in die Anstalt wegen Diebstahls.¹⁵⁹ Im Februar 1945 findet sich ein entsprechender Eintrag: „Kommt heute wieder von der Familienpflege zurück, hat bei ihrer Pflegefamilie (Bäcker-

¹⁵⁵ Vgl. Faltlhauser: Geisteskrankenpflege (wie Anm. 106), S. 36ff.; Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 282.

¹⁵⁶ Konrad Alt: Über familiäre Irrenpflege. Halle a. d. S. 1899, S. 54.

¹⁵⁷ Eugen Matthias: Fürsorge für Geisteskranke. In: Adolf von Gottstein/Arthur Schlossmann/Ludwig Teleyk (Hg.): Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Bd. 4: Gesundheitsfürsorge, soziale und private Versicherung. Berlin 1927, S. 512-526, hier: S. 522.

¹⁵⁸ Patientenakte Rosa F., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁵⁹ Vgl. Helmut Müller: Die Familienpflege in der Stadt Leipzig 1910. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 2 (1910), S. 276-292, hier: S. 288.

rei B., Kaufbeuren) Marken¹⁶⁰ für 97 Semmeln und für 3 ½ Pfd. Schwarzbrot gestohlen.“¹⁶¹

Ebenso sind Berichte überliefert, dass sich die Familienpflege ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirkte und sich die Wahnvorstellungen einzelner Patienten verstärkten. In diesen Fällen wurden die Patienten in Absprache zwischen der Pflegefamilie und der Einrichtung erst bei Unzumutbarkeit aus dem Familiengefüge genommen.¹⁶²

Ebenfalls wurden Patienten aus der Pflegefamilie zurückgeholt, wenn das Verhältnis zwischen beiden von Antipathie geprägt war beziehungsweise sich beiderseitige Erwartungen an das Leben in der Familienpflege nicht erfüllten. Dafür beispielhaft steht der *Fall der Georgina Z.* Die ledige Patientin wurde im September 1906 im Alter von 30 Jahren erstmals in Kaufbeuren als „manisch-depressive Irre“ aufgenommen. Vor ihrer Erkrankung hatte sie als Telefonistin in Augsburg gearbeitet und beherrschte fließend mehrere Sprachen. Die phasenweise als konfus und halluzinierend beschriebene Patientin verfasste zahlreiche Briefe an fiktive und reale prominente Personen sowie zahlreiche Gesuche und Bittbriefe an nationale und internationale Vertreter aus Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit. Durch Vermittlung ihres Vormundes wurde sie im Oktober 1909 nach Tegernsee in Familienpflege gegeben. Doch blieb sie dort nur für drei Tage. Die aufnehmende Familie berichtete, dass sie „sehr kurz angebunden“ und durchweg unhöflich gewesen sei. Zudem habe sich die Patientin nicht mit der norddeutschen Sprachfärbung der Pflegemutter anfreunden können und mehrfach ihre Abneigung gegenüber den ihr fremden Gepflogenheiten geäußert. Die Pflegefamilie beschwerte sich, dass Georgina Z. weder aß noch tätig wurde. Zudem „machte [sie] mit den Kindern nichts, setzte sich in den Garten in eine Ecke so daß man sie im ganzen Haus suchte“.¹⁶³ Auch mit dem Dienstmädchen der Familie sei sie nicht ausgekommen. Die Patientin war eher unzufrieden mit ihrer Verlegung in eine Pflegefamilie und betonte, sie würde sich nicht schulmeistern lassen und wolle ihre Freiheit. Nach diesem gescheiterten Versuch, Georgina Z. in die Familienpflege einzubinden, wurde kein weiterer unternommen. 1925 wurde sie nach Eglfing verlegt.

Ein anderer Grund für den Abbruch der Familienpflege konnten sexuelle Übergriffe sein, die sowohl vonseiten des Pflégelings als auch von dem Personenkreis der Pflegestelle ausgehen konnten.¹⁶⁴ Ein konkretes Beispiel ist der *Fall der Anna H.* Die geschiedene Fabrikarbeiterin wurde im September 1919 mit beinahe 50 Jahren als „Imbezille“ aufgenommen. In ihrer Krankengeschichte wird sie

¹⁶⁰ Lebensmittelmarken wurden in diesen Jahren an die Bevölkerung ausgegeben, um den allgemeinen Mangel an Konsumgütern besser verwalten zu können.

¹⁶¹ Patientenakte Anna H., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁶² Vgl. Müller: Familienpflege (wie Anm. 159), S. 289.

¹⁶³ Patientenakte Georgina Z., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁶⁴ Vgl. Nyhoegen: Konrad Alt (wie Anm. 16), S. 211, der in seiner Untersuchung konstatiert, „dass das Verhalten der Patientinnen der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe eher in Verbindung mit Erotik interpretiert wurde als bei den männlichen Patienten“.

durchweg als freundlich, „kindisch-läppisch“, aufreizend und „sexuell lasziv“ beschrieben. 1922 wurde sie während ihrer Unterbringung in Weissenau sterilisiert. Nach mehreren Verlegungen und auch missglückten Versuchen, sie in der Familienpflege unterzubringen, kam Anna H. 1931 erneut in eine Familienpflegestelle. Die Protokolle der Fürsorgearztbesuche berichten von Beschwerden der Pflegefamilie. So sei „sie mit einem Burschen fort ins Holz. Sie braucht andauernd Männer sonst sei sie nicht zufrieden. Wenn sie Geld hat[,] verschlecke sie es, im übrigen sei sie ein faules, schlechtes Frauenzimmer.“¹⁶⁵ Die Pflegemutter beschwerte sich, dass „die Kranke [...] in der letzten Zeit sexuell sehr tätig [sei und] [...] alle Augenblick andere junge Burschen bei sich [habe,] mit denen sie dann schamlos sexuell verkehrt. Sie [halte] einen jungen Burschen aus, der Mitglied der NSDAP sei,¹⁶⁶ und gebe sogar für diesen Burschen ihr bisschen Geld hin[,] um für ihn den Mitgliederbeitrag und Zeitungen zu zahlen.“¹⁶⁷ Der entscheidende Faktor für die Auflösung des Familienpflegeverhältnisses war schließlich, dass sich die Patientin „sexuell übel benommen [habe] und sich nachts zu dem minderjährigen Sohn der Hausfrau ins Bett gelegt hat[,] um ihm den Geschlechtsverkehr anzulernen“.¹⁶⁸

Ebenfalls untragbar in der Familienpflege waren Gewalttätigkeiten. Es kam durchaus vor, dass Patienten an ihrer Pflegestelle schlecht behandelt oder gar geschlagen wurden. So wurde beispielsweise die Patientin Anna H. im Oktober 1929 aus einer Familienpflegestelle zurückgeholt, da sie „von ihrem Dienstherrn, wo sie zuletzt in Stellung war, fortgesetzt roh mißhandelt [und geschlagen wurde und] [...] mit Verletzungen (Beulen u. Schürfwunden) ins Krankenhaus [Kaufbeuren]“¹⁶⁹ gebracht worden war. Einige Jahre später wurde ein familiäres Pflegeverhältnis mit Anna H. aufgelöst, weil sie ihrerseits gewalttätig geworden war: Nachdem sie berechtigterweise eines Ringdiebstahls bezichtigt und von der Pflegemutter danach befragt worden war, wurde sie „gegen die Pflegemutter tätlich, kratzte diese ins Gesicht“.¹⁷⁰ Nach diesem Vorkommnis wurde die Patientin von der Pflegefamilie umgehend in die Einrichtung zurückgeschickt. Ein Gutachten, das 1953 kurz vor ihrem Tod angefertigt wurde, beschrieb das mehrfache Scheitern ihrer Unterbringung in Pflegefamilien: „Sie wurde von hier aus mehrmals in Familienpflege gegeben, doch scheiterte diese Unterbringung nach einer gewissen Zeit immer wieder an ihrem asozialen Verhalten.“¹⁷¹

Neben schwierigen Konstellationen konnte die Unterbringung in der Familienpflege auch glücklich verlaufen und erst durch äußere Umstände (wie Krankheit oder Tod betreuender Personen) beendet werden, wie im *Fall der Felicitas G.* Die verwitwete Frau wurde 1922 im Alter von rund fünfzig Jahren Patientin der Heil-

¹⁶⁵ Patientenakte Anna H., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁶⁶ Die Erwähnung der politischen Orientierung in diesem Zusammenhang ist m. E. bemerkenswert und wurde in anderen betrachteten Fällen nicht beobachtet.

¹⁶⁷ Patientenakte Anna H., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁶⁸ Ebd.

¹⁶⁹ Ebd.

¹⁷⁰ Ebd.

¹⁷¹ Ebd.

und Pflegeanstalt Kaufbeuren. Die als ruhig, depressiv und hypochondrisch beschriebene Patientin wurde 1932 in der Familie eines in der Anstalt beschäftigten Pflegers gut aufgenommen. Über mehrere Jahre fügte sich die als „immer zufrieden, freundlich u. sehr bescheiden“¹⁷² beschriebene Patientin in die Pflegestelle ein. Als jedoch 1944 die Pflegemutter schwer erkrankte, musste sie in die Anstalt zurückgenommen werden. In ihrer Akte wurde vermerkt: „Sie scheidet schweren Herzens von ihrer Pflegefamilie. Sie war dort an alles gewohnt und hat zum Haus gehört.“¹⁷³ Von der Wiederaufnahme an wurde ihr körperlicher Zustand aufgrund der seinerzeit angeordneten Hungerkost beständig schlechter. Die Patientin wurde schließlich im März 1945 nach Irsee verlegt und fiel dort zwei Wochen später der Euthanasie zum Opfer.

Vor diesem Los versuchten einige Pflegefamilien einzelne Patienten über den Weg der Familienpflege zu retten. Auch die im Folgenden betrachteten Patientinnen Anna M. und Maria K. wurden von Pflegefamilien aus diesem Grund zu sich geholt. Die Tochter einer Familie erinnert sich: „Sie sollte nicht Opfer der Euthanasie werden [...]. Die Eltern haben sie aus Mitleid aufgenommen [...]. Damals hat man etliche rausgeholt. Als die Eltern gemerkt haben, die Sache läuft schief, haben sie eine rausholen wollen. Mehr als eine ging nicht. Unsere Maria hat Glück gehabt.“¹⁷⁴

Es kam auch vor, dass eine gelungene Familienpflege beendet wurde, da der Patient von seinen Angehörigen in den eigenen Familienkreis zurückgeholt wurde. Dafür beispielhaft steht der *Fall der Anna M.* Die ledige Haushälterin wurde als 30-Jährige in die Anstalt aufgenommen, sie galt als empfindlich, stark „wehleidig“, hypochondrisch und antriebslos. 1932 wurde sie von der Familie eines Pflegers aufgenommen, verrichtete dort einfache Tätigkeiten im Haushalt und war daneben als Näherin für mehrere Arztfamilien tätig. Anna M. fügte sich sehr gut in die Familie ein und kümmerte sich um die Kinder. Eines dieser Kinder erinnert sich: „Tante Annerl war immer mit Hausarbeiten beschäftigt, die Tante war auch Pflegerin und hat eine glückliche Hand gehabt im Umgang mit ihr.“¹⁷⁵ Als 1936 die Pflegemutter schwer erkrankte, „führt[e] [die Patientin] den Haushalt fast völlig allein und pflegt[e] die Pflegemutter“.¹⁷⁶ Als sich gegen Ende des Zweiten Weltkriegs die Situation für die Patienten immer mehr zuspitzte, wurde Anna M. zu ihrem Bruder beurlaubt und dann schließlich in dessen Familie entlassen. Hierzu findet sich auch ein Eintrag im Jahresbericht: „Eine 49-jährige Patientin, welche [...] seit 1932 in die Familie eines Oberpflegers [...] in Familienpflege kam, kann zu ihrem Bruder entlassen werden. Dieser bestätigt, daß es seiner Schwester in der Familie des Oberpflegers sehr gut gegangen ist.“¹⁷⁷

¹⁷² Patientenakte Felizitas G., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁷³ Ebd.

¹⁷⁴ Patientenakte Maria K., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁷⁵ Zeitzeugengespräch Erich Resch zu Anna M., 14.5.2014, Kaufbeuren, via Telefon, Archiv Söhner.

¹⁷⁶ Patientenakte Anna M., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁷⁷ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1944, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

Eine Ausnahme stellt der Fall einer Familienpflegschaft dar, die bis zum Tod des Familienpfleglings dauerte. Die ledige Dienstmagd Maria K. wurde 1921 als beinahe 40-Jährige als „chronisch schizophrene“ in die Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen. Dort arbeitete die ruhige und fleißige Patientin in der Putzgruppe, bis sie 1936 in die Familie eines Pflegers aufgenommen wurde. Dort übernahm sie leichtere Arbeiten im Haushalt, machte Botengänge und passte auf die kleinen Kinder auf. Die Tochter der Familie erinnert sich: „Maria hat jeden Tag beim Bauern mit der Kanne Milch geholt, war eine beliebte Person. [...] Sie hat bei uns im Haus gewohnt, hatte ihr eigenes Zimmer und hat mit der Familie zusammengelebt. Als meine Schwester zur Welt kam, hat sie sich um uns gekümmert. Sie war für uns Kinder eine ganz liebevolle Person. [...] hat auf uns aufgepasst, war sehr fürsorglich.“¹⁷⁸ Auch in der Nachbarschaft war Maria K. recht gern gesehen: „Maria hat einfach zur Familie gehört, war so liebevoll und ist überall gut aufgenommen worden. Sie war in der ganzen Straße beliebt, alle Leute mochten die Maria.“¹⁷⁹ Bis auf kurze Anstaltsaufenthalte zur Krankenbehandlung beziehungsweise während des Urlaubs der Pflegefamilie blieb die Patientin bis kurz vor ihrem Tod in Familienpflege und verstarb im Jahr 1966 84-jährig im Krankenhaus an einer Lungenentzündung. Mit dem Tod von Maria K. endete vorerst die Familienpflegschaft in den bayerisch-schwäbischen Heil- und Pflegeanstalten.¹⁸⁰

Trotz mancher Schwierigkeiten finden sich in einigen Patientenakten Hinweise, dass sich einige Patienten in ihren Pflegefamilien behaglicher fühlten als in der Anstalt.¹⁸¹ So konnten sie am Familienleben teilhaben, was dem therapeutischen Ziel, die Patienten zu resozialisieren, entgegen kam. In dieser Hinsicht stellte die Familienpflege eine wesentliche Ergänzung zur damals üblichen psychiatrischen Versorgung dar, denn diese Verpflegungsform vermochte den Pfinglingen eine im Vergleich zur Heilanstalt weitreichendere Bewegungsfreiheit zu verschaffen.

Zusammenfassende Betrachtung

Am historischen Beispiel der Familienpflege lässt sich erkennen, in welchem Maß sich ökonomische und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen auf die Entwicklung medizinischer Versorgung auswirkten¹⁸² und heute noch auswirken.

Schon um die Jahrhundertwende, während die Verbesserung psychiatrischer Versorgungsformen auf internationalen Kongressen diskutiert wurde, fanden erste Etablierungsversuche der Familienpflege in Kaufbeuren statt. Neben einer räumlichen und finanziellen Entlastung seiner Einrichtung verfolgte insbesondere

¹⁷⁸ Zeitzeugengespräch mit Familie Zeiser zu Maria K., 27. 3. 2014, Kaufbeuren, Archiv Söhner.

¹⁷⁹ Ebd.

¹⁸⁰ Ähnliche ambulante Versorgungsformen wurden erst wieder ab den 1980er Jahren angeboten.

¹⁸¹ Patientenakten Felizitas G., Anna M. und Maria K., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁸² Vgl. Thomas Müller: Ein altmärkisches Modell medizinischer Versorgung im europäischen Kontext der Jahrhundertwende. In: *Comparativ* 4 (2004), S. 64–78, hier: S. 76ff.

der Anstaltsleiter Prinzing mit dem Aufbau und der Etablierung der Familienpflege in Kaufbeuren das Ziel, psychisch Kranke, die nicht unbedingt ständig einer Unterbringung in der Anstalt bedurften, in ein gesellschaftliches Gefüge zu integrieren und ihnen somit die Wiedereingliederung in ein Leben außerhalb der Anstalt zu erleichtern.¹⁸³ Diese Ansätze fanden später in der Planung der neu zu erbauenden Heil- und Pflegeanstalt in Günzburg ihren Niederschlag.

Während des Ersten Weltkriegs verzeichnete die Familienpflege sowohl in Kaufbeuren wie auch in Günzburg einen starken Rückgang beziehungsweise kam überhaupt nicht richtig in Schwung. Die erneute Konjunktur der Familienpflege in den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg war weniger therapeutischen oder humanitären Motiven geschuldet, sondern ist viel eher als pragmatischer Ansatz angesichts der schlechten ökonomischen Lage zu sehen. Organisatorische Zwänge, die eine deutliche Entlastung der Anstalten von den massiv angestiegenen Patientenzahlen sowie die Reduktion von Kosten erforderten, beschleunigten diese Entwicklung. Als in den Jahren allgemeiner Sparmaßnahmen vonseiten der zuständigen Behörden die Familienpflege als günstige Alternative psychiatrischer Versorgung gefördert wurde, nahm auch in Bayerisch-Schwaben das Interesse an dieser Versorgungsform zu. Ihren Höhepunkt verzeichnete die Familienpflege zu Beginn der 1930er Jahre, mit dem Erstarken des Nationalsozialismus ging sie jedoch deutlich zurück.

In wirtschaftlichen Blütezeiten noch als therapeutisch sinnvolle Verpflegungsform im „Kampf gegen unnötige Hospitalisierung“¹⁸⁴ und in Krisenzeiten zunächst als Einsparungsmodell propagiert, fiel die Familienpflege schließlich äußeren Zwängen und gesellschaftspolitischen Strömungen zum Opfer. Sowohl in den Jahren des Ersten Weltkriegs als auch zum Höhepunkt der Weltwirtschaftskrise ging das Interesse der Bevölkerung an der Familienpflege stark zurück. In der Zeit des Nationalsozialismus erfuhr die Familienpflege einen beinahe vollständigen Niedergang; auch in Bayerisch-Schwaben war die Familienpflege stark rückläufig. Psychisch kranke Patienten wurden nicht mehr in die Gesellschaft integriert, sondern von ihr separiert, um schließlich als „lebensunwertes Leben“ eliminiert zu werden.

Trotz der Abkehr von dieser psychiatrischen Versorgungsform waren deren Auswirkungen in beiden deutschen Staaten bis weit in die 1980er Jahre beobachtbar: Im späten 20. Jahrhundert entwickelten sich andere Formen der extramuralen Versorgung wie betreutes Wohnen, zeitgemäße Arbeitstherapie und verschiedene ambulante psychiatrische Betreuungsformen.

Gleichzeitig hat sich die propagierte obligatorische Heilwirkung dieser Therapieform nicht bestätigt. So zeigte sich, dass die Familienpflege nicht qua Existenz eine perfekte, ideale Unterbringungsform bot und bietet. Auch hier konnten Erfahrungen von Gewalt oder unzureichender medizinischer Versorgung nicht aus-

¹⁸³ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1906, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁸⁴ Buße: Übersicht (wie Anm. 89), S. 99.

geschlossen werden. Da in der Familienpflege insbesondere unheilbare, chronisch anfallsranke, schizophrene und schwachsinnige Patienten versorgt wurden,¹⁸⁵ lassen sich zwar bei einigen Patienten Verbesserungen im Zustand erkennen, doch ist es ein nahezu unmögliches Unterfangen, der Familienpflege im Hinblick auf die Bedingungen des frühen 20. Jahrhunderts grundsätzliche heiltherapeutische Erfolge zu bescheinigen.

Im deutschlandweiten Vergleich etablierte sich die Familienpflege in Bayern, insbesondere in Bayerisch-Schwaben, deutlich langsamer als in anderen deutschen Regionen. Schon im frühen 20. Jahrhundert setzten sich mehrere Ärzte mit dafür möglichen Ursachen – wie spezifischer bäuerlicher Struktur, bayerischer Gesetzgebung zur Kostenübernahme, Aufnahmekriterien und anderem – auseinander. Wahrscheinlich ist der Grund für die spezifische Entwicklung in einer Kombination und dem summarischen Aufeinandertreffen zahlreicher Faktoren zu suchen. Einerseits existierten Rahmenbedingungen, die eine Initiierung und Etablierung der Familienpflege erschwerten. Andererseits gab es auch zahlreiche Gründe, die eine bereits bestehende familiäre Pflege wieder enden ließen. Hätte es vonseiten der Politik und Wirtschaft kontinuierlich deutlich mehr unterstützende Impulse gegeben, dann hätte sich dieses extramurale Konzept bereits früh als zusätzliche Versorgungsform etablieren können. Einen vollständigen Ersatz für die stationäre Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen hätte die familiäre Versorgung meines Erachtens aber auch unter günstigsten Bedingungen nicht bieten können.

Abschließend betrachtet ist die phasenweise Konjunktur der Familienpflege an der Schwelle zur Moderne als Reaktion auf den gescheiterten Versuch während des 19. Jahrhunderts zu verstehen, der Versorgungsproblematik psychisch Kranker mit Asylisierung und Verwaltungslösungen zu begegnen.¹⁸⁶ Damit spiegelt das Beispiel der Geschichte der Familienpflege in Bayerisch-Schwaben im frühen 20. Jahrhundert die Krise, in der sich die zeitgenössische psychiatrische Fürsorge als Anstaltsfürsorge befand.

Abstract

Already in the mid of the 19th century there was a very controversial discussion about ambulant care of mentally ill patients. In particular alternative concepts of family care involved substantially possibilities of conflict. In connection with the first International Congress of Family care in Antwerp (1902) this form of psychiatric supply in Germany became increasingly important. The development in Bavaria remains significantly behind the total German movement. As exception

¹⁸⁵ Vgl. Holger Steinberg/Astrid Lerner: Zur Geschichte einer sozialpsychiatrischen Versorgungsform. Die Familienpflege am Beispiel der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen. In: Psychiatrische Praxis 6 (2011), S. 274–279.

¹⁸⁶ Vgl. Blasius: Deutsche Erinnerung (wie Anm. 34), S. 37f.

implemented in the Bavarian-Swabian sanatoriums Günzburg and Kaufbeuren, the impact of World War I, the global economic crisis and later political developments in Nazi-Germany cause several kickbacks to these alternative approaches. This analysis wants to identify and survey characteristics of extramural care practice in the study area between 1875 and 1935. Furthermore it will be checked how concepts of family care were discussed and practiced. On the basis of practical case studies the article supplies a compendium about challenges accounting family care. Thereby this essay aims less to a comprehensive presentation of German psychiatric care, but rather to a research of therapeutic as well as pragmatic-economic relations of identification of rural family care in the early 20th century.

Julie Clauss/Christian Bonah

An der Grenze der Nosologie:
Die praktische Klassifikation der Psychosen und die
Einführung der Diagnose „Schizophrenie“ an der
Psychiatrischen Universitätsklinik zu Straßburg,
1912–1962

Fragen der klinischen Praxis der Krankheitsbenennungen spielen in der Psychiatrie seit langer Zeit eine Rolle. Obwohl die Herausbildung und Durchsetzung zentraler diagnostischer Kategorien häufig länderübergreifend geschieht, werden diese Aspekte meist aus nationaler Perspektive beschrieben.¹ Zur Frage nach der Durchsetzung einer Nosologie – oder später eines Klassifikationssystems – bedarf es einer genaueren Analyse, wie Krankheitsbenennungen und Kategorien an anderen Orten als jenen ihrer Entstehung praktisch rezipiert, angepasst, umgestaltet und angewandt wurden, was zur ihrer Verbreitung, ihrem Gebrauch und letztendlich ihrer Existenz beitrug und beiträgt.

Eine solche Gebrauchsgeschichte der psychiatrischen Nosologie und Klassifikationen bedeutet einerseits, andere Orte klinischer psychiatrischer Praxis ins Auge zu fassen als die großen Psychiatriezentren des 20. Jahrhunderts wie Berlin, Heidelberg oder Paris. Andererseits legt eine solche Gebrauchsgeschichte es nahe, Dokumente aus dem klinischen Alltag zu untersuchen, vor allem Krankenakten von Patienten, Diagnose- und Aufnahmebücher sowie medizinische Gutachten. Der folgende Beitrag basiert auf dem überlieferten Krankenblattarchiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Straßburg zwischen 1910 und 1960.² Patientenakten und ihre systematische Auswertung stellen keine Neuheit in der Medizingeschichte dar. Seit den 1990er Jahren hat dieser Ansatz Konjunktur, zunächst in der Patientengeschichtsschreibung.³ Auch die Beschäftigung mit peripheren Insti-

¹ Knud Faber: *Nosography. The Evolution of Clinical Medicine in Modern Times*. New York 1930; Eric J. Engstrom: *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*. London 2003.

² Das historische Psychiatriearchiv der Psychiatrischen Universitätsklinik Straßburg (HPAS) befindet sich seit dem 1. 9. 2013 im Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé der medizinischen Fakultät Straßburg und ist dort zu Forschungszwecken zugänglich.

³ Alfons Labisch/Reinhard Spree: „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt a. M./New York 1996; Francisca Loetz: *Vom Kranken zum Patienten. Medikalisierung und*

tutionen ist an sich kein neuer Ansatz.⁴ Die Verbindung dieser beiden Ansätze ist aber reizvoll und bietet für das Elsass und seine medizinisch-wissenschaftlichen Institutionen aufgrund der ungewöhnlichen historischen Brüche und Kontinuitäten einen einzigartigen Einblick in die Entwicklung psychiatrischen Wissens und seiner lokalen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf zwei nationale Kontexte – Deutschland und Frankreich. Aus diesem Grund soll im Folgenden das Beispiel der Straßburger Psychiatrischen Klinik untersucht werden.⁵

Die daraus resultierenden Fragenkomplexe, wann, wie und warum sich bestimmte psychiatrische Diagnosekategorien in Straßburg durchgesetzt haben und wie sie verwendet wurden, welche Faktoren dabei eine Rolle spielten und wie diese Kategorien an lokales ärztliches Handeln angepasst und vor Ort übernommen wurden – oder auch nicht –, sollen hier im Rahmen einer historischen Studie des Klinikalltags ansatzweise und ausschnittsweise untersucht werden. In zwei Schritten geht es zunächst darum, das Spektrum der zeitgenössischen Diagnostik der Straßburger universitären Psychiatrischen Klinik für die stationären Patienten und Patientinnen zwischen 1912 und 1962 systematisch nachzuvollziehen und genauer zu beschreiben. Anschließend soll dieser quantifizierende Ansatz, der in erster Linie als Übersicht, Beobachtungsstrategie und Fragengenerator dient, für eine spezifische Beobachtung – die Einführung der Diagnose „Schizophrenie“ – durch eine qualitative, an die Mikrohistorie anknüpfende und auf einzelne Krankenakten gestützte Untersuchung vertieft werden. Im Fokus stehen dabei, der *histoire croisée* folgend,⁶ eine Gegenüberstellung und ein vergleichender Blick auf die Straßburger und Berliner psychiatrischen Universitätskliniken. Der Vergleich betrifft sowohl die übergreifenden Diagnosespektren der beiden Kliniken beruhend auf Daten, die für Berlin von Volker Hess und Rainer Herrn sowie ihren wissenschaftlichen Mitarbeitern erarbeitet wurden, als auch die Geschichte der Einführung der Diagnose „Schizophrenie“ in Straßburg und an der Charité. Letztere wurde kürzlich von Alexander Friedland und Rainer Herrn detailliert beschrie-

medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens, 1750–1850. Stuttgart 1993; Robert Jütte: Sozialgeschichte der Medizin. Inhalte – Methoden – Ziele. In: *MedGG* 9 (1990), S. 149–164.

⁴ Mary-Jo Nye: *Science in the Provinces. Scientific Communities and Provincial Leadership, 1860–1930*. Berkeley/Los Angeles 1986.

⁵ Für diesen Ansatz außerhalb der Psychiatriegeschichte vgl. Christian Bonah: *Instruire, guérir, servir. Formation, recherche et pratique médicales en France et en Allemagne pendant la deuxième moitié du XIXe siècle*. Straßburg 2000.

⁶ Michel Espagne/Michael Werner: *Transferts: Les relations interculturelles dans l'espace franco-allemand (XVIIIe et XIXe siècle)*. Travaux et mémoires de la Mission historique française en Allemagne. Paris 1988; Michel Espagne: *Des transferts culturels franco-allemands*. Paris 1999; Michael Werner/Bénédicte Zimmermann (Hg.): *De la comparaison à l'histoire croisée*. Longjumeau 2004; dies.: *Beyond Comparison. Histoire Croisée and the Challenge of Reflexivity*. In: *History and Theory* 45 (2006), S. 30–50; dies.: *Vergleich, Transfer, Verflechtung. Der Ansatz der histoire croisée und die Herausforderung des Transnationalen*. In: *GG* 28 (2002), S. 607–636; Michael Werner/Bénédicte Zimmermann: *Penser l'histoire croisée. Entre empirie et réflexivité*. In: *Annales* 58 (2003), S. 7–36.

ben.⁷ Es gilt hier zu unterstreichen, dass es sich im Folgenden um erste Ergebnisse einer sich noch im Entstehen befindenden Forschungsarbeit handelt, die anhand der Klinikakten der Straßburger Psychiatrie deren Alltagspraxis untersucht.

Die universitäre Psychiatrische Klinik in Straßburg (1872–1962)

Die erste Psychiatrische Abteilung der Medizinischen Fakultät der Kaiser-Wilhelms-Universität zu Straßburg wurde zum Sommersemester 1872 gegründet und zunächst von dem außerordentlichen Professor Richard von Krafft-Ebing (1840–1902) für zwölf Monate geleitet.⁸ Die Abteilung entstand im Rahmen der Gründung der deutschen Reichsuniversität nach dem Sieg Preußens im Deutsch-Französischen Krieg von 1870/71 und der Angliederung Elsass-Lothringens an das nach dem Krieg gegründete Deutsche Reich und bestand zunächst aus einem eigenen Krankensaal im Bürgerspital.⁹ Im Zuge der politischen Nachkriegsentwicklungen sollte die ab 1875 Kaiser-Wilhelms-Universität genannte Reichsuniversität an der Grenze des neuen Deutschen Reichs als „Schaufenster der politischen und wissenschaftlichen Macht“ des neuen Staates dienen.¹⁰ Auf dem Gebiet der Psychiatrie wurde mit der Gründung einer universitären Abteilung die Differenz zu der in Frankreich üblichen Institutionalisierung des sich gerade formierenden Fachgebiets unterstrichen. Wie allgemein in Frankreich um 1870, war die Psychiatrie auch im Elsass durch das 1838 erlassene französische Gesetz zur Betreuung der Geisteskranken (*malades mentaux*) geprägt, welches die Psychiatrie in außeruniversitären Anstalten auf dem Land ansiedelte.¹¹ Das Gesetz schrieb für jedes französische Département die Etablierung einer staatlichen Irrenanstalt vor und regelte die regionale Aufnahmezuständigkeit.¹² Im Elsass gab es zwei Landesirrenanstalten, die 1835 in Stephansfeld erbaute Einrichtung und eine zweite, 1870 in Hoerdt errichtete Anstalt.¹³ In Straßburg selbst waren bis 1872 im *Hôpital Civil*/Bürgerspital nur sechs Betten für Geisteskranke ausgewiesen, die als *Dépôt*

⁷ Alexander Friedland/Rainer Herrn: Die Einführung der Schizophrenie an der Charité. In: Volker Hess/Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.): Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne (= Kulturen des Wahnsinns (1870–1930), Bd. 1). Wien/Köln/Weimar 2012, S. 207–258.

⁸ Oskar Gerval: Das Bürger-Hospital von Strassburg und seine Umgestaltungen in der Zeit von 1872 bis 1898 nach amtlichen Quellen. Straßburg 1898.

⁹ Géraldine Pflieger: L'école psychiatrique de Strasbourg. Origines et développement d'une singularité strasbourgeoise sous le mandat du Professeur Théophile Kammerer (1953–1982). Diss. med. Straßburg 2010, S. 53.

¹⁰ Elisabeth Crawford/Josiane Olf-Nathan (Hg.): La science sous influence. L'université de Strasbourg, enjeu des conflits franco-allemands, 1872–1945. Straßburg 2005.

¹¹ Friedrich Jolly: Vorgeschichte und gegenwärtige Einrichtung der Psychiatrischen Klinik in Straßburg. Rede zur Feier der Eröffnung des Neubaus der Klinik gehalten am 29. Oktober 1886 von dem Direktor derselben. Straßburg 1887, S. 20.

¹² Claude Quételet: Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours. Paris 2012.

¹³ Yves Longin: Petite histoire des hôpitaux psychiatriques français. In: L'évolution psychiatrique 64 (1999), S. 611–625.

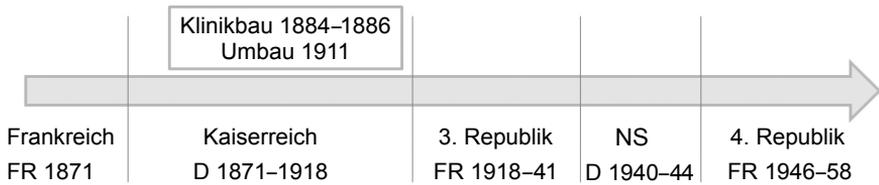


Abbildung 1: Die Psychiatrische Universitätsklinik in Straßburg und ihre nationalen Alternanzen

bezeichnet und in erster Linie als Aufnahme- und Durchlaufstation für die Internierung in der Landesanstalt Stephansfeld herangezogen wurden.

Bei Gründung der deutschen Universität noch ohne eigenes Gebäude, führte die Erweiterung der psychiatrischen Abteilung zu einer Universitätsklinik unter dem im Wintersemester 1873 als außerordentlicher Professor berufenen Friedrich Jolly (1844–1906) zum Bau eines eigenen unabhängigen Klinikgebäudes. Der schließlich 114 Betten umfassende Neubau wurde im Zuge der Neugestaltung der Medizinischen Institute und Kliniken der Kaiser-Wilhelms-Universität zwischen 1884 und 1886 realisiert.¹⁴ 1875 wurde Jolly im Rahmen von Berufungsverhandlungen zum ordentlichen Professor ernannt und ihm der Lehrstuhl für Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät übertragen. In der von ihm geplanten und geleite-

¹⁴ Bonah: Instruire (wie Anm. 5).

ten Spezialklinik wurden Patienten behandelt, deren Krankengeschichten und Diagnosen in diesem Beitrag untersucht werden.¹⁵

Die Klinik erlebte im untersuchten Zeitraum von 1912 bis 1962 vier einschneidende Wechsel: Von 1873 bis 1918 stand die Klinik unter deutscher Leitung und deutschem Einfluss, 1918 wurde die Klinik französisch, 1941 kam sie erneut unter deutsche Leitung und steht seit 1944 unter französischer Zuständigkeit. Zeitgenössischen Erklärungen und allgemeinen historischen Darstellungen zufolge waren diese politischen Wechsel auch mit einer jeweils neuen wissenschaftlichen Ausrichtung verbunden. Die Fokussierung auf ein und dieselbe Klinik ermöglicht damit einen einzigartigen Vergleich der politischen, sozialen und wissenschaftlichen Rahmenbedingungen jenes kategorialen Systems, unter dem psychische Alterität wahrgenommen und verhandelt wurde. Die politischen Zäsuren hatten auch Auswirkungen auf die Leitung der Einrichtung: 1872-1873 war Richard von Krafft-Ebing Herr der wenigen Betten im Bürgerspital, 1873-1890 gründete Jolly die heutige Klinik, 1891 übernahm Carl Fürstner die Leitung, dem 1906 Robert Wollenberg folgte. Von 1919 bis 1945 unterstand die Klinik dem elsässischen, unter deutscher Leitung ausgebildeten, Psychiater Charles Pfersdorff (1875-1953). Von 1941 bis 1944 leiteten an der nationalsozialistischen Reichsuniversität Straßburg Nikolaus Jensch und August Bostroem die Klinik. In der erneut französischen Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg stand ihr Eugène Gelma von 1945 bis 1952 vor. Schließlich leitete Théophile Kammerer die Klinik von 1953 bis 1982.

Der 1906 aus Tübingen berufene Klinikleiter und Lehrstuhlinhaber Robert Wollenberg beschwerte sich seit seiner Berufung über die baulichen Unzulänglichkeiten des Klinikgebäudes. Im Rahmen der zweiten Krankenhauserweiterung nach 1910 wurde die Psychiatrische Universitätsklinik 1911 durch einen Neubau erweitert, der insbesondere zur Behandlung von Patienten mit leichteren psychiatrischen und neurologischen Störungen diente. 1919, im Rahmen der Übernahme der Klinik und der Fakultät durch die französischen Autoritäten, kam es zu einer Teilung der Klinik und der Lehrstühle, die zur Etablierung von zwei Fachgebieten führte: der Neurologie einerseits und der Psychiatrie andererseits.¹⁶

Quellen und Methodologie

Die folgenden Untersuchungen zum nosologischen Spektrum an der Straßburger universitären Psychiatrischen Klinik zwischen 1912 und 1962 basieren auf den Diagnosebüchern der stationären Klinik. In je einem Register für männliche und einem für weibliche Patienten wurden tabellarisch auf Doppelseiten die erforderlichen persönlichen Daten bei Aufnahme und Entlassung sowie die entsprechenden Diagnosen erfasst.

¹⁵ Gerval: Bürger-Hospital (wie Anm. 8).

¹⁶ Pfleger: L'école psychiatrique (wie Anm. 9), S. 66.

The image shows two items related to psychiatric records from 1932. On the left is the cover of a register titled 'Maladies Mentales HOMMES 1932'. On the right is a page of handwritten medical records, likely from a patient's file, showing a list of patients with columns for name, age, date of admission, date of discharge, diagnosis, and other clinical notes. The records are written in cursive and include names like 'Schwartzkopf', 'Bauer', 'Jäger', etc., along with dates and medical observations.

Abbildung 2: Aufnahmeregister Männer 1932 (links); Diagnoseeintrag im Mai 1932 (rechts). Erfasste Informationen (von links nach rechts): Numerus Currens, Vorname und Name des Patienten, Beruf/Stellung, Alter, Adresse, Eingangs- und Abgangsdatum, Diagnose, Bemerkungen (seit 1919), Station (seit 1928), Kostenübernahme (ab 1928), Dauer des Aufenthalts (seit 1928) und schließlich einen Vermerk zum Abgangszustand (geheilt, gebessert, unheilbar, entlaufen, gestorben).

Am Ende der Bände verzeichnen zwei Register alphabetisch-chronologisch die Abgangsdaten der aufgenommenen Patienten und Patientinnen des Vorjahres und die Zugangsdaten der im laufenden Jahr aufgenommenen Patienten und Patientinnen.¹⁷ Die Diagnosebücher sind Teil eines administrativen Aufschreibesystems, zu dem neben den Patientenakten auch Gutachtenbücher und Verzeichnisse gehören. Im Archiv konnten über die alphabetischen Namensregister auch die Unterlagen von Jahre zurückliegenden Aufnahmen ausfindig gemacht werden, da die Patientenakten jahresweise alphabetisch abgelegt wurden. Über die für jedes Jahr neu vergebenen laufenden Aufnahmeummern waren ferner, ohne dass ein Zugriff auf die einzelne Patientenakte erforderlich war, die in den Registern enthaltenen personenbezogenen Daten (Adresse, Alter, Diagnose etc.) abfragbar.

Serielle Quellen erfordern eine serielle Analyse über möglichst lange Zeiträume. Diese kann aber nur in Stichproben erfolgen. Daher haben wir von 1912 an alle Aufnahmen jedes zehnten Jahres systematisch erfasst, und zwar bis 1962.¹⁸ In einer randomisierten Stichprobe wurden die aus den Aufnahmeregistern erhobenen Daten durch einen Abgleich mit den Krankenakten validiert. Die Diagnosen wurden

¹⁷ Registres d'admission/Diagnosebuch Männer/Hommes Bd. 1 und Bd. 2; Registres d'admission/Diagnosebuch Frauen/Femmes, HPAS.

¹⁸ Das Ausgangsjahr 1912 wurde gewählt, da zum einen die Register erst ab 1905 erhalten sind und zum anderen die turbulenten Jahre der Kriegsergebnisse soweit wie möglich umgangen werden sollten.

originalgetreu transkribiert, ebenso zusätzliche Bemerkungen in Verbindung zur Diagnose. In einem zweiten Schritt wurden die transkribierten Einträge zu 83 Diagnosekategorien zusammengefasst und codiert (codierte Diagnosen). Die Codierung folgt dabei im Wesentlichen der zeitgenössischen Klassifikation. Da diese über den Untersuchungszeitraum oft wechselte, und um Einzeldiagnosen zu sinngebenden Ensembles zu verbinden sowie um für diesen Beitrag weniger bedeutende Diagnosekategorien zu bündeln, entsprechen die codierten Diagnosen nicht *stricto sensu* wortgetreu den zeitgenössischen Diagnosen. In keinem Fall können die codierten Diagnosen allerdings als retrospektive Diagnose begriffen werden. Vielmehr basiert die Codierung soweit als möglich auf der damaligen Zuordnung der Erkrankungen, nicht ihrer Interpretation aus heutiger Sicht. Die große Anzahl der Codes (n=83) dokumentiert die Vielfalt der damaligen Konzepte, um die nosologischen Sinneinheiten (z. B. „Dementia praecox“ versus „Schizophrenie“) zu erhalten. Zeitgenössische Krankheitsbezeichnungen, die für die Analyse der psychiatrischen Begrifflichkeit von minderer Bedeutung sind, wurden zu größeren Gruppen wie zum Beispiel „Syphilis“, „Alkoholismus“ etc. zusammengefasst. Auf diese Weise wurden alle transkribierten Diagnosen fünf großen Diagnosegruppen zugeordnet.¹⁹ Da im Einzelfall sehr komplexe Diagnosen vergeben wurden (z. B. „Dementia praecox. Katatonische Form. Epileptiforme Anfälle“ codiert als „Dementia praecox, Katatonie, Epilepsie“),²⁰ wurden bis zu drei Diagnosecodes vergeben. Das ist der Grund, warum mehr Diagnosen als Aufnahmen pro Jahr gezählt werden.

Das Diagnosespektrum der stationären Patienten und Patientinnen der Straßburger universitären Psychiatrischen Klinik 1912–1962

Für den Zeitraum von 1912 bis 1962 können zunächst einige allgemeine Entwicklungen festgehalten werden.

Die Gesamtzahl der stationär behandelten Patienten und Patientinnen verdoppelte sich von 1912 (303 Männer, 279 Frauen) bis 1932 (691 Männer, 492 Frauen) und ein zweites Mal von 1942 bis 1962 (884 Männer, 724 Frauen). Unterbrochen wurde diese Entwicklung aus verständlichen Gründen im Stichjahr 1942,²¹ wobei die Anzahl der behandelten Patienten und Patientinnen für das Jahr 1942 dennoch erheblich bleibt.

¹⁹ Der methodische Zugriff wurde in Zusammenarbeit mit Volker Hess entwickelt. Für Beziehungen zur Sozialgeschichte der 1980er Jahre, Gefahren und Grenzen des Zugriffs und unser Verständnis der Diagnose als Handlungsbegriff vgl. den Beitrag von Chantal Marazia und Volker Hess in diesem Band.

²⁰ Diagnosebuch 1912, Männer, Eintrag Nr. 40, HPAS.

²¹ Während des Zweiten Weltkriegs wurde Straßburg 1940 evakuiert. Die medizinische Fakultät wurde nach Clermont-Ferrand und das Krankenhaus nach Claireville in Zentralfrankreich verlegt. Nach der Annexion Straßburgs durch das nationalsozialistische Deutschland wurde zwischen 1941 und 1944 dort die NS-Reichsuniversität Straßburg etabliert und das Krankenhaus der Gauleitung unterstellt, die dessen Betrieb wieder aufnahm. Da ein großer Teil der französischen Bevölkerung nicht nach Straßburg zurückkehrte und die Verbliebenen zum Teil der neuen Krankenhausleitung sehr misstrauisch gegenüber standen, ist ein starker Rückgang der Patientenzahl

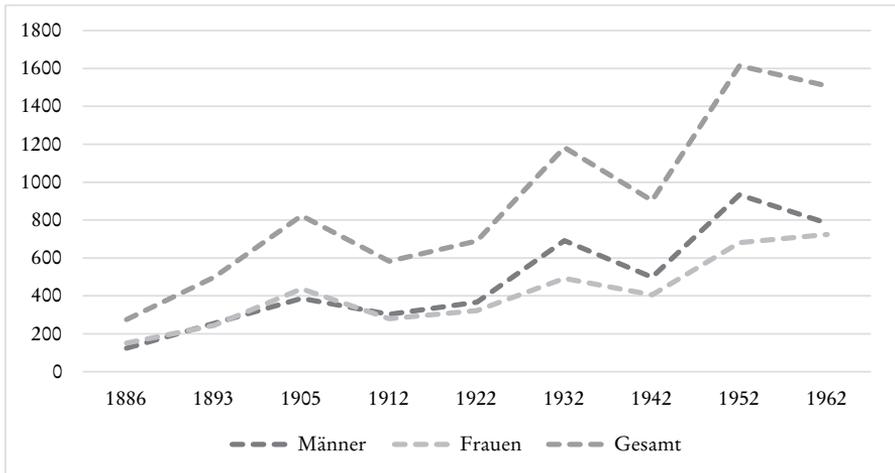


Abbildung 3: Aufnahme stationärer Patienten an der Psychiatrischen Universitätsklinik Straßburg 1886–1962 (pro Dekade); Quelle: Diagnosebücher 1912–1962, HPAS.

Lediglich für die Dekade von 1952 bis 1962 zeigt sich eine klare geschlechtsspezifische Differenz mit einem Rückgang der behandelten Männer und einem weiteren Anstieg der behandelten Frauen, wobei die Patientenzahlen bei letzteren in der Zwischenkriegszeit langsamer zugenommen hatten als bei den Männern.²²

Zusammenfassend kann mit Blick auf die in Straßburg vergebenen Diagnosekategorien nach großen Gruppen zwischen 1912 und 1932 zunächst festgehalten werden, dass sich rund 15 % auf organische Diagnosen, Epilepsie und Syphilis bezogen,²³ ein knappes Fünftel dem Bereich der Sucht²⁴ und ungefähr die Hälfte

für 1942 verständlich. Unter den gegebenen Verhältnissen ist die Anzahl der behandelten Patienten für 1942 eher erstaunlich.

²² Es kann festgehalten werden, dass das Verhältnis codifizierter Diagnosen zu Aufnahmen für Männer zwischen 1,1 (1932, 1942) und 1,4 (1952) und für Frauen zwischen 1,1 (1942) und 1,6 (1912) Diagnosekategorien pro Aufnahme schwankt (und die Bestimmtheit/Unbestimmtheit, den Grad der Beschreibung oder die Polymorphie der Diagnosekategorien widerspiegelt).

²³ Vom Vitium cordis über periphere Nervenlähmungen, die Epilepsie in allen Formen und die einfache Syphilis bis hin zur Progressiven Paralyse umfassen diese drei Kategorien eine Heterogenität, derer wir uns bewusst sind. Sie definieren sich folglich auch nicht positiv, sondern ex negativo, nämlich als Sammelbegriff für alle „nicht-psychiatrischen“ Leiden. Sie dienen hier weder dazu, eine Aussage über das zeitgenössische Krankheitsspektrum, etwa im Sinne einer historischen Epidemiologie, zu machen, noch geht es uns um eine zeitgenössische „Erkenntnis des Krankseins“. Diagnosen und ihre Kategorisierung sollen hier im klinischen Zusammenhang als Handlungsbegriff verstanden werden.

²⁴ Die Kategorie „Sucht“ verweist hier auf Diagnosen, die mit Rauschmittelkonsum in Zusammenhang stehen und Alkohol-, Morphin- und Kokain-Abusus erwähnen.

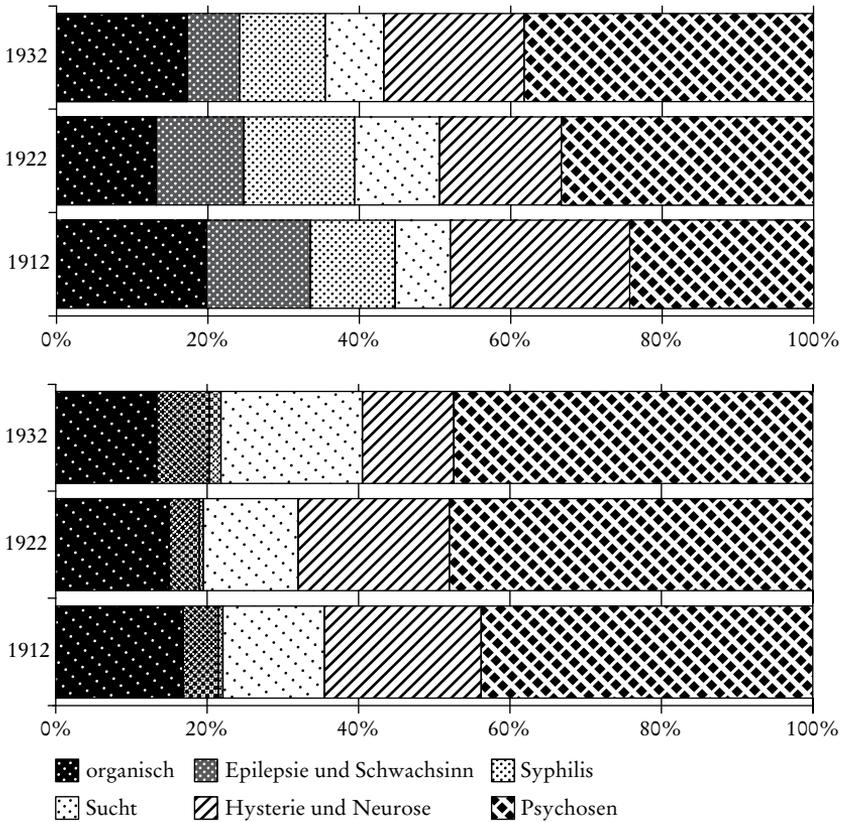


Abbildung 4: Das diagnostische Spektrum stationär in Berlin (oben) und Straßburg (unten); Diagnosekategorien nach großen Gruppen, 1912–1932. Quelle: Aufnahmeregister 1912–1932, HPAS sowie Diagnosebücher 1912–1932, HPAC. In dieser Grafik ist Depression bei Psychosen eingerechnet.

der behandelten Patienten und Patientinnen dem Bereich der Psychosen zugeschrieben wurden.²⁵ Nur die Diagnosen, die man heute als Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen klassifizieren würde (Nervosität, Hysterie, Psychopathie und Neurosen), nahmen über die zwei Dekaden klar ab.

Vergleicht man für den Zeitraum von 1912 bis 1932 die Diagnosespektren der Straßburger und der Berliner Klinik,²⁶ fallen wesentliche Unterschiede auf.²⁷

²⁵ Dieser Gruppe wurden Diagnosen aus dem Feld des „Wahnsinns“ zugerechnet, und zwar in Form einer Paranoia, Katatonie, Manie, Schizophrenie oder primären Seelenstörung ebenso wie in der einer Melancholie oder Depression.

²⁶ Der zeitliche Rahmen ist in der Tatsache begründet, dass für Berlin diese Daten nur bis 1932 erhoben wurden und entsprechende Aktenbestände in Straßburg erst ab 1905 überliefert sind.

²⁷ Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist die Gruppe der „sonstigen Diagnosen“ nicht berücksichtigt.

Die Verteilung der Diagnosen in der Straßburger Klinik bleibt über zwei Jahrzehnte hinweg weitgehend stabil. Dabei fällt die Dominanz der Psychosen ins Auge. Etwas zugespitzt könnte man festhalten, dass in der Straßburger Klinik mehr Patienten mit psychiatrischen Diagnosen behandelt wurden als in der Berliner Klinik. Oder anders herum betrachtet, wurde die Berliner Klinik von mehr Patienten mit organischen Erkrankungen (unter anderem Epilepsie und Syphilis) frequentiert. Auffallend in diesem Zusammenhang ist die langfristige Entwicklung von 1912 bis 1932 in Berlin, die als „Psychiatisierung“ der Klinik gedeutet werden kann und die dem diagnostischen Spektrum zufolge in Straßburg bereits von Anfang an bestand. Für die klinische Praxis in Straßburg lässt der Vergleich erkennen, welche große Bedeutung die Suchtdiagnosen hier hatten, die über den untersuchten Zeitraum hinweg einen erheblichen Anteil an den Diagnosen stellten. Prinzipiell führt der Vergleich zur Frage, wie der auffällige Unterschied im Bereich der psychotischen Erkrankungen zu deuten ist. Der Ansatz, die diagnostischen Spektren als Beobachtungspunkt und Fragengenerator zu benutzen, wird nun im Weiteren durch eine differenziertere Untersuchung der diagnostischen Handlungsbegriffe der Neurosen und Psychosen verfolgt.

Die Diagnosegruppe „Psychosen“ soll im Folgenden zunächst nach den Kategorien „Dementia praecox (*Démence précoce*)“, „Schizophrenie“, „Hebephrenie“, „Katatonie“, „manisch depressive Psychose (*Psychose maniaco-dépressive*)“, „Manie“, „Depression“, „Melancholie, degeneriert (*Dégénérescence*)“, „Psychopathie“, „Persönlichkeitsstörung (*Personnalité*)“ und „Neurose (*Névrose*)“ weiter differenziert werden.

Die codifizierte Kategorie „Dementia praecox“ fasst alle Diagnoseeinträge zusammen, in denen dieser Begriff als solcher oder in Zusammensetzungen mit „paranoide“, „katatonisch“ oder „hebephren“ auftaucht. Unter den behandelten Männern findet sich diese Diagnose 1912 in knapp 10 % der Fälle, im Jahre 1922 bei 11,1 %. In den folgenden Jahren kommt diese Diagnose fast vollständig außer Gebrauch. 1932 wird gerade noch 1 Promille der Erkrankten unter diese Rubrik diagnostiziert. Bei den behandelten Frauen betrifft die Kategorie „Dementia praecox“ 1912 knapp 10 %, im Jahr 1922 knapp 20 %, um in den folgenden Dekaden ebenfalls gänzlich zu verschwinden. Auffallend ist in diesem Zusammenhang die Verdoppelung der Diagnose bei Frauen zwischen 1912 und 1922.²⁸ Im Vergleich

²⁸ Die Diagnosekategorie „Hebephrenie“, die erhoben wurde, wenn der Begriff ohne Erscheinen der Begriffe „Schizophrenie“ oder „Dementia praecox“ vorkam, finden sich für Männer 1912 bei 4 %, bei 0,5 % im Jahr 1922, 1932 bei 1 %, 1942 bei 1,2 %, 1952 bei 0,4 % und 1962 bei 0,6 % der aufgenommenen Kranken wieder. Für Frauen ergeben die entsprechenden Zahlen 1912 5,7 %, 1922 1,2 %, 1932 1 %, 1942 1 %, 1952 0,9 % und 0,7 % im Jahr 1962. Sowohl bei Frauen wie bei Männern kann man somit nach 1912 eine klare Abnahme festhalten, die sich zwischen 1922 und 1942 bei ungefähr 1 % einpendelt, um ab 1952 unter 1 % abzusinken. „Katatonie“ als Diagnosekategorie, erhoben bei Diagnosen, die weitergehend entweder die Begriffe „Schizophrenie“ oder „Dementia praecox“ enthielten, erscheint für Männer 1912 gar nicht, 1922 bei 2,2 % der Patienten, 1932 bei 3,6 %, 1942 bei 0,6 %, 1952 bei 0,2 % und 1962 bei 0,4 %. Für die aufgenommenen Frauen belaufen sich die Zahlen auf 2,9 % im Jahr 1912, 1,2 % im Jahr 1922 mit einem bemerk-

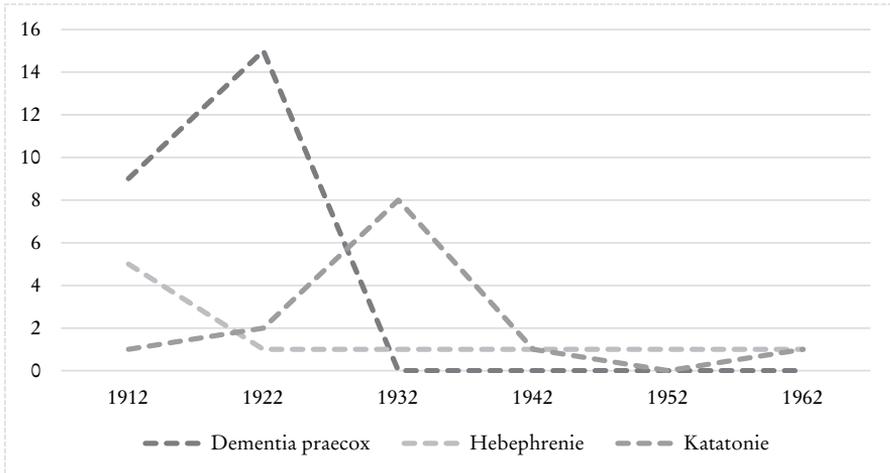


Abbildung 5: Diagnosekategorien nach Untergruppe „Psychosen“: Dementia praecox, Hebephrenie, Katatonie; Psychiatrische Universitätsklinik Straßburg 1912–1962; Quelle: Aufnahmeregister 1912–1962, HPAS.

mit der Psychiatrischen Klinik der Charité ist hier festzuhalten, dass in Straßburg das von Emil Kraepelin (1856–1926) Ende der 1890er Jahre abgegrenzte Krankheitskonzept bis in die Mitte der 1920er Jahre angewendet wurde, während es sich in Berlin nur bis zur Zeit der Leitung der Klinik durch Friedrich Jolly (1890–1904) findet. Dessen Nachfolger Theodor Ziehen und Karl Bonhoeffer verwendeten hingegen die Diagnosen Katatonie, Hebephrenie und Paranoia ausschließlich ohne den Rückgriff auf das Konzept der Kraepelin’schen Dementia.²⁹

Eine zweite Diagnosekategorie, die in diesem Zusammenhang unsere Aufmerksamkeit verdient, ist die der Schizophrenie. Diese Diagnose wurde alleine oder in Verbindung mit den Adjektiven „paranoid“, „hebephren“ oder „kataton“ verwendet. Der Bleuler’sche Krankheitsbegriff wurde allerdings in Straßburg nur sehr zögerlich rezipiert. Unter den männlichen Patienten findet sich diese Dia-

kenswerten Anstieg im Jahr 1932 auf 14,2 %, um anschließend wieder auf 2,2 % im Jahr 1942, 0,3 % im Jahr 1952 und 0,7 % 1962 abzusinken. Diese Diagnosekategorie zeigt somit eine eindeutige geschlechtsspezifische Ausprägung: Sie tritt wesentlich häufiger bei Frauen als bei Männern auf, folgt allerdings einem ähnlichen zeitlichen Muster mit einem Maximum in den 1930er Jahren. Die hohe Prozentzahl für Frauen 1932 von fast 15 % bedarf weiterer Untersuchungen und Erklärungen.

²⁹ Friedland/Herrn: Einführung (wie Anm. 7), S. 222; Volker Roelcke: Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. Theoriebildung, Institutionen, Interaktionen mit zeitgenössischer Wissenschafts- und Sozialpolitik. In: Rüdiger vom Bruch/Brigitte Kaderas (Hg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Stuttgart 2002, S. 109–124, hier: S. 110f.

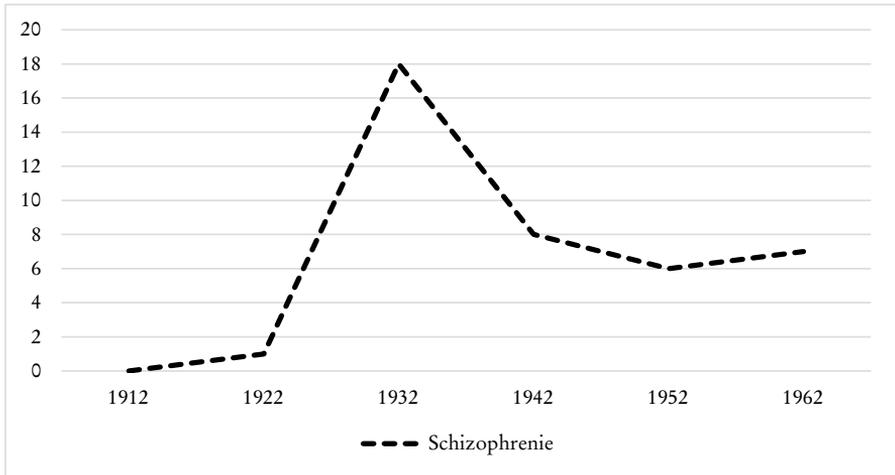


Abbildung 6: Diagnosekategorien nach Untergruppe „Psychosen“: Schizophrenie; Psychiatrische Universitätsklinik Straßburg 1912–1962; Quelle: Aufnahmeregister 1912–1962, HPAS.

gnose 1912 nicht. Im Jahr 1922 wurde nicht mal 1 %, 1932 dann gut 10 % der Aufgenommenen unter dieser Diagnose behandelt.³⁰ Bei den weiblichen Patienten wurde die Diagnose im Jahre 1922 nur sporadisch, zehn Jahre später aber bei einem Viertel der Frauen vergeben. Diese verzögerte Rezeption wirft weitergehende Fragen auf, die im Folgenden aufgegriffen werden. Zunächst soll nur festgehalten werden, dass die Diagnose der Schizophrenie in Straßburg später eingeführt wurde als in Berlin, wo sie bereits zwischen 1917 und 1919 etabliert wurde.³¹

Zum weiteren Umfeld der differentialdiagnostischen Abgrenzung der Schizophrenie³² zählt die manisch-depressive Psychose, die in Straßburg bei gut 2 % der behandelten Kranken im Jahr 1912 diagnostiziert wurde, in den folgenden Dekade-

³⁰ Von 7,8 % 1942 stabilisiert sich diese Diagnosekategorie für Männer bei 6,3 % im Jahr 1952 und 6,7 % 1962. Vergleichbar verändert sich die Frequenz bei Frauen von 0 % im Jahr 1912, 1,2 % 1922, zu 25,8 % im Jahr 1932, um sich schließlich zwischen 8,4 % 1942 und 7,3 % 1962 zu stabilisieren.

³¹ Friedland/Herrn: Einführung (wie Anm. 7), S. 207f. Es ist hier darauf hinzuweisen, dass, wie dies bereits Friedland und Herrn bemerken, über den wörtlichen Diagnosebegriff „Schizophrenie“ hinaus dieser in der Praxis weder als einheitlich noch als konsistente diagnostische Krankheitsentität angesehen werden sollte. Ganz im Gegenteil ist es im Weiteren von Interesse, genauer zu beobachten, mit welchen klinischen Einzelbeschreibungen die Kategorie in Straßburg verbunden war.

³² Friedland/Herrn: Einführung (wie Anm. 7), S. 223.

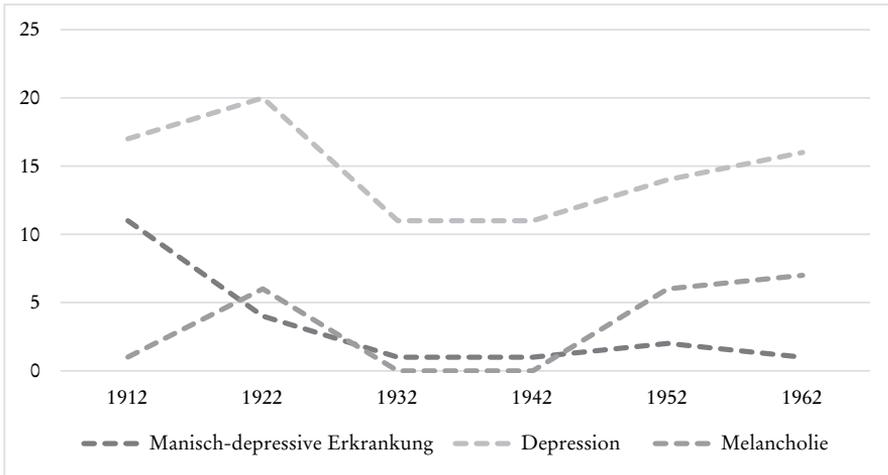


Abbildung 7: Diagnosekategorien nach Untergruppe „Psychosen“: Manisch-depressive Psychose, Depression, Melancholie; Psychiatrische Universitätsklinik Straßburg 1912–1962; Quelle: Aufnahmeregister 1912–1962, HPAS.

den dann aber fast vollständig verschwand.³³ Beachtenswert ist darüber hinaus das Spektrum der als „Depression“ kodierten Erkrankungen.³⁴ Der Befund, dass rund ein Drittel der Patientinnen der Straßburger Klinik über den gesamten Zeitraum von 1912 bis 1962 als „depressiv“ diagnostiziert wird, bedarf ebenso wie die rasche Zunahme dieser Diagnose nach dem Zweiten Weltkrieg einer eingehenderen Analyse, die im Rahmen dieses Beitrags jedoch nicht erfolgen kann.

³³ Für männliche Patienten taucht diese Diagnose 1922 nur noch bei 0,3 %, 1932 bei 0,1 %, 1942 bei 0,4 %, 1952 bei 0,8 %, und 1962 bei 0,4 % der Fälle auf. Für Frauen ist diese Diagnosekategorie wesentlich häufiger mit 1912 21,1 %, 1922 8 %, 1932 2,4 %, 1942 1 % und 1952 2,6 %, um schließlich 1962 auf 0,6 % zu sinken. Bei beiden Gruppen zeichnet sich eine rapide Abnahme der Diagnose seit der Zwischenkriegszeit ab. „Manie“ als Diagnosekategorie umfasst die wörtlichen Bezeichnungen „Manie“, „manischer Zustand“ und „manische Erregung“ und verzeichnet ebenfalls eine progressive Abnahme über den untersuchten Zeitraum: 3,3 % 1912, 1,6 % 1922, 0,6 % 1932, 0 % 1942, 1,1 % 1952 und 0,8 % 1962 für Männer; 4,7 % 1912, 3,4 % 1922, 0,6 % 1932, 2,5 % 1942, 2,5 % 1952 und 0,8 % 1962 für Frauen.

³⁴ Sie umfasst für Männer 1912 6,9 % der wörtlichen Diagnosen, 12 % im Jahr 1922, 1932 und 1942 5,6 %, 1952 7,3 % und 1962 12,6 %. „Melancholie“ oder „melancholisch“ als Diagnosekategorie wurde 1912 bei 1 % der männlichen Patienten, 1922, 1932 und 1942 bei 0 %, 1952 bei 3,6 % und 1962 bei 2,7 % der männlichen Patienten festgehalten. Für Frauen ist die Diagnose „Depression“ häufiger als bei Männern mit 27,2 % im Jahr 1912, 29,4 % 1922, 18,3 % 1932, 17,3 % 1942, 23,3 % 1952 und 20,6 % 1962. Auch die „Melancholie“ wird bei aufgenommenen Frauen häufiger als Diagnose festgehalten mit 1,4 % 1912, 1,2 % 1922, 0,2 % 1932, 0 % 1942, um danach in die Höhe zu schnellen mit 9,8 % im Jahr 1952 und 12 % 1962.

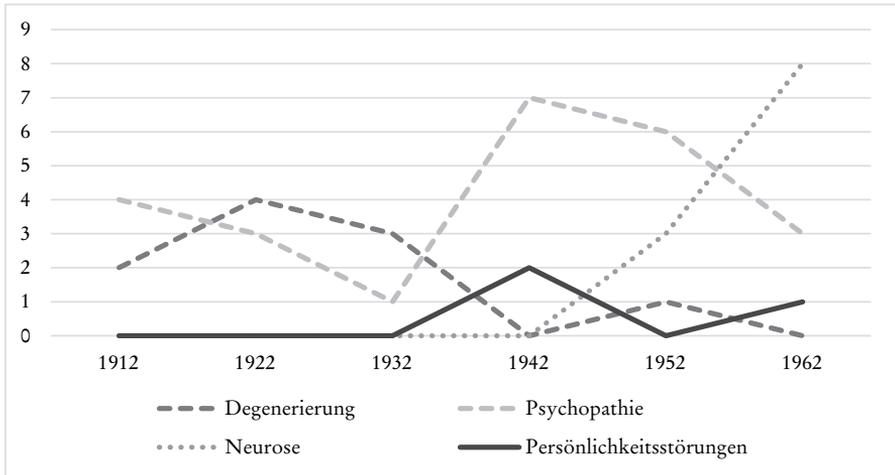


Abbildung 8: Diagnosekategorien nach Untergruppen: Degeneration, Psychopathie, Neurose und Persönlichkeitsstörungen; Psychiatrische Universitätsklinik Straßburg 1912–1962; Quelle: Aufnahmeregister 1912–1962, HPAS.

Zur Vollständigkeit soll hier noch die Entwicklung der weiteren Diagnosekategorien in einer Übersicht kurz vorgestellt werden. Die Diagnosen der Gruppen „Degeneration“³⁵ und „Psychopathie“³⁶, die sich in den ersten beiden Jahrzehnten noch finden, kamen in den 1930er beziehungsweise 1960er Jahren zunehmend außer Gebrauch. An ihre Stelle trat in den 1940er Jahren der Befund einer „Psychopathischen Persönlichkeit/Personnalitéé“.³⁷ Als diagnostische Handlungskate-

³⁵ „Degeneration/dégénéré“ taucht als Diagnose 1912 bei 4,3 % der diagnostizierten Männer auf, 1922 bei 4,1 %, 1932 bei 3,3 %, um danach fast vollständig aus dem Diagnosespektrum zu verschwinden mit 0 % im Jahr 1942, 0,4 % im Jahr 1952 und erneut 0 % im Jahr 1962. Eine ähnliche Tendenz zeichnet sich für die Frauen ab mit 0,4 % im Jahr 1912, 3,1 % im Jahr 1922, noch 2 % im Jahr 1932, um danach nicht mehr festgestellt zu werden (eine Ausnahme bildet das Jahr 1952 mit 0,7 %).

³⁶ „Psychopathie“ erscheint bei 5,9 % der deklarativen Diagnosen im Jahr 1912, verringert sich dann zunächst auf 4,6 % 1922, 0,7 % 1932, um wieder auf 5 % im Jahr 1942 und 4,5 % 1952 anzusteigen und schließlich 1962 auf 2,8 % abzusinken. Für Frauen zeigt die Entwicklung der Psychopathiediagnose 1912 eine Frequenz von 1,4 %, 1922 1,2 %, 1932 0,6 %, 1942 dann allerdings 9,4 %, 1952 8,7 % und 1962 3,6 %.

³⁷ Diese Diagnose umschreibt die Konstitution und fehlt während der ersten drei untersuchten Dekaden völlig, dann taucht sie 1942 bei 1,4 % der Männer auf, 1952 gibt es diese Diagnose wieder nicht, 1962 erscheint sie bei 1,7 % der Aufnahmen. Die Diagnosen für stationär behandelte Frauen zeigen eine damit übereinstimmende Entwicklung mit 12,7 % im Jahr 1942, 0 % im Jahr 1952 und schließlich 0,8 % im Jahr 1962.

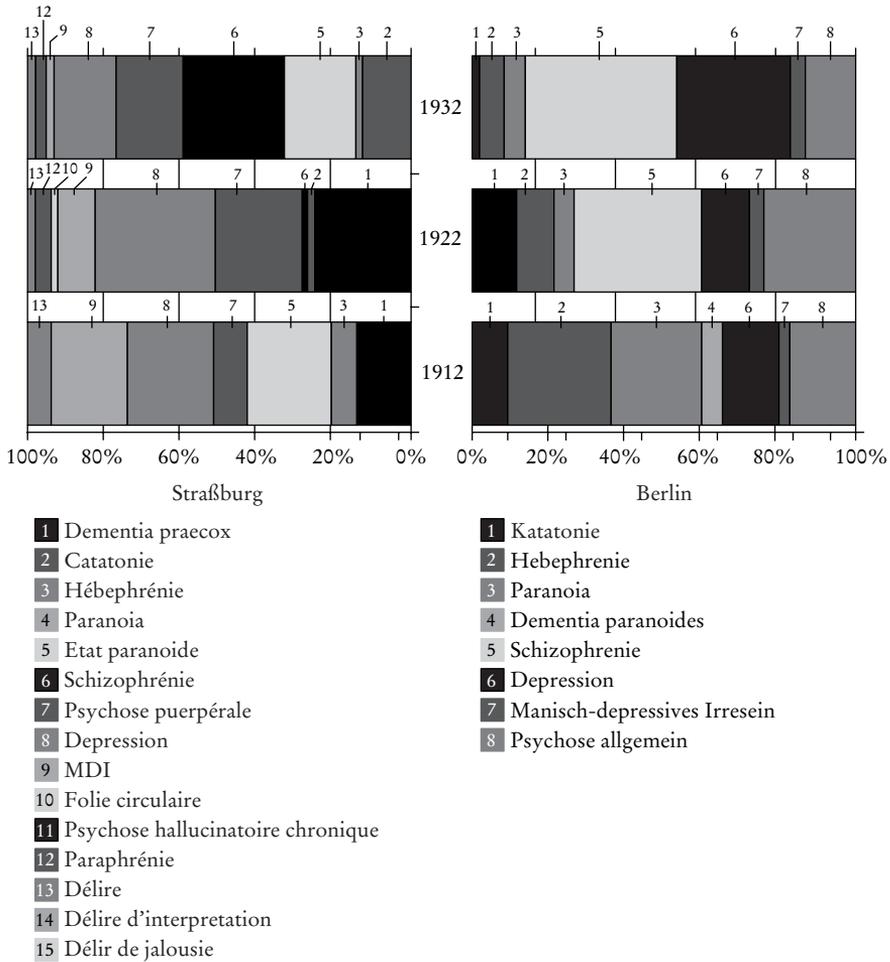


Abbildung 9: Diagnosekategorien nach Untergruppen; Vergleich der Psychiatrischen Universitätsklinik Straßburg mit der Charité Berlin, 1912–1932; Quelle: Aufnahmeregister 1912–1932, HPAS bzw. Diagnosebücher 1912–1932, HPAC.

gorie tauchte in der Stichprobe von 1952 erstmals die Diagnose „Neurose“ auf, deren Anteil im folgenden Stichjahr 1962 erheblich anstieg.³⁸

³⁸ In den die Männer betreffenden Büchern ist „Neurose“ als Diagnose bis 1942 fast unauffindbar (nur eine Diagnose 1932), um dann ab 1952 bedeutend anzusteigen – von 2,9 % im Jahr 1952 auf 9,2 % 1962. Dieselbe Entwicklung trifft für behandelte Frauen zu: Die Diagnose ist inexistent bis 1922, beläuft sich auf nur 0,2 % 1932 und 1942, dann erscheint sie 1952 mit 2,5 % und betrifft 1962 7,3 % der Kranken.

Betrachtet man die diagnostischen Spektren als Generator für weitergehende Fragen, dann ist in Bezug auf die besondere geopolitische Geschichte der elsässischen Universität zunächst festzustellen, dass sich die politischen Brüche – entgegen der häufig zu lesenden Annahme – nicht in den aus Patientenakten generierten Beobachtungen widerspiegeln. Für viele diagnostische Kategorien sind keine klaren Brüche zu verzeichnen, die den politischen Umwälzungen zugeordnet werden können. Im Überblick fallen hingegen der Austausch der diagnostischen Kategorien „Dementia praecox“ und „Schizophrenie“ im Zeitraum 1922 bis 1932, das Erscheinen und stete Ansteigen der „Neurose“ als klinische Entität nach dem Zweiten Weltkrieg, das Verschwinden der Diagnose „Degeneration“ sowie das Auftauchen des Begriffs „Persönlichkeitsstörung“ während des Zweiten Weltkriegs auf. Die Aufschlüsselung der großen Diagnosekategorie „Psychosen“ zeigt, dass „Paranoia“, „Hebephrenie“ und „Katatonie“ in Straßburg weniger verwendet wurden als in Berlin, während die Diagnose „Dementia praecox“ weiterhin Anwendung fand. Dies soll im Folgenden noch eingehender untersucht werden.

Zur Einführung der Diagnose „Schizophrenie“ in Straßburg: Beispiel einer Kontextualisierung der Diagnoseerhebungen

Fast ein Fünftel der im Jahre 1922 in der Psychiatrischen Universitätsklinik in Straßburg behandelten „funktionellen Psychosen“ wurde von den dort praktizierenden Ärzten mit der Diagnose „Dementia praecox“ belegt. Dieses Krankheitsbild geht auf den deutschen Psychiater Emil Kraepelin zurück. Ende der 1890er Jahre war dieser für eine Reihe von Geistesstörungen zu der Schlussfolgerung gelangt, dass eine Geisteskrankheit mit dem frühzeitigen Abbau intellektueller Fähigkeiten – in Analogie mit der unheilbaren Demenz – einherging. Diese Vorstellung wurde durch das französische Degenerationskonzept weiter gefestigt, sodass man mit einer Dementia praecox einen offenbar unaufhaltsamen intellektuellen und kognitiven Zerfallsprozess verband. Zentral für das damalige Verständnis war die schlechte Prognose zu Heilungschancen bei diesem Krankheitsbild.³⁹

Die nosologische Einheit der Dementia praecox wurde in dem hier untersuchten Diagnosespektrum in den 1920er Jahren fest an der Straßburger Klinik etabliert. Knapp 8 % der 1912 aufgenommenen Kranken – und zehn Jahre später fast ein Fünftel – erhielt diese Diagnose. Angesichts der institutionellen Geschichte der Straßburger Klinik, die 1912 fest im Verbund deutscher Universitäten und medizinischer Anstalten verankert war und deren Leiter aus den Reihen deutscher Psychiater rekrutiert wurden, ist die Verbreitung des von Kraepelin eingeführten

³⁹ Brigitta Bernet: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900. Zürich 2013, S. 19f.; Roelcke: Entwicklung (wie Anm. 29); Eric J. Engstrom: Die Ökonomie klinischer Inskription. Zu diagnostischen und nosologischen Schreibpraktiken in der Psychiatrie. In: Cornelius Borck/ Armin Schäfer (Hg.): Psychographien. Berlin/Zürich 2005, S. 219–240.

Krankheitsbildes prinzipiell nicht verwunderlich und ein Indiz für die breite Akzeptanz der Kraepelin'schen Schule, zu der offenbar auch Carl Fürstner zu zählen ist.⁴⁰ Daran änderte auch die teilweise scharfe Kritik nichts, mit der der zwischen 1891 und 1902 in Straßburg tätige Psychiater Alfred Hoche (1865–1943) die neue Krankheitsentität infrage stellte.⁴¹ Bemerkenswert ist die Tatsache, dass diese Diagnose nach dem Ersten Weltkrieg und der Übernahme der Klinik durch die reetablierte französische Universität weiterhin und sogar in zunehmendem Maße verwendet wurde. Aus den untersuchten Aufnahme registern von 1922 geht eindeutig hervor, dass weder die in Frankreich entstandenen Krankheitsdiagnosen der „Degeneration“ oder der „Psychopathie“ wesentlich anstiegen, noch das 1908 von Eugen Bleuler vorgestellte Konzept der „Schizophrenie“ zu dieser Zeit Eingang in die Straßburger Klinik fand. Politische und institutionelle Brüche zogen keine schlagartige oder umgehende Veränderung der psychiatrischen Praxis nach sich.

Eine detailliertere Untersuchung der französischen Universitätsneugründung⁴² liefert in diesem Zusammenhang weitere Hinweise. Der mit der Besetzung der medizinischen Lehrstühle und Universitätskliniken beauftragte Georges Weiss (1859–1931), der aus dem Elsass stammend im Jahr 1919 als Professor für Medizinische Physik an die Pariser medizinische Fakultät berufen worden war, hatte bei der Repatriierung der Straßburger Universität neben dem wissenschaftlichen Ruf auch auf die landsmannschaftliche Herkunft geachtet. So förderte er nach Möglichkeit elsässische Kandidaten aus der früheren deutschen Fakultät. Im Falle der Psychiatrie führte dies im Jahr 1919 zur Berufung von Charles Pfersdorff, der 1875 im Elsass unter deutscher Herrschaft geboren worden war. Pfersdorff hatte an der Kaiser-Wilhelms-Universität Medizin studiert und war seit 1913 Titularprofessor und zweiter Assistent des Lehrstuhlinhabers und Klinikleiters, zunächst unter Carl Fürstner, dann unter Robert Wollenberg gewesen. Während seiner Ausbildung hatte Pfersdorff sowohl für sechs Monate bei Krafft-Ebing in Wien hospitiert als auch ein Jahr in Heidelberg als Assistent von Kraepelin verbracht. Pfersdorff selbst betrachtete sich als Kraepelin-Schüler. Er hatte noch einen längeren Aufenthalt in der Tübinger Klinik bei Robert Gaupp (1870–1953), ebenfalls ein ehemaliger Assistent Kraepelins, absolviert, wo er vor allem zur Frage der „Dementia praecox“ gearbeitet hatte. Hierzu veröffentlichte er allein zwischen 1904 und 1912 acht Aufsätze.⁴³ Vor diesem Hintergrund ist die nahtlose Fortsetzung einer „deutschen Psychiatrie“ in Bezug auf die „Dementia praecox“ verständlich. Das Kraepelin'sche Konzept stellte weiterhin den interpretativen Rahmen für alle funktionellen Psychosen, die in der Klinik behandelt wurden.

⁴⁰ Bernet: Schizophrenie (wie Anm. 39), S. 19f.; Roelcke: Entwicklung (wie Anm. 29).

⁴¹ Jean-Claude Grulier: *Petite histoire de la psychiatrie allemande*. Paris 2006, S. 101.

⁴² Elisabeth Crawford u. a. (Hg.): *Sciences et Cultures nationales. Les trois universités de Strasbourg, 1872–1945*. Straßburg 2005; vgl. bes.: Françoise Olivier-Utard: *L'Université de Strasbourg: un double défi*. In: ebd., S. 137–176.

⁴³ Christian Lafargue: *Le Professeur Charles Pfersdorff 1875–1956. Le personnage, le psychiatre*. Diss. med. Straßburg 1989.

Die erarbeitete Übersicht über die Diagnosen (Abb. 9) zeigt für die folgende Dekade allerdings wesentliche Veränderungen, bis die „Dementia praecox“ in den folgenden Jahrzehnten vollständig aus dem diagnostischen Repertoire verschwand. Da kaum davon auszugehen ist, dass sich die Beschwerden und Leiden der Kranken während dieses Zeitraumes so radikal veränderten, auch wenn Umgestaltungen des Krankseins durchaus realistisch sind, stellt sich die Frage, wie die Straßburger Psychiater im Jahr 1932 jene Beschwerden und Leiden beschrieben, identifizierten und verstanden, die bislang unter der Diagnose „Dementia praecox“ verhandelt wurden. Die quantitative Zusammenstellung der Diagnosen für dieses Jahr zeigt, dass zeitgleich mit dem Verschwinden der „Dementia praecox“ ein neues Krankheitsbild an Bedeutung gewann: die „Schizophrenie“. Waren es im Jahre 1922 weniger als ein Prozent der Diagnosen, so zeigt die Gegenüberstellung der beiden Krankheitsbilder für die Stichproben von 1922 und 1932 einen Austausch der „Dementia praecox“ durch die Diagnose der „Schizophrenie“.

Tabelle 1: Diagnosekategorien nach Untergruppen: Dementia praecox und Schizophrenie; Psychiatrische Universitätsklinik Straßburg 1912–1962; Quelle: Aufnahmeregister 1912–1962, HPAS.

Diagnose in Prozent/Jahr	1912	1922	1932	1942	1952	1962
Dementia praecox	9,3	15	0,1	0	0	0
Schizophrenie	0	1	18,1	8,1	6,1	6,8

Dementia praecox und Schizophrenie in den Straßburger Krankenakten

Die hier verwendete Methodik erlaubt es, dieser Beobachtung nun in einer qualitativen Untersuchung der einzelnen Krankenakten weiter nachzugehen. Da die Diagnoseeinträge für die quantitative Analyse wortwörtlich erhoben und erst in einem zweiten Schritt codiert wurden, ist es möglich, über die ursprünglichen Diagnosen auf einzelne Krankenakten zurückzugreifen. Mit einem solchen kasuistischen Zugriff lässt sich besser verstehen, welche klinischen Erfahrungen in die Diagnosen eingegangen sind. Damit lässt sich auch verfolgen, welche Elemente bei dem beschriebenen Austausch der diagnostischen Kategorie gleich geblieben sind und welche Unterschiede sich erkennen lassen. Anders gesagt: Fallgeschichten und -beschreibungen geben Aufschluss über die Grundlagen der psychiatrischen Nosologie der Dementia praecox und der Schizophrenie. Dabei lässt sich auch feststellen, ob dieser Austausch lediglich aus einer sprachlichen Neufassung im Sinne eines „Labeling“ besteht oder ob mit der neuen Diagnose auch neue Grenzziehungen vorgenommen wurden und damit ein neues Verständnis der entsprechenden Krankheitszustände gelegt wurde.

Welche Krankheitsbilder entsprachen den Diagnosen? Welche klinische Bedeutung hatte in Straßburg das von Emil Kraepelin 1899 in der sechsten Ausgabe

seines Lehrbuchs der Psychiatrie⁴⁴ beschriebene nosologische Konzept der Dementia praecox? Und welche Charakteristika entsprachen für die Straßburger Psychiater der Gruppe der Schizophrenien, die 1911 von Eugen Bleuler in seinem Beitrag „Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien“ vorgestellt wurde?⁴⁵ Um diesen Fragen nachzugehen, werden nun einzelne Krankengeschichten genauer analysiert.

Zunächst soll hier diachron die praktische Anwendung der Diagnosen „Dementia praecox“ und „Schizophrenie“ weiter verfolgt werden. Hierzu werden Krankenakten von Patienten und Patientinnen herangezogen, die Anfang der 1920er Jahre mit der Diagnose „Dementia praecox“ behandelt wurden und bei einer späteren Aufnahme die Diagnose einer „Schizophrenie“ erhielten.

Frau M., geboren am 4. Dezember 1895, wurde im Jahr 1921 zum ersten Mal in die Psychiatrische Universitätsklinik mit der Ausgangsdiagnose „Dementia praecox“ eingewiesen. Am 7. Juli 1934 wurde die Patientin erneut in die Klinik aufgenommen, wurde nun aber unter der Diagnose „Schizophrenie“ behandelt.⁴⁶ Frau S., 1893 geboren, erhielt bei ihrem ersten Klinikaufenthalt im Jahr 1925 die Abgangsdiaagnose „Dementia paranoides“, die zu einer Untergruppe der „Dementia praecox“ gehört. 1928 wurde die Patientin erneut in der Klinik behandelt. In einem von Pfersdorff verfassten Gutachten für die Krankenkasse Elsass-Lothringen wurde die Kranke nun als „schizophren“ diagnostiziert.⁴⁷ Auch im Fall von Herrn F., der am 26. Mai 1896 geboren wurde, kam es zur Umschreibung der Diagnose. Bei seiner ersten Aufnahme erhielt der Patient laut Aktendeckel die Diagnose „Dementia praecox“. Nach seiner Überstellung an das *Asile départemental* in Stephansfeld kehrte der Patient jeweils 1928 und 1932 im Rahmen eines Gutachtens für das Landesgericht in Bezug auf seine Kriegsschädigung/Invalidenpension zurück an die Straßburger Klinik. Lautete das Gutachten von 1928 noch „J. F. leidet an einer Dementia praecox, Schizophrenie“, hieß es im Jahr 1932 lapidar „J. F. leidet an einer Schizophrenie“. An dieser Akte ist die schrittweise Übersetzung der „Dementia praecox“ hin zur „Schizophrenie“ besonders deutlich zu verfolgen.⁴⁸ Die Krankenakten enthalten aber auch gegenläufige Beschreibungen, die die Komplexität des Umbruchs unterstreichen. So wurde zum Beispiel Herr H. im Laufe seiner mehrfachen Behandlungen im Jahr 1918 zunächst mit der Diagnose „Dementia praecox“ belegt, die auch 1922 und 1929 weiterhin in seiner Krankenakte auftauchte. In einer brieflichen Mitteilung aus dem Jahr 1929 teilte Pfersdorff dem Präsidenten des *Comité départemental des mutilés et réformés* jedoch mit, dass Herr H. an einer Schizophrenie leide.⁴⁹ Ähnlich urteilte Pfersdorff im Falle von Herrn M., der 1919 zunächst mit der Diagnose „Dementia praecox“ aufgenommen worden war. Nach zwei weiteren Klinikaufenthalten im

⁴⁴ Emil Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig 61899.

⁴⁵ Eugen Bleuler: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Leipzig 1911.

⁴⁶ Dossier de malade, année de classement 1931, lettre M., HPAS.

⁴⁷ Dossier de malade, année de classement 1929, lettre S., HPAS.

⁴⁸ Dossier de malade, année de classement 1932, lettre F., HPAS.

⁴⁹ Dossier de malade, année de classement 1929, lettre H., HPAS.

Jahr 1928 kam Pfersdorff zu dem Schluss, dass „Herr M. [...] geisteskrank [sei] und an einer Schizophrenie“ leide.⁵⁰ Diese Beispiele veranschaulichen, wie es zwischen 1922 und 1932 zu einem fast synonymen Gebrauch der beiden Diagnosen kam, bis schließlich die neue Diagnose die alte ersetzte. Dabei wurden die Anfang der 1920er Jahre als an „Dementia praecox“ leidenden Patienten einige Jahre später als an „Schizophrenie“ erkrankt bezeichnet; das eine Krankheitsbild wurde in das andere übersetzt. Grundsätzlich wäre hier zu fragen, ob die wörtliche Übersetzung Veränderungen in der psychiatrischen Praxis und Behandlung mit sich brachte. Diese weitergehende Frage muss jedoch späteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

In einem zweiten Schritt sollen hier zwei synchrone Krankengeschichten aus dem Jahr 1929 dargestellt werden. Es handelt sich dabei um die Krankengeschichten zweier Frauen, die 1929 zum ersten und einzigen Mal in die Psychiatrische Universitätsklinik eingewiesen wurden. Eine der beiden hatte die Diagnose „Dementia praecox“ erhalten, die andere wurde als „schizophren“ diagnostiziert.

Lina B. wurde am 30. August 1929 im Alter von 19 Jahren aufgenommen. Ihre Schwester berichtet, Frau B. habe seit einigen Tagen akustische Halluzinationen und „immer Angst vor allem“. Seitdem sei sie sehr langsam und aufgeregt. Vier Jahre vor der Aufnahme habe sie eine konvulsive Krise mit Zungenbiss erlitten. Der Vater sei bis zu seinem Selbstmord Alkoholiker gewesen, während die Mutter bislang keine wesentlichen gesundheitlichen Störungen gezeigt habe. Die klinische Untersuchung ergab akustische Halluzinationen. Männliche und weibliche Stimmen ihr feindlich gesonnener Unbekannter stellten Frau B. Fragen oder erteilten Befehle. Von jeher schüchtern, litt Frau B. unter nächtlichen Angstzuständen. Um den Mund waren Zuckungen zu beobachten. Die Patientin hatte keine zeitlichen oder räumlichen Orientierungsschwierigkeiten. Von vier Fragen zur Erhebung der Allgemeinkenntnisse und des Gedächtnisses der Patientin⁵¹ konnte Frau B. eine nicht richtig beantworten. Rechnen fiel ihr schwer, zwei von drei Aufgaben waren falsch gelöst. Auch mit dem Buchstabieren hatte die Patientin Schwierigkeiten. Ihr unterliefen beim Schreiben zahlreiche Fehler. Ein Datum konnte sie nicht aufschreiben. Die neurologische Untersuchung ergab normale Pupillenreflexe sowie negative Babinski-Zeichen und Romberg-Reflexe.⁵² Die Aufnahmeuntersuchung der Patientin endete mit der Assoziations-Untersuchung nach Jung-Ricklin. Am 12. September 1929 klagte die Patientin über Aufregung und Zittern im Gesicht und an den Gliedmaßen. Im Laufe ihres Aufenthalts erhielt die Patientin die Diagnose „Dementia praecox“. Am 21. September

⁵⁰ Dossier de malade, année de classement 1928, lettre M., HPAS.

⁵¹ Die gestellten Fragen betrafen: Datum des letzten Kriegs, Anzahl der Wochen pro Jahr, Anzahl der Tage pro Jahr, Weihnachtsdatum.

⁵² Das Babinski-Zeichen und der Romberg-Reflex gehören zur neurologischen Patientenuntersuchung. Als Merkmale organischer Störungen verweist das Babinski-Zeichen auf eine Schädigung der Pyramidenbahn, mit der Prüfung des Romberg-Reflex werden Störungen des Gleichgewichtssinnes untersucht, die mit der Tiefensensibilität und zerebellaren, spinalen oder vestibulären Funktionen verbunden sind.

1929 verließ Frau B. die Klinik gegen medizinischen Rat in Begleitung ihres Bruders.⁵³

Die zweite Krankengeschichte betrifft Rosalie B., die am 24. September 1929 im Alter von 18 Jahren in die Klinik eingewiesen wurde. Das Aufnahmegespräch fand in der Poliklinik statt. Als Ergebnis wurde festgehalten: Die Patientin sei in der Schule zurückgeblieben und seit einem Jahr psychotisch. Sie schwanke zwischen Aufregungszuständen und Stupor, sei inaktiv und indifferent. Ganz besonders rege sie sich während der Zeit ihrer Monatsblutungen auf. Frau B. sei arbeitsunfähig, schlafwandle nachts und könne dabei manchmal aggressiv werden. Im Gegensatz zu früher breche sie unvermittelt laut in Lachen aus, halte Monologe und spreche maniert mit häufiger Wiederholung derselben Worte. Der untersuchende Psychiater fand keine akustischen oder verbalen Halluzinationen, beschrieb aber ein sehr maniertes Verhalten beim Händeschütteln. Räumliche und zeitliche Orientierung waren ebenso unauffällig wie die explorativen Intelligenztests. Hingegen imponierten die gestörten Affekte der Patientin, die der Arzt als allgemeine Indifferenz beschrieb. Am 10. Dezember 1929 vermerkte der behandelnde Arzt erneut „Indifferenz, Manierismus und Angstzustand“, woraufhin die Patientin die Diagnose „Schizophrenie“ erhielt und an das *Asile départemental* in Stephansfeld überwiesen wurde.⁵⁴

Die beiden hier wiedergegebenen exemplarischen Krankheitsbeschreibungen weisen wesentliche Gemeinsamkeiten auf: Angstzustände, Abbau intellektueller Fähigkeiten sowie Affektschwankungen. Sie unterscheiden sich hingegen in Bezug auf Halluzinationen. Obwohl die Lehrbücher gerade „Stimmen hören“ zu den charakteristischen Symptomen einer Schizophreniediagnose zählten, findet sich dieses Symptom in unserem Fall nicht, wohl aber im Fall der *Dementia praecox*. Entscheidend dürften jedoch die stärkere kognitive Beeinträchtigung im Fall der *Dementia praecox* einerseits und die offensichtliche Affektstörung im Fall der Schizophreniediagnose gewesen sein. Besonders fällt jedoch der semantische Stil der beiden Krankenbeobachtungen auf. Die Fallgeschichte der als schizophren diagnostizierten Rosalie B. basiert auf einer semantisch wesentlich genaueren Sprache und operiert mit einer spezifischeren Semiologie. Dies ist insbesondere bei der Beschreibung des manierten Verhaltens der Patientin zu beobachten und auch in der präziseren Auswertung der Redewendungen der Patientin, die oft wörtlich vermerkt wurden. Für die Diagnose „*Dementia praecox*“ waren vor allem die kognitiven und Assoziationstests von entscheidenderer Bedeutung. Was diese beiden Krankenakten, die aus derselben Abteilung der Klinik und aus dem gleichen Jahr (1929) stammen, allerdings klar werden lassen, ist, dass zwei Patientinnen mit vergleichbarem persönlichen und sozialen Hintergrund (Alter, Geschlecht etc.) während jener Jahre der Straßburger Umbruchsdekade sowohl die Diagnose einer *Dementia praecox* als auch die einer Schizophrenie erhalten konnten. Die neue Diagnose wurde langsam eingeführt, wobei die Schizophrenie aufgrund der ihr hier

⁵³ Dossier de malade, année de classement 1929, lettre B., HPAS.

⁵⁴ Ebd.

zugeschriebenen Psychopathologie einerseits differentialdiagnostisch von den Krankheitsbildern der Depression, manischen Depression, Hysterie und Psycho-pathie, der Alkoholhalluzinose, Paranoia und Imbezilität abgegrenzt,⁵⁵ andererseits von der *Dementia praecox* unterschieden werden musste, sodass hier nicht von einer einfachen Übersetzung der einen in die andere Diagnose gesprochen werden kann. Vielmehr wurde mit der Schizophrenie ein anderes, neues Krankheitsbild neben der *Dementia praecox* eingeführt. Der in Tabelle 1 erhobene Befund, nach dem zahlenmäßig die eine Diagnose in die andere übersetzt wurde, ist zwar generell valide, er muss aber – wie die oben stehenden Fallbeispiele zeigen – nuanciert werden. Die klinische Praxis war komplexer als eine einfache Übersetzung.

Der Umbruch der psychiatrischen Praxis in Straßburg fand auch wissenschaftlichen Niederschlag. Die theoretische Herausarbeitung des Schizophreniekonzepts,⁵⁶ lässt sich anhand der Dissertationen aus der Straßburger Universitätsklinik verfolgen, die ihre theoretischen Abhandlungen häufig mit konkreten Fallbeispielen untermauerten. Insgesamt wurden im Zeitraum von 1922 bis 1932 acht Dissertationen zu dem Thema Schizophrenie erarbeitet und vor der Fakultät verteidigt. Zwei davon sollen trotz des begrenzten Rahmens dieses Beitrages herausgegriffen werden: erstens die 1924 verfasste Dissertation über „*Stéréotypies et symbolisme des schizophréniques*“ von Jean Munch,⁵⁷ zweitens die 1927 erschienene Dissertationsschrift „*Premiers accès de la schizophrénie se manifestant uniquement par des symptômes „maniaques dépressifs*“ von René Allimant.⁵⁸ Beide Arbeiten wurden von Charles Pfersdorff betreut. Verfolgt man in Munchs Dissertation die retrospektive Aufarbeitung der fünf Fallgeschichten, auf die der Autor seine Ausführungen zur Stereotypie und zum Symbolismus bei der Schizophrenie begründet, so ist das Ergebnis bemerkenswert. Denn keiner der fünf Patienten wurde den Krankenakten und Diagnosebüchern zufolge während der von Munch beschriebenen Behandlung unter der Diagnose „Schizophrenie“ verzeichnet. Zwei der Patienten waren laut Krankenakten an einer *Dementia praecox* erkrankt, die Erkrankung der anderen drei Patienten war als Katatonie diagnostiziert worden. Erst im Rahmen der Dissertation wurden diese Krankheitsbeschreibungen retrospektiv uminterpretiert und nun anhand ihrer „typischen Merkmale“ als Schizophrenie gedeutet und bezeichnet.

Auch die zweite Doktorarbeit von René Allimant basiert auf fünf Fallgeschichten, die der Autor als eindeutige Schizophrenie verhandelt. Geht man jedoch den Krankenakten nach, so lässt sich auch hier eine retrospektive Umdeutung der klinischen Befunde beobachten. Zwei Patienten waren mit der Diagnose einer *Dementia praecox* aufgenommen, zwei weitere wegen Katatonie behandelt worden und der fünfte Patient litt der Krankenakte zufolge an einer manisch-depressiven

⁵⁵ Hierzu für die Charité in Berlin: Friedland/Herrn: Einführung (wie Anm. 7), S. 223.

⁵⁶ Siehe hierzu auch die Verwendung von Krankenakten für klinische Demonstrationen an der Charité: ebd., S. 219–222.

⁵⁷ Jean Munch: *Stéréotypies et symbolisme des schizophréniques*. Diss. med. Straßburg 1924.

⁵⁸ René Allimant: *Premiers accès de la schizophrénie se manifestant uniquement par des symptômes „maniaques dépressifs*“. Diss. med. Straßburg 1927.

Psychose. In der klinischen Praxis, aber auch in der klinischen Forschung wurden die in den Patientenakten dokumentierten Krankengeschichten um- bzw. neu interpretiert und in einen neuen Forschungskontext *übersetzt*. Die Dissertationen lassen die Relativität solcher diagnostischen Kategorien deutlich werden: Die Hälfte der Fälle in den beiden hier untersuchten Dissertationen wurde den ursprünglichen Krankenakten zufolge nicht der *Dementia praecox*, sondern differenteren, wenn auch ähnlichen Krankheitsbildern zugeordnet – wie in unserem Beispiel der Katatonie und der manischen Depression. In Straßburg erfuhr *Dementia praecox* im Rahmen der theoretischen Ausarbeitung des Schizophreniekonzeptes somit eine wesentliche Umarbeitung und Erweiterung. Die Grenzen zu anderen Krankheitsbildern und Differentialdiagnosen wurden neu verfasst und praktisch anders interpretiert.

Der hier als Übersetzung beschriebene Prozess muss in Anbetracht der komplementären qualitativen Analyse somit als komplexes Geschehen betrachtet werden. *Dementia praecox* und Schizophrenie konnten gleichzeitig und nebeneinander als getrennte Einheiten bestehen. Auf lange Sicht aber wurde die Diagnose „*Dementia praecox*“ in „Schizophrenie“ umgeschrieben oder übersetzt. Eine solche Übersetzung darf nicht, wie die obige Untersuchung von Dissertationsschriften zeigt, als wörtliche Übersetzung missverstanden werden. Vielmehr sollte sie als retrospektive Einschreibung begriffen werden, bei der zugleich eine neue Grenzziehung vorgenommen wurde.⁵⁹ Die Etablierung der neuen diagnostischen Kategorie stellte sich nicht als bloße Einführung oder Übernahme des in Zürich entwickelten Krankheitskonzeptes von Eugen Bleuler dar, sondern vollzog sich in einem komplexen Prozess der wechselseitigen Anpassung und Umgestaltung der neuen Begrifflichkeit.

Erste Schritte zur Geschichte der Aneignung des Schizophreniekonzeptes nach 1920 im deutsch-französischen Vergleich

Brigitta Bernet hat unlängst darauf verwiesen, dass „zu Unrecht die Entstehungsgeschichte der Schizophrenie [...] als Erfolgsgeschichte erzählt“ werde, womit man „suggeriert, dass das Krankheitskonzept generell ‚rasch‘ und ‚euphorisch‘ aufgenommen“ worden sei. Bernet schließt ihre Abhandlung mit der Feststellung, dass das Ende ihrer Züricher Geschichte um 1920 „den Auftakt für die Geschichte der wechsellvollen Implementationen und Aneignungen bilden [könnte], die das Schizophreniekonzept seither in ganz unterschiedlichen Kontexten erfahren“ habe.⁶⁰ Zu Recht weist die Autorin darauf hin, dass Bleulers Konzept in der europäischen *scientific community* bis in die 1920er Jahre wenig praktische Resonanz fand. Die Untersuchung der Straßburger Psychiatrischen Universitätsklinik bestätigt diese These. Es soll daher abschließend versucht werden, zumindest an-

⁵⁹ Friedland/Herrn: Einführung (wie Anm. 7), S. 231 f.

⁶⁰ Bernet: Schizophrenie (wie Anm. 39).

satzweise den im wahrsten Sinne des Wortes „Grenzfall“ Straßburg in den nationalen deutschen beziehungsweise französischen Kontexten zu verorten.

In Bezug auf Deutschland lohnt es sich, einen vergleichenden Blick auf die Situation an der Berliner Charité zu werfen. Einerseits waren die historischen Verbindungen zwischen Straßburg und Berlin zahlreich. Straßburg gehörte am Anfang des 20. Jahrhunderts zu den großen Forschungsuniversitäten Deutschlands. Die „Reichsuniversität“ zeichnete sich durch die frühe Einführung eines Lehrstuhls und die Einrichtung einer psychiatrischen Universitätsklinik aus. Außerdem gab es direkte Beziehungen nach Berlin, beispielsweise durch die Berufung des Straßburger Lehrstuhlinhabers Friedrich Jolly nach Berlin. Andererseits stellen die Forschungen der Berliner Arbeitsgruppe⁶¹ ein Datenmaterial zu Verfügung, das einen direkten Vergleich mit den für Straßburg durchgeführten Analysen von Patientenakten erlaubt und insbesondere einen Aufschluss für die Diagnosen- gruppen *Dementia praecox* und Schizophrenie bietet.

Vergleicht man die Diagnosenspektren in Berlin und Straßburg zwischen 1912 und 1932, so zeigt sich, wie bereits andernorts beschrieben,⁶² dass die Berliner Psychiater – im Gegensatz zu ihren Straßburger Kollegen – kaum und nach der Veröffentlichung von Bleulers Schriften fast überhaupt nicht mehr auf die Diagnose der *Dementia praecox* rekurrierten.⁶³ Ein Blick auf die Untergruppen der Psychosen⁶⁴ zeigt dabei, dass in Berlin die Untergruppen der *Dementia praecox*, insbesondere die Hebephrenie und die Katatonie wesentlich häufiger verwendet wurden als in Straßburg.

Das Krankheitsbild Schizophrenie wurde in Berlin zwischen 1912 und 1922 etabliert. Nach den Untersuchungen von Alexander Friedland und Rainer Herrn wurde die Diagnose 1917 zum ersten Mal auf den Deckel einer Krankenakte geschrieben.⁶⁵ In dem peripheren Straßburg geschah dies erst Jahre später. Auch vollzog sich die Einführung der Diagnose selbst langsamer als in Berlin, da sich der oben beschriebene Prozess der Umschreibung bis Anfang der 1930er Jahre hinzog. Wenn man für Berlin die Untergruppen „Hebephrenie“ und „Katatonie“ mit der als *Dementia praecox* codierten Diagnosegruppe⁶⁶ vergleicht, so zeigt

⁶¹ Es handelt sich hier um die seit Jahrzehnten bestehende Arbeitsgruppe zur Psychatriegeschichte am Institut für Geschichte der Medizin der Charité, die von Volker Hess und Rainer Herrn geleitet wird und deren wissenschaftliche Mitarbeiter einschließt.

⁶² Friedland/Herrn: Einführung (wie Anm. 7).

⁶³ Die Diagnose „*Dementia praecox*“ wurde an der Charité in Berlin 1912 nur bei 4 % der aufgenommenen Patienten gestellt, 1922 und 1932 findet sich die Diagnose überhaupt nicht mehr.

⁶⁴ In Straßburg wurden folgende Untergruppen der Psychosen codiert: „*Dementia praecox*“, „Schizophrenie“, „Hebephrenie“, „Catatonie“, „Paraphrénie“, „Paranoia“, „Manisch-depressive Erkrankung“, „Psychose allgemein“, „Psychose puerpérale“, „*Délire sans précision*“, „*Délire d'interprétation*“, „*Délire de jalousie*“, „*Etat paranoïde*“ und „*Folie circulaire*“. In Berlin wurden folgende Untergruppen der Psychosen codiert: „*Dementia praecox*“, „Schizophrenie“, „Hebephrenie“, „Catatonie“, „Paranoia“, „Manisch-depressive Erkrankung“ und „Psychose allgemein“.

⁶⁵ Friedland/Herrn: Einführung (wie Anm. 7), S. 207.

⁶⁶ Kraepelin selbst fasst die von Kahlbaum beschriebene Katatonie, die Hecker'sche Hebephrenie und die *Dementia paranoides* als die drei Untergruppen seiner *Dementia praecox*-Diagnose auf.

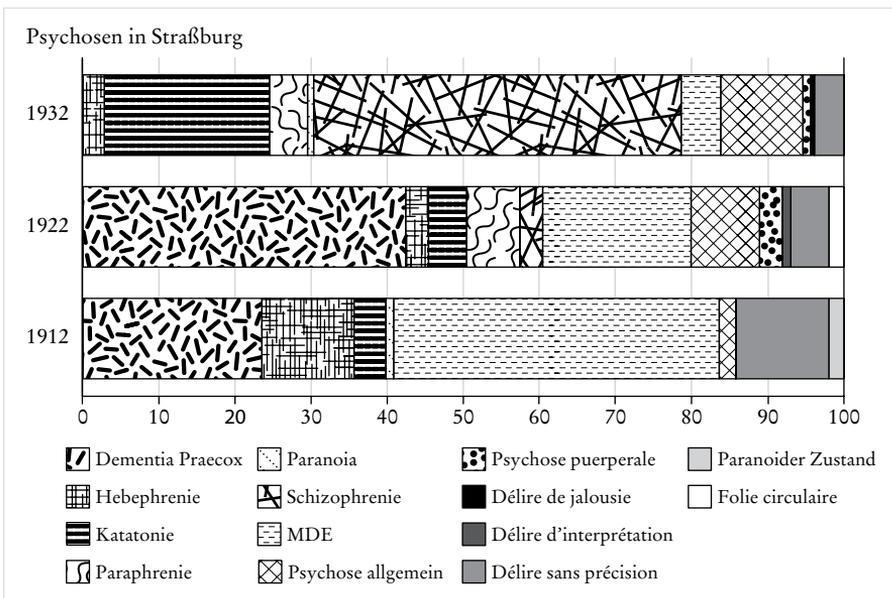
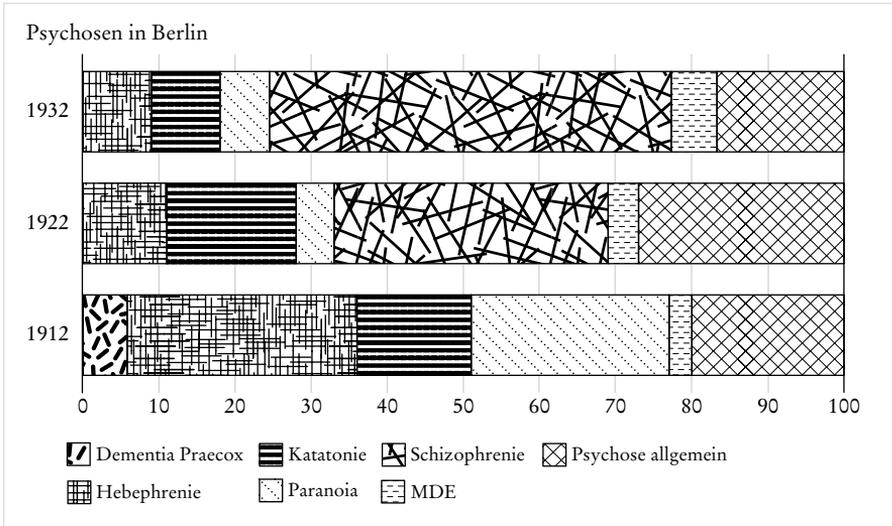


Abbildung 10: Das diagnostische Spektrum stationär in Berlin (oben) und Straßburg (unten); Diagnosekategorien nach Untergruppe „Psychosen“; Quelle: Aufnahmeregister 1912–1932, HPAS sowie Diagnosebücher 1912–1932, HPAC.

sich, dass der Umbruch von *Dementia praecox* zur Schizophrenie als klinisch verwendetes Diagnosekonzept sich in Berlin wesentlich früher, aber auch über einen längeren Zeitraum – 20 Jahre – vollzog als in Straßburg. Obwohl beide Kliniken zwischen 1871 und 1918 dem deutschen Sprach-, Kultur- und Wissenschaftsraum angehörten, griffen sie sehr unterschiedlich auf das Kraepelin'sche Konzept zurück. Während man die Straßburger Psychiater als „Kraepelinaner“ bezeichnen darf, standen in Berlin mit Theodor Ziehen (1862–1950) und seinem Nachfolger Karl Bonhoeffer (1868–1948) zwei Leiter an der Spitze der Klinik, die der Diagnose der Kraepelin'schen *Dementia praecox* eher kritisch und zurückhaltend gegenüberstanden. Ziehen brachte seine Kritik an der *Dementia praecox* bereits 1900 in einem Vortrag auf dem Internationalen Medizinischen Kongress in Paris zum Ausdruck.⁶⁷ Auch für Bonhoeffer ist die Distanz zu den Kraepelischen Thesen gut dokumentiert.⁶⁸ Von dieser Beobachtung ausgehend lässt sich fragen, welche Rolle psychiatrischen Praktiken bei der Einführung der Schizophrenie zukam – sei es um alte Wissensbestände (*Dementia praecox*) und daraus abgeleitete Diagnose- und Behandlungspraktiken aufzubrechen oder neue (Schizophrenie) zu etablieren. Anders ausgedrückt, belegt der hier vorgestellte Vergleich zwischen Straßburg und Berlin, dass in den beiden Kliniken das Konzept der Schizophrenie weder einfach als neue Krankheit „eingeführt“ wurde, noch vor Ort auf ein konzeptuelles und praktisches Vakuum stieß. Die Implementierung und Anpassung des neuen Krankheitsbegriffs baute vielmehr auf den lokalen Praktiken der Psychiatrie und Anstaltskulturen auf und wurde von ihnen maßgeblich geformt.

Für den französischen Kontext ist im Falle der Straßburger Universitätsklinik zunächst ganz allgemein festzuhalten, dass der Erste Weltkrieg trotz persönlicher Kontinuitäten einen tiefen Einschnitt bezüglich des Einflusses der deutschen Psychiatrie in Frankreich mit sich brachte. So erhielten nach 1918 die aus der Schweiz als „heritage germanique neutre et appréciable“⁶⁹ importierten Konzepte und Vorstellungen Bleulers einen Rezeptionsraum, der zu ihrer Aufnahme in Frankreich beitrug. In Paris wurde das Schizophreniekonzept von den am Sainte-Anne-Krankenhaus tätigen Psychiatern Henri Claude und Eugeniusz Minkowski, der in Zürich bei Bleuler hospitiert hatte, in den 1920er Jahren rezipiert. Die Straßburger Aneignung erfolgte zur gleichen Zeit, wenn man nur auf die theoretischen Indizien, wie zum Beispiel wissenschaftliche Veröffentlichungen, abhebt. Charles Pfersdorff widmete der Schizophrenie zwischen 1922 und 1936 zwölf Veröffentlichungen und Vorträge. Bereits am 25. Februar 1922 hielt er zu diesem Themenkomplex einen Vortrag vor der Société de Médecine de Basse-Alsace mit dem Titel „La schizophasie et la démence précoce terminale“, in dem er Bleuler zitierte. Die „Gazette médicale de Strasbourg“ berichtete hierüber, dass dem Autor zufolge

⁶⁷ Jérémie Sinzelle: Cent ans de démence précoce. Grandeur et décadence d'une maladie de la volonté. Diss. med. Straßburg 2008, S. 230.

⁶⁸ Jean-Claude Grulier: Petite histoire de la psychiatrie allemande. Paris 2006, S. 101.

⁶⁹ Sinzelle: Cent ans (wie Anm. 67), S. 230.

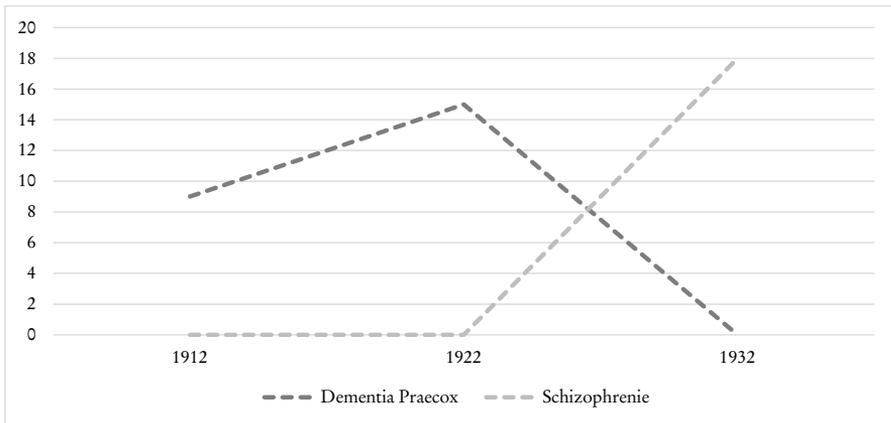
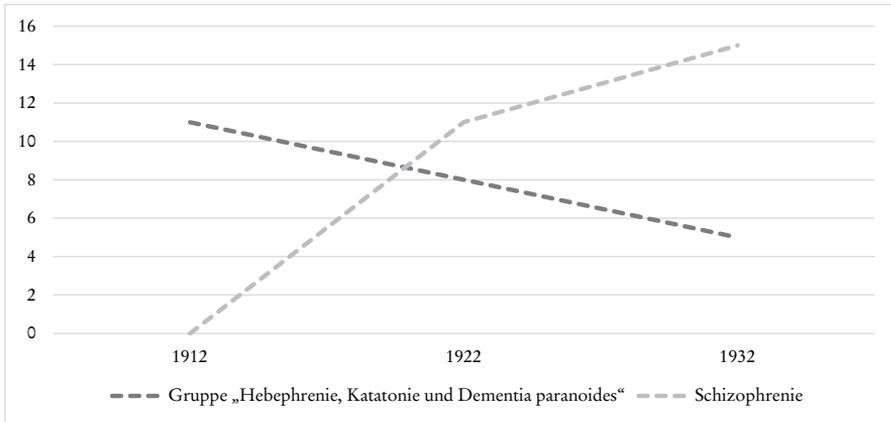


Abbildung 11: Das diagnostische Spektrum stationär in Berlin (oben) und Straßburg (unten); Diagnosekategorien nach Untergruppe Psychosen unter Einbezug der Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides für Berlin; Quelle: Aufnahmeregister 1912–1932, HPAS sowie Diagnosebücher 1912–1932, HPAC.

„die Endphase der Dementia praecox von Bleuler in Zürich unter der Bezeichnung Schizophasie begriffen wurde“.⁷⁰ In den folgenden Jahren nahm Pfersdorff regelmäßig an den Sitzungen der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie teil. Am 1. Dezember 1928, auf der 74. Versammlung der von Oscar Forel (1891–1982) geleiteten Tagung der Schweizer Gesellschaft für Psychiatrie, handelte er das Thema „La localisation de la dissociation schizophrénique“ in Anwesenheit von

⁷⁰ Charles Pfersdorff: La schizophasie et la démence précoce terminale. In: Gazette médicale de Strasbourg (1922), S. 104.

Eugeniusz Minkowski und des Ehrenmitglieds Eugen Bleuler ab.⁷¹ Im November 1932 hielt Pfersdorff vor der selben Gesellschaft einen Vortrag zur „Influence du rythme sur le langage schizophrénique“.⁷² Die diskursive und theoretische Beschäftigung mit der Schizophrenie erfolgte zeitgleich in Berlin und Paris. Das darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich – wie gezeigt – die Einführung des neuen Krankheitskonzeptes in der Praxis vielfach komplex und vielfältig gestaltete. Die Etablierung der Schizophrenie erfolgte nicht als eine einfache „Aufnahme“ oder „Einführung“, sondern führte zu lokalen „Übersetzungen, Umschreibungen und Anpassungen“.⁷³

Schluss

Die Verselbstständigung der Psychiatrie als eigenständiges Fachgebiet wird gerne mit dem Streben nach professioneller Anerkennung und der Verwissenschaftlichung dieser Disziplin gleichgesetzt. Dieser Beitrag⁷⁴ konzentriert sich jedoch auf einen anderen Aspekt: auf die praktische Verwendung von Diagnosekategorien. Diese sind anhand einer systematischen quantitativen Analyse der Diagnosebücher der Straßburger Klinik und einem darauf aufbauenden Vergleich mit der Situation an der Berliner Charité dargestellt worden. Da die Straßburger und die Berliner Universitätskliniken der Psychiatrie dem gleichem Reformprogramm entsprangen,⁷⁵ die Kliniken vom gleichen Bauherrn errichtet wurden und darüber hinaus in engem Austausch standen, bietet sich ein solcher Vergleich förmlich an. Er erlaubt, für die beobachteten Unterschiede zumindest tendenziell die jeweiligen lokalen „Rahmenbedingungen“ als Ursache festzumachen. Durch eine ergänzende qualitative Analyse lassen sich die Ergebnisse der quantitativen Erhebung besser beschreiben und vor allem inhaltlich ausfüllen. Schließlich wurde über die Diagnosekategorien „Dementia praecox“ und „Schizophrenie“ ein vergleichender Blick zwischen der Universität der Reichshauptstadt und einer peripheren „Forschungsuniversität“ gewagt. Daraus ergab sich zunächst die Erkenntnis, dass auch nach der „Rückkehr“ Elsass-Lothringens zu Frankreich – aller martialischen Nachkriegsrhetorik zum Trotz – die klinische Praxis offenbar lange durch Kontinuitäten geprägt blieb. Es zeigt sich weiterhin, dass das neue diagnostische Konzept der „Schizophrenie“ erst Ende der 1920er Jahre in die Straßburger Praxis

⁷¹ Charles Pfersdorff: La localisation de la dissociation schizophrénique. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 24 (1929), S. 169–171.

⁷² Charles Pfersdorff: Influence du rythme sur le langage schizophrénique. In: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 30 (1933), S. 333–345.

⁷³ Dazu ausführlicher Julie Clauss: Un état des lieux diagnostique comme outil de repérage et d'analyse de l'introduction de la schizophrénie à la Clinique psychiatrique des Hôpitaux de Strasbourg (1912–1962). Diss. med. Straßburg 2014.

⁷⁴ Die Autoren sind Volker Hess und Chantal Marazia für ihre Unterstützung bei der Erarbeitung des Beitrags zu großem Dank verpflichtet.

⁷⁵ Vgl. hierzu den Beitrag von Chantal Marazia und Volker Hess in diesem Band.

Eingang fand – und das in einer sehr komplexen Form. Die Aneignung des Bleuler'schen Konzepts in Straßburg stellte erstens eine „Einführung“ dar, bei der die Krankheitsbilder „Dementia praecox“ und „Schizophrenie“ gleichzeitig nebeneinander bestanden, zweitens handelte es sich um eine „Übersetzung“, bei der das Krankheitsbild einer „Dementia praecox“ in das einer „Schizophrenie“ umgeschrieben wurde. Drittens kann man diesen Prozess auch als ein „Einschreiben“ der Schizophrenie begreifen, wobei einzelne Teile vorhandener Krankheitsbilder selektiv neu interpretiert wurden. Antworten darauf, wie diese lokale Anpassung zu einer für Straßburg spezifischen Implementation des Schizophreniekonzeptes führte und welche spezifische Form der Nosologie dabei an der deutsch-französischen Grenze entstand, müssen späteren Untersuchungen vorbehalten bleiben. Der doppelt vergleichende Blick auf Berlin – eine Gegenüberstellung von Zentrum und Peripherie sowie von deutschen und französischen Praktiken – zeigt, dass Aneignung und Implementation nicht zuletzt von dem lokal Bestehenden geprägt wird. Die Einführung der Diagnose „Schizophrenie“ stellt sich somit nicht als eine einfache Übernahme einer in Zürich gemachten Entdeckung dar, welche als fester Wissensblock nach Straßburg oder Berlin transportiert wurde. Ganz im Gegenteil wurde das neue Krankheitsbild in die lokalen Gegebenheiten eingefügt. Dieser Anpassungsprozess war mit Aneignungen und Implementationen verbunden, die das ursprüngliche Konzept umgestalteten und fortführend koproduzierten. Gerade der Blick nach Straßburg offenbart einen *esprit local*, der es erlaubt, gleichzeitig die lokalen Kontexte und die wechselvolle europäische Durchsetzungs- und Verbreitungsgeschichte des Schizophreniekonzeptes zu verfolgen.

Abstract

Questions about the clinical use of nosology and diagnostic categories have continuously played a role in the history of psychiatry. To determine how, when and why certain nosological concepts became practically employed requires detailed analysis how these disease categories were received, adapted, transformed and employed in places other than those of their original advent. The contribution engages with a history of clinical use of psychiatric nosology at the Strasbourg psychiatric university clinic – bordering Germany and France – between 1910 and 1962. Based on documents from clinical daily routine, meaning here patient records, diagnosis and administrative registers and medical certificates, the contribution investigates when, why and how certain diagnostic categories were established in Strasbourg and how their local use may be described and explained and how categories were adapted to prior existing psychiatric knowledge and practice. A first step establishes the spectrum of diagnostic categories employed at the Strasbourg clinic for in-house patients between 1912 and 1962 on a systematic basis. This quantitative analysis, used here as a synthetic overview description generating further questions, is complemented in a second step by a micro-historical

qualitative approach pursuing how the diagnostic concept of Schizophrenia was received, accommodated and used at the Strasbourg clinic between 1912 and 1932. To conclude and to put the results in perspective, a comparison is suggested with similar data from the psychiatric university clinic at the Charité in Berlin indicating that reception and adaptation implied as well local transformation of nosological concepts. Hence, the acceptance of Bleuler's Schizophrenia concept at the Strasbourg clinic may be understood as a threefold process consisting of an introduction (Schizophrenia coexisting with older nosological concepts), a translation (earlier differing diagnosis were relabelled Schizophrenia) and as an inscription (elements of earlier disease categories were selectively reinterpreted as Schizophrenia).

Volker Hess/Chantal Marazia

Inside/Outside

Die Nervenpoliklinik in Berlin und Straßburg, ca. 1880–1930

Die Poliklinik ist ein Stiefkind der historischen Forschung – in der Geschichtsschreibung der Psychiatrie wie der klinischen Medizin. Das ist erstaunlich, denn seit bald zwanzig Jahren wird gefordert, der Geschichte der stationären Behandlung von Geisteskranken eine der ambulanten gegenüberzustellen.¹ Zwar sind in den vergangenen Jahren einige Anstrengungen unternommen worden, die blinden Flecken einer „asyl-fixierten“ Geschichtsschreibung zu tilgen. Wir wissen inzwischen mehr, wenn auch noch nicht genug, über die Funktion und Rolle der zahlreichen Privatsanatorien,² über die hindernisreiche Etablierung der Familienpflege³ und über die zunehmende Vernetzung der städtischen Fürsorgeeinrichtungen.⁴ Es gibt aber kaum Studien, die sich mit der Einrichtung der Poliklinik beschäftigen.⁵ In der aktuellen Forschungsdiskussion wird die Berliner Poliklinik –

¹ Peter Bartlett/David Wright (Hg.): *Outside the Walls of the Asylum. The History of Care in the Community 1750–2000*. London 1999; Akihito Suzuki: *Madness at home. The Psychiatrist, the Patient & the Family in England, 1820–1860*. Berkeley/Los Angeles/London 2006.

² Joachim Radkau: *Die wilhelminische Ära als nervöses Zeitalter, oder: Die Nerven als Netz zwischen Tempo- und Körpergeschichte*. In: *GG 20* (1994), S. 211–241; Ralf Christoph Beig: *Private Krankenanstalten in Berlin 1869–1914. Zur Geschichte einer medizinischen Institution im Spannungsfeld zwischen privater Initiative und staatlicher Kontrolle*. Diss. med. FU Berlin 2003; Insa Eschebach u. a. (Hg.): *Maison de Santé. Ehemalige Kur- und Irrenanstalt*. Berlin 1989.

³ Thomas Beddies/Heinz-Peter Schmiedebach: *Die Fürsorge für psychisch Kranke in Berlin in der Zeit der Weimarer Republik*. In: Sigurd-H. Schmidt (Hg.): *Berlin in Geschichte und Gegenwart*. Berlin 2000, S. 81–99; Akira Hashimoto: *Belgisches Geel, deutsche Psychiatrie und Brandenburger Ärzte. Diskussionen über Familienpflege um 1900*. Aichi Prefectural University, Japan 2005, S. 35–45; Astrid Lerner/Holger Steinberg: *Zur Geschichte einer sozialpsychiatrischen Versorgungsform: Die Familienpflege am Beispiel der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen*. In: *Psychiatrische Praxis* 38 (2011), S. 274–279; vgl. auch die Beiträge von Thomas Müller und Felicitas Söhner in diesem Band.

⁴ Herbert Loos: *Die psychiatrische Versorgung in Berlin im 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Aspekte der sozialen Bewältigung des Irrenproblems in einer dynamischen Großstadtentwicklung*. In: Achim Thom (Hg.): *Zur Geschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert*. Berlin 1984, S. 96–111; Beddies/Schmiedebach: *Fürsorge* (wie Anm. 3).

⁵ Eric J. Engstrom: *Sozialpsychiatrische Prophylaxe: Zu poliklinischen Einrichtungen in der Universitätspsychiatrie des Kaiserreichs*. In: Marc Schalenberg/Peter Th. Walther (Hg.): *„... immer im Forschen bleiben“*. Rüdiger vom Bruch zum 60. Geburtstag. Stuttgart 2004, S. 213–236; Volker Hess/Eric J. Engstrom: *Neurologie an der Charité zwischen medizinischer und psychiat-*

nicht zuletzt wegen der dominanten Stellung der Berliner Psychiatrie in den Jahrzehnten um 1900 – oft als Modell dieses Einrichtungstypus betrachtet, mit dem die strategische Rolle der „Stadtklinik“ bei der Verwissenschaftlichung und Professionalisierung des jungen Fachs veranschaulicht wird.⁶ Diese Funktionslogik argumentiert mit der Binnendifferenzierung des Krankenhauses in funktionale Räume durch selektive Aufnahme, Kostenerstattung und Entlassung beziehungsweise Verlegung. Demnach habe die Poliklinik vorrangig der Forschung und Lehre gedient. Mit ihrer Einrichtung wurden die restriktiven und vorrangig an sozialen Kriterien (Wohnsitz, Armenstatus) orientierten Aufnahmebedingungen unterlaufen. Wie Eric Engstrom gezeigt hat, erfüllte die Poliklinik den Zweck der Materialbeschaffung im Zusammenspiel mit der Beschränkung der Aufnahme „heilbarer Patienten“, der Einrichtung klinischer Freibetten, dem wechselnden Vorrecht der Auswahl neu aufgenommenen Kranker und schließlich der zügigen Verlegung in die seit den 1870er Jahren in rascher Folge errichteten Städtischen Anstalten.⁷ Die Poliklinik tat aber mehr als vorgesehen: Sie konfrontierte die Kliniker zugleich mit Erkrankungen, die ihnen bis dato nicht bekannt waren.

Historische Untersuchungen von Polikliniken oder gar Vergleiche mit denen anderer Fächer oder Universitäten liegen bislang nicht vor. Eine solche wollen wir mit dem Blick über den Rhein vornehmen und die Straßburger Einrichtung in den Mittelpunkt stellen. Dabei zeigt sich allerdings schnell, dass das Berliner Beispiel bereits wegen der exzeptionellen Quellenlage modellbildend ist. Um die Unterschiede zwischen den beiden Institutionen herauszuarbeiten, kommen wir nicht umhin, Berlin als Folie heranzuziehen. Das hat nicht nur heuristische Gründe. Vielmehr ist die Entwicklung der Straßburger Universitätspsychiatrie eng mit der Berliner Geschichte verflochten. Zum einen orientierte man sich 1872 bei Gründung der Straßburger Kaiser-Wilhelms-Universität am preußischen Muster,⁸ zum anderen lieferte das in Straßburg realisierte Modell einer Forschungsuniversität

rischer Klinik. In: Bernd Holdorff/Rolf Winau (Hg.): *Geschichte der Neurologie in Berlin*. Berlin/New York 2001, S. 100–110; Volker Hess/Sophie Ledebur: *Psychiatrie in der Stadt. Die Poliklinik als urbaner Schwellenraum*. In: ders./Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.): *Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne (= Kulturen des Wahnsinns (1870–1930), Bd. 1)*. Wien/Köln/Weimar 2012, S. 19–56; Sophie Ledebur: *Sehend schreiben, schreibend sehen. Vom Aufzeichnen psychischer Phänomene in der Psychiatrie*. In: Yvonne Wübgen/Carsten Zelle (Hg.): *Krankheit schreiben. Aufschreibeverfahren in Medizin und Literatur*. Göttingen 2013, S. 82–108.

⁶ Eric J. Engstrom: *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*. London 2003, S. 107–110.

⁷ Ders.: *Disziplin, Polykratie und Chaos. Zur Wissens- und Verwaltungsökonomie der Psychiatrischen und Nervenabteilung der Charité*. In: *Jahrbuch für Universitätsgeschichte* 3 (2000), S. 162–180. Patienten, die in die innere Abteilung aufgenommen wurden, kamen zunächst in das Aufnahmezimmer. Dort wurden sie – nach Wochentag alternierend – jeweils von einer der drei beteiligten Kliniken, nämlich der medizinischen Universitätsklinik (später 1. Medizinische Klinik), der propädeutischen Klinik (später 2. Medizinische Klinik) und der Psychiatrischen und Nervenklinik nach ihrem Wert für Forschung und Lehre für die klinischen Säle selektiert.

⁸ Christian Bonah: *Instruire, guérir, servir. Formation, recherche et pratique médicales en France et en Allemagne pendant la deuxième moitié du XIX siècle*. Straßburg 2000.

wiederum ein wesentliches Moment für die Reorganisation der Berliner Hochschullandschaft.⁹ Sowohl Friedrich Althoff (1830–1908), der maßgeblich an der Gründung der Straßburger Reichsuniversität beteiligt war, als auch Friedrich Jolly (1844–1904),¹⁰ der den Neubau der Psychiatrischen Klinik verantwortete,¹¹ setzten ihre Straßburger Erfahrungen in Berlin erfolgreich ein – der eine als Ministerialdirigent im Kultusministerium, der andere als Leiter der Psychiatrischen und Nervenklinik. Aus diesem Grund werden wir unser Argument getreu der Devise einer *histoire croisée* in einem Krebsgang zwischen Berlin und Straßburg entfalten.

Dieser Perspektivwechsel eröffnet einen anderen Blick auf die Einrichtung der Poliklinik. Denn im Vergleich zeigen sich rasch die Grenzen eines „Berliner Modells“. Gerade weil die Notwendigkeit von Forschung und Lehre beide Einrichtungen gleichermaßen begründete und legitimierte, fallen Unterschiede umso stärker ins Gewicht. Angesichts des universalen Geltungsanspruchs medizinischer Forschung und einer reichsweit geregelten Approbationsordnung sind lokale Bedingungen für die auffallenden Differenzen ursächlich. Weder die wissenschaftliche Neugier der involvierten Wissenschaftler noch die Erfordernisse des klinischen Unterrichts, so unser Argument, sondern die Zwänge und Nöte der ambulanten Versorgung trieben die institutionelle Form und die wissenschaftliche Ausgestaltung der jeweiligen Poliklinik voran. Sie ist nur als Element eines weitreichenderen ambulanten Versorgungssystems zu verstehen, das heißt in unserem Falle: der Stadt und ihrer lokalen Prägung, Eigenschaften und Strukturen.

Berlin: Das Krankheitsspektrum in der Klinik und Poliklinik

Zu diesem Zweck wollen wir die Diagnosen der stationären mit denen der ambulanten Einrichtung vergleichen. Angesichts des langen Untersuchungszeitraumes von 1880 bis 1932 beschränken wir unsere Auswertung auf wenige Stichjahre, nämlich auf die Jahre 1880, 1885, 1890, 1900, 1914, 1917, 1920, 1923, 1926, 1929 und 1932.¹²

Für die Psychiatrische und Nervenklinik der Charité sind die Stammdaten von drei Viertel aller Patienten¹³ im Zeitraum von 1880 bis 1900 vollständig aus den

⁹ Bernhard vom Brocke: Hochschul- und Wissenschaftspolitik in Preußen und im Deutschen Kaiserreich 1882–1907. Das „System Althoff“. Stuttgart 1980.

¹⁰ Ernst Siemerling: Zur Erinnerung an Friedrich Jolly. Berlin 1904; eine neuere monografische Darstellung zu Friedrich Jolly liegt unseres Wissens bislang nicht vor; eine Dissertation zu Jolly ist in Vorbereitung (Leonora Kutscha).

¹¹ Friedrich Jolly: Erläuterungen zum Neubau der psychiatrischen und Nervenklinik der Kgl. Charité. In: Charité-Annalen 26 (1902), S. 336–347.

¹² Die Auswertung der ausstehenden Jahre 1895, 1905 (Wechsel von einer fünf- zu einer dreijährigen Stichprobe), 1908 und 1911 wird erst nach Abschluss des Manuskripts im Herbst 2014 abgeschlossen.

¹³ Aus Gründen des begrenzten Platzes wird die männliche Form generisch verwendet.

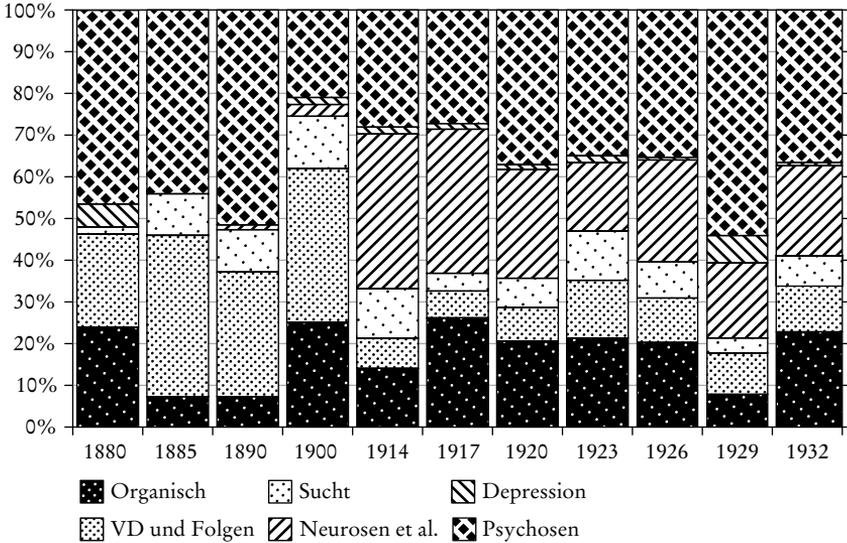


Abbildung 1: Das Diagnosespektrum der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik

Krankenakten erhoben worden ($n = 7862$).¹⁴ Für die Jahre 1911 bis 1933 wurde eine Stichprobe (jeweils jährlich für die Monate März, Juli und November) aus den Aufnahmeregistern und Findbüchern der Klinik erfasst ($n = 6211$).¹⁵ Diese breite Datenbasis ermöglicht, einigermaßen verlässliche Aussagen zur Entwicklung der psychiatrischen Klientel über den Zeitraum von etwa fünfzig Jahren zu machen – zu dem Einzugsbereich der Klinik, der sozialen Herkunft der Patienten, der diagnostischen Einordnung ihrer Erkrankung sowie dem Verlauf der Behandlung.¹⁶

¹⁴ Diese Arbeit wurde von der DFG im Rahmen des Forschungsprojektes „Wahrnehmung psychiatrischen Krankseins“ (He 2220-6) unterstützt und basiert wesentlich auf der Arbeit der Projektmitarbeiterin Annett Bretthauer und des Projektmitarbeiters Achim Elze († 2010). Erhalten sind für diesen Zeitraum nur die Akten der männlichen Patienten; vgl. dazu: Ulrike Klöppel: Das historische Krankenakten-Archiv der Nervenklinik der Charité. In: Jahrbuch für Universitätsgeschichte 12 (2009), S. 267–270.

¹⁵ Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen studentischer Hausarbeiten im Regel-, Reform- und Modellstudiengang der Humanmedizin an der Charité Universitätsmedizin Berlin, wofür wir Anja Hesse-Imdahl, Konrad Kämpf, Sandra Kühnel, Anna Lübking, Natalie Müller, Lukas Seiß, Adriana Surugiu, Sebastian Uelzen, Paul Jetzschmann, Kristina Müller, Maria Schoenebeck, Gabriel Stöger sowie Milena Ullrich und Imke Schwietering (Rechtswissenschaften, Jena) herzlich danken. Einige Hausarbeiten (Hesse-Imdahl, Kämpf, Müller, Surugiu) sind von Alexander Friedland und Rainer Herrn betreut worden, wofür wir beiden zu großem Dank verpflichtet sind. Die verbleibenden Lücken sollen in den nächsten zwei Jahren geschlossen werden.

¹⁶ Erhoben wurden Name, Vorname, Alter, Aufnahmezeitpunkt, Aufnahmeort, berufliche Tätigkeit, Wohnadresse, Entlassungsdatum und Diagnosen (bis maximal drei Nebendiagnosen). Für das frühe Sample sind zusätzlich Geburtsdatum, Geburtsort, Entlassungsadresse, Anzahl und Art der einliegenden Dokumente (Briefe, Gutachten, Schriftproben, Zeichnungen etc.) sowie weitere

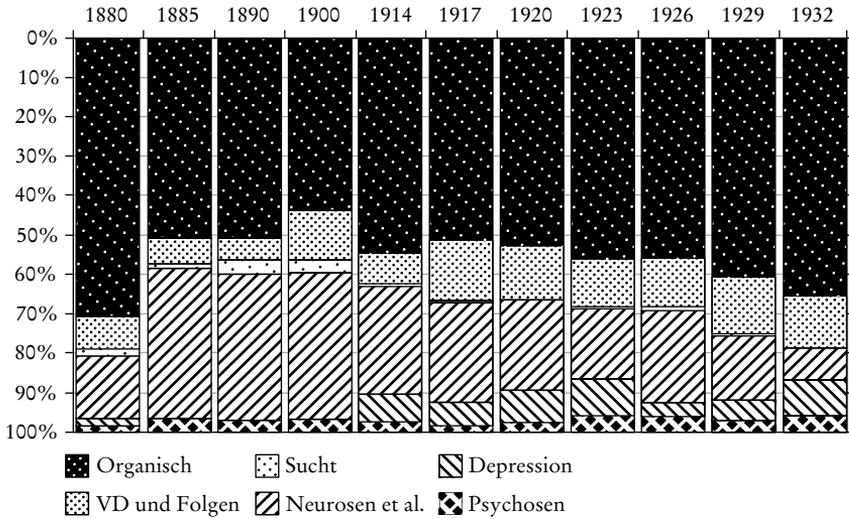


Abbildung 2: Das Diagnosespektrum der Nervenpoliklinik

In gleicher Weise werden seit Anfang 2014 die Stammdaten der Patienten der Poliklinik aufgenommen. Diese Arbeit steckt noch in den Anfängen. Um rasch einen vergleichbaren Überblick zu gewinnen, beschränkt sich die Stichprobe ($n = 8248$) – für die Monate März, Juli und August – auf jedes dritte beziehungsweise jedes fünfte Jahr.¹⁷ Damit ist, zumindest für die Stichjahre der poliklinischen Auswertung, ein direkter Vergleich zwischen den stationären und ambulanten Patienten möglich.

Wir beschränken uns in diesem Beitrag auf eine Analyse des diagnostischen Spektrums. Abbildung 1 und 2 (respektive Tabelle 1 und 2) zeigen in der direkten Gegenüberstellung die Diagnosen zu großen Kategorien gruppiert: Von oben (Poliklinik) beziehungsweise unten (Klinik) in schwarz gepunktet alle somatischen Erkrankungen – vom Vitium cordis über periphere Nervenlähmungen bis hin zur Epilepsie in allen Formen.¹⁸ Grau gepunktet sind alle Diagnosen, die aus heutiger Sicht syphilitisch bedingt sind – von der einfachen Syphilis bis hin zur Progressiven Paralyse. Weiß gepunktet folgen die Formen übermäßigen Rauschmittelkonsums (Alkohol, Morphin, Kokain). Schraffiert dargestellt sind alle Diagnosen,

Angaben zur institutionellen Karriere erfasst worden; vgl. hierzu: Annett Bretthauer/Volker Hess: Der Verdacht der Simulation. Eine psychiatrische Fallgeschichte zwischen Aneignung und Disziplinierung am Ende des 19. Jahrhunderts. In: NTM 17 (2009), S. 414–455.

¹⁷ Nach dem oben beschriebenen Muster sind die Jahre 1880, 1885, 1890, 1900, 1914, 1917, 1920, 1923, 1926, 1929 und 1932 transkribiert und in einem Tabellenkalkulationsprogramm erfasst.

¹⁸ Wir sind uns der Heterogenität dieser Kategorie sehr wohl bewusst. Sie definiert sich folglich auch nicht positiv, sondern ex negativo, nämlich als Sammelbegriff für alle nicht psychiatrischen Leiden.

die heute als Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen klassifiziert werden würden: von links unten nach rechts oben Nervosität, Hysterie, Psychopathie und Neurosen;¹⁹ von rechts unten nach links oben Melancholie und Depression.²⁰ Schwarz-weiß kariert dargestellt sind jene Erkrankungen (Psychosen), die im Mittelpunkt dieses Bandes stehen: der Wahnsinn, ob nun in Form einer Paranoia, Katatonie, Manie, Schizophrenie oder einer primären Seelenstörung.²¹

Tabelle 1: Die Diagnosen der Psychiatrischen Klinik im Überblick (relativer Anteil) von 1880 bis 1932 für die Monate März, Juli und November

Jahr	1880	1885	1890	1900	1914	1917	1920	1923	1926	1929	1932
Aufnahmen	59	106	104	79	301	156	225	137	346	129	363
organisch	23,7	6,6	6,7	22,8	16,6	32,7	23,6	35,8	22,3	7,8	25,6
VD und Folgen	22,0	35,8	27,9	34,2	9,0	8,3	9,3	23,4	11,8	10,1	12,4
Sucht	1,7	9,4	9,6	11,4	14,3	5,1	8,4	19,7	9,8	3,9	8,3
Neurosen et al.	0	0	1,0	2,5	37,2	38,5	25,3	24,1	23,7	17,1	20,1
Depression	3,4	0	0	1,3	6,0	2,6	3,1	3,6	2,3	8,5	3,0
Psychosen	49,2	40,6	48,1	20,3	33,6	34,0	42,7	58,4	39,0	55,0	41,0

Tabelle 2: Die Diagnosen der Nervenpoliklinik im Überblick (relativer Anteil) von 1880 bis 1932 für die Monate März, Juli und November

Jahr	1880	1885	1890	1900	1914	1917	1920	1923	1926	1929	1932
Besucher	63	272	222	304	1417	636	1145	928	1309	1142	809
organisch	69,8	46,3	54,1	44,7	58,7	55,7	60,3	58,5	56,4	61,7	64,5
VD und Folgen	7,9	5,9	6,3	12,8	8,5	16,7	15,5	12,5	12,4	14,5	13,2
Sucht	1,6	1,1	3,6	3,3	0,7	0,6	0,3	0,5	1,3	0,5	0
Neurosen et al.	10	94	88	115	414	176	300	173	303	189	64
Depression	1,6	0	0	0	7,4	6,3	9,3	9,6	3,6	5,3	8,9
Psychose	1,6	3,3	3,2	3,3	3,0	1,7	2,6	4,3	4,0	3,0	4,1

Dieser methodische Zugriff mag manchen an die Sozialgeschichte der 1980er Jahre erinnern.²² Unser Ziel ist aber nicht, eine Aussage über das zeitgenössische Krankheitsspektrum, etwa im Sinne einer historischen Epidemiologie, zu gewinnen.²³ Auch sind wir uns der Gefahren der retrospektiven Diagnose ebenso wie

¹⁹ Hierzu wurden auch Neurasthenie (in verschiedenen Kombinationen) gezählt sowie alle Formen einer neurotischen Störung (Rentenneurose, Hypochondrie, Angst- und Zwangsstörungen).

²⁰ Der Begriff „Depression“ kam in der Berliner Nervenlinik erst nach 1900 in Gebrauch. Zu dieser Kategorie zählen neben der Melancholie auch alle Formen einer depressiven Reaktion. Das „manisch-depressive Irresein“ ist der Gruppe der Psychosen zugerechnet.

²¹ Hierunter fallen auch die zeitgenössischen Diagnosen Verrücktsein, die manisch-depressive Erkrankung, die Hebephrenie sowie alle Formen einer Halluzinose.

²² Wir danken Flurin Condrau für seinen hilfreichen Kommentar.

²³ Vgl. z. B. in der optimistischen Variante: Jean Meyer: Une enquête de l'Académie de médecine sur les épidémies (1774 jusqu'à 1794). In: Annales 21 (1966), S. 729-749; in der skeptischen Variante: Johanna Bleker/Eva Brinkschulte/Pascal Grosse: Kranke und Krankheiten im Juliusspital zu Würzburg. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 72). Husum 1995.

der einer positivistischen Übernahme zeitgenössischer Begrifflichkeiten sehr wohl bewusst. So begreifen wir die zeitgenössischen Diagnosebezeichnungen nicht als „Erkenntnis der Krankheit“. Vielmehr kann eine solche Diagnose im klinischen Zusammenhang als Handlungsbegriff verstanden werden,²⁴ der die Leiden der Hilfe suchenden Kranken einerseits und die zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen andererseits auf einen gemeinsamen und möglichst eindeutigen Begriff und damit in Beziehung zu bringen sucht. Die „Diagnose“ repräsentiert die im damaligen Verständnis richtige institutionelle „Antwort“ auf eine drängende „Frage“, mit der Betroffene, Angehörige oder einweisende Behörden die Kliniker konfrontierten. In diesem Sinne schließt die zeitgenössische Diagnose einer Paralyse, Psychopathie oder Hebephrenie jeweils sehr unterschiedliche soziale Problemlagen, persönliche Nöte, institutionelle Umgangsweisen und therapeutische Verfahren ein – unabhängig davon, was wir heute unter diesen Krankheitszuschreibungen verstehen, und zum Teil auch unabhängig davon, was die Psychiater über die Genese oder Ätiologie der diagnostizierten Krankheitsbilder dachten. Die Gruppierung der zeitgenössischen Diagnosen verrät, für welche Probleme die Psychiatrie in Anspruch genommen wurde, welche Handlungsmöglichkeiten die Institution hierfür bereithielt und wie mit Patienten umgegangen wurde. Und in eben dieser Hinsicht ist eine Unterscheidung beispielsweise zwischen einer Manie und einer Epilepsie, zwischen einer Depression oder Psychopathie oder zwischen einer Syphilis und einem Alkoholdelir gut begründet.

Unter dieser Prämisse lässt sich die unterschiedliche Inanspruchnahme beider Einrichtungen beobachten. Besonders imponieren die folgenden drei Beobachtungen:

1. Die Nerven-Poliklinik war in der Tat eine Poliklinik für Nervenranke. Rund die Hälfte aller Patienten (zwischen 70 % im Jahr 1880 und 45 % im Jahr 1900) suchte sie wegen körperlicher Erkrankungen auf, seien es spezifisch neurologische oder allgemein somatische Beschwerden. Dabei wurde die Poliklinik, verstärkt ab den 1920er Jahren, zur Abklärung unspezifischer Beschwerden wie Kopf- oder Gliederschmerzen, Schwindel oder allgemeine Schwäche herangezogen, die in der Regel als „neurologisch o.[hne] B.[efund]“ diagnostiziert wurden.²⁵
2. Der Wahnsinn hingegen verblieb in der Klinik. Dort wurden rund ein Drittel der Patienten (1900: gut 20 %; 1923: knapp 60 %) unter der Diagnose einer Psychose hospitalisiert, die aus dem klassischen und zu diesem Zeitpunkt medizinisch längst obsoleten Begriff des Wahnsinns hervorgegangen war. In den Bandakten der Poliklinik findet man diese Krankheitsbezeichnungen hingegen selten. 1880 wurde diese Diagnose gerade einmal vergeben (= 1,6 %), doch selbst das

²⁴ Vgl. hierzu Volker Hess: Von der semiotischen zur diagnostischen Medizin. Die Entstehung der klinischen Methode zwischen 1750 und 1850 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 66). Husum 1993.

²⁵ Diese wurden von uns aber zur Kategorie der neurologischen Diagnosen gezählt, da auch eine Ausschlussdiagnose eine Diagnose im Sinne einer Handlungsanweisung ist.

- absolute Maximum von 53 Patienten dieser Kategorie stellt bei einer Zahl von knapp 750 Kranken im Jahr 1926 eine marginale Größe (= 4,0 %) dar. Die Patienten der Poliklinik waren folglich nicht nur leichter, sondern auch anders krank.
3. Während sich der Wahnsinn in der psychiatrischen Klinik konzentrierte (in der Tendenz stieg der Anteil der psychotischen Kranken von 1900 beständig an), wurde die Poliklinik bevorzugt von Menschen aufgesucht, deren Beschwerden heute als Verhaltens- und Persönlichkeitsstörung betrachtet würden. Verallgemeinernd ist festzustellen, dass bei rund einem Viertel bis einem Drittel der Patienten eine aus psychiatrischer Perspektive „weiche Diagnose“ vergeben wurde, obwohl sich innerhalb dieser aus heuristischen Gründen gebildeten Kategorie ein dramatischer Wandel vollzog, worauf im Folgenden noch eingegangen wird.

Mit einem Wort: Die Berliner Poliklinik darf nicht als Verlängerung der Klinik oder gar als Erweiterung der Anstalt in den ambulanten Bereich missverstanden werden. Vielmehr gab die Poliklinik der universitären Psychiatrie ein neurologisches Profil²⁶ und trug damit zur Konjunktur der Erkrankungen des „nervösen Zeitalters“ bei.²⁷ In diesem Sinne erfüllte die Poliklinik die Hoffnungen und Erwartungen ihrer Befürworter und Finanziers.

Ihren Zweck als Materialbeschaffer erfüllte die Poliklinik jedoch nicht. Statt die Konzentration des Wahnsinns in der Klinik zu steigern, trug sie zur Entgrenzung des institutionellen Behandlungsauftrages bei. So verweist der hier angestellte Vergleich auf eine andere Klientel der Poliklinik. Diese begriff die Stadtklinik offenbar nicht als Vorstufe oder als erleichterten Zugang zu einer stationären Behandlung. Stattdessen suchte sie die Poliklinik als Alternative zu anderen Formen der Behandlung und Versorgung auf. Mit Blick auf gängige Narrative könnte man etwas zuspitzt sogar behaupten, dass die universitäre Psychiatrie mit der Poliklinik nicht die Stadt „medikalisierte“, vielmehr brachte die Poliklinik die Stadt in die Psychiatrie und „urbanisierte“, wenn man so will, die traditionelle Anstaltspsychiatrie.

Straßburg: Die Poliklinik als Stadtklinik

Auch für die Nervenpoliklinik in der neuen Reichsstadt Straßburg spielte das Argument der Forschung und Lehre als dem eigentlichen Zweck ihrer Einrichtung eine zentrale Rolle. War die universitäre Ausbildung unter Krafft-Ebing auf die schweren, meist chronischen Fälle der regionalen Irrenanstalten Stephansfeld und Illenau angewiesen, so wurde den Studenten der Reichsuniversität unter Jolly die Gelegenheit geboten, auch die Anfangerscheinungen des Irreseins und die Übergänge zwischen den rein nervösen und den eigentlichen psychischen Störungen zu

²⁶ Hess/Engstrom: Neurologie (wie Anm. 5).

²⁷ Joachim Radkau: Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler. München 1998; Volker Roelcke: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914). Frankfurt a. M. u. a. 1999.

beobachten.²⁸ Die explizite Unterrichtsfunktion der Poliklinik bringt der Bauplan der unter Jolly entworfenen Nervenklinik klar zum Ausdruck: Die Poliklinik war im ersten Stock unmittelbar neben dem Hörsaal untergebracht.²⁹ Das war für die Patienten zwar umständlich, aber für Unterrichtszwecke ideal, da Hörsaal und Sprechzimmer direkt miteinander verbunden waren. Allerdings erwies sich dies angesichts der rasch steigenden Besuchszahlen offensichtlich als nicht besonders praktikabel. In Berlin wurde die Poliklinik – abweichend von der strengen Symmetrieachse des 1904 eingeweihten Neubaus – mit einem eigenen Eingang im Erdgeschoss geplant und eingerichtet, um den bald nicht abreißen Besucherstrom besser steuern zu können und Störungen vom Hörsaal fernzuhalten.³⁰

Wir wissen noch nicht, welche Patienten in Straßburg behandelt und demonstriert wurden. Es gibt aber gute Gründe anzunehmen, dass sich die erste Klientel der Poliklinik vorwiegend aus epileptisch Erkrankten rekrutierte.³¹ Jolly unterstrich gegenüber Fachkollegen schon um 1880 die Vorteile der ambulanten Behandlung dieser Patienten. Diese Einschätzung könnte sich auf die Straßburger Poliklinik beziehen.³² Die Epilepsie bildete somit einen ersten Forschungsschwerpunkt der jungen Straßburger Psychiatrie.³³ Rasch erhöhte sich die Frequenz der Besucher und mit ihr die Anzahl der Krankheitsbilder. Binnen weniger Jahre stieg die durchschnittliche Besuchsfrequenz von einem Patienten pro Monat auf einen Patienten pro Tag. Drei Jahre nach der Einweihung der Klinik wurden schließlich weit mehr als 500 Patienten pro Jahr versorgt.³⁴

Tabelle 3: Patienten der Straßburger Nervenpoliklinik pro Jahr von 1880 bis 1886

Jahr	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886
Patienten	13	47	153	138	178	236	341

²⁸ Friedrich Jolly: Vorgeschichte und gegenwärtige Einrichtung der Psychiatrischen Klinik in Straßburg. Rede zur Feier der Eröffnung des Neubaus der Klinik gehalten am 29. Oktober 1886 von dem Direktor derselben. Straßburg 1887, S. 20.

²⁹ Vgl. Sebastian Hausmann: Die Kaiser-Wilhelms-Universität Straßburg. Ihre Entwicklung und ihre Bauten. Mit Benutzung amtlicher Quellen bearbeitet. Straßburg 1887, S. 182.

³⁰ Vgl. Hess/Ledebur: Psychiatrie (wie Anm. 5), S. 27f.

³¹ Der Neubau der Straßburger Klinik wurde erst 1886 bezogen. Bis dahin war die Poliklinik vorübergehend zunächst im alten Hospital, dann in einem Provisorium untergebracht; Jolly: Vorgeschichte (wie Anm. 28), S. 9.

³² Friedrich Jolly: Über die staatliche Fürsorge für Epileptiker. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten (1882), S. 314. In Würzburg, wo Jolly habilitiert hatte, gab es keine derartige Gelegenheit, da die dortige Poliklinik erst 1903 gegründet wurde; vgl. dazu Engstrom: Sozialpsychiatrische Prophylaxe (wie Anm. 5), S. 233.

³³ Von den ersten acht Dissertationen, die Jolly vergab, sind zwei diesem Krankheitsbild gewidmet. Vgl. F. Hertz: Über den Status Epilepticus. Diss. med. Straßburg 1877; Georg Lehmann: Über den Einfluss epileptischer Anfälle auf das Körpergewicht. Diss. med. Straßburg 1881. Wegen der transitorischen Störung des Bewusstseins waren die Fälle von epileptischer Geistesstörung besonders interessant, in pathologischer wie auch in gerichtsmedizinischer Hinsicht.

³⁴ Vgl. Heinrich Laehr: Heil- und Pflgeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes im J. 1890. Berlin 1891, S. 182.

Der Erfolg der neuen Einrichtung lässt sich nur ermessen, wenn man die jährlichen Behandlungszahlen mit der zu versorgenden Einwohnerzahl in Beziehung setzt. In Straßburg wurden bei einer Bevölkerung von circa 112 000 Einwohnern im Jahr 1885 236 Patienten ambulant behandelt. Gleichzeitig hatten in Berlin von 1,3 Millionen Einwohnern 824 die Poliklinik aufgesucht. Das entsprach einem Anteil von gerade einmal 0,06 % der Stadtbevölkerung (Altberlin), während es in Straßburg 21 pro 10 000 Einwohner waren, also 0,21 %.³⁵

Die Ratio zwischen der Zahl der Einwohner und der Zahl der poliklinischen Patienten ist in Straßburg eindrucksvoll, zumal die dortige psychiatrische Poliklinik gerade erst eingerichtet worden war, während sie in der preußischen Kapitale schon seit fast 15 Jahren bestand. Obwohl die Poliklinik als solche der französischen Bevölkerung gänzlich unbekannt war, dürften die aus dem restlichen Reich, insbesondere aus Preußen, zugezogenen Deutschen bereits mit dieser Einrichtung vertraut gewesen sein.³⁶

Die rasch steigende Besuchsfrequenz galt den Psychiatern als Beweis, dass die neue Einrichtung dem „wirklichen Bedürfnisse“ der Stadtbevölkerung entsprach.³⁷ Das zeigt sich auch im Verhältnis von ambulanter zu klinischer Behandlung. Für das Geschäftsjahr 1884 kamen in Berlin auf 2121 stationäre Aufnahmen gerade einmal 843 Behandlungsfälle in der Poliklinik, das heißt eine ambulante auf zweieinhalb stationäre Aufnahmen.³⁸ In Straßburg hingegen war für den gleichen Zeitraum das Verhältnis rund eins zu eins. Im Jahre 1886 wurden bei 200 Aufnahmen sogar 341 ambulante Patienten registriert, ein Verhältnis von 1:1,6, das die Berliner Poliklinik erst nach Bezug des Neubaus, also erst nach 35-jährigem Bestand, erreichen sollte. An dieser Entwicklung war Jolly wiederum maßgeblich beteiligt.

Bereits diese dürren Zahlen machen deutlich, dass der Poliklinik in Straßburg von ihrer Gründung an eine größere Rolle bei der ambulanten Betreuung von psychisch Kranken als der in Berlin zukam. Mehr noch: In Berlin boten sich den Kranken vielfältige Alternativen – angefangen von den zahlreichen Privatkliniken mit „poliklinischer Sprechstunde“ bis hin zu der großen Anzahl niedergelassener Ärzte mit einer psychiatrisch-neurologischen Spezialisierung.³⁹

Auch wenn wir Tabelle 1 mangels geeigneter Quellen nicht für einen größeren Zeitraum fortsetzen können, muss man davon ausgehen, dass die Behandlungs-

³⁵ 1885 war die Bevölkerung Altberlins mit derjenigen des gesamten Reichslands Elsass-Lothringen (1 564 335 Einwohner) vergleichbar.

³⁶ Nach dem Frankfurter Vertrag war die Bevölkerung in Straßburg stark gewachsen: Von 1871 bis 1910 war sie von 85 000 auf 178 000 Einwohner gestiegen. Die deutsche Einwanderung, vor allem aus Preußen, hat die starke französische Auswanderung mehr als kompensiert. Vgl. François Überfill: *L'immigration allemande (1871-1918)*. In: *Saisons d'Alsace* 128 (1995), S. 63-71.

³⁷ Jolly: *Vorgeschichte* (wie Anm. 28), S. 22.

³⁸ Hinzu kommt, dass Nervenranke zu einem nicht unerheblichen Ausmaß auch in den internistischen Abteilungen versorgt wurden, womit die Relation zwischen ambulanter und stationärer Betreuung für Berlin weiter sinkt.

³⁹ Hess/Ledebur: *Psychiatrie* (wie Anm. 5), S. 35.

zahlen auch in den folgenden Jahren hoch blieben. So wurde im von Hans Laehr herausgegebenen Anstaltsverzeichnis lapidar für das Jahr 1907 vermerkt: „stark besuchte Poliklinik“. ⁴⁰ Alfred Hoche (1865–1943) zufolge, der von 1891 bis 1897 als Assistent an der Klinik arbeitete, wurde die Sprechstunde so gut frequentiert, dass „alle drei Assistenten stundenlang in der Ambulanz beschäftigt waren“. ⁴¹ Carl Fürstner (1848–1906), Jollys Nachfolger, kam zur Verstärkung täglich vorbei. ⁴²

Trotz des regen Besuchs wurde die Straßburger Nervenpoliklinik nicht wie die anderen Polikliniken der Universität mit einem eigenen Lehrstuhl ausgestattet. Sie wurde auch im Adressbuch nicht wie diese eigens ausgewiesen. Es reichte offenbar der Hinweis auf die unentgeltliche Sprechstunde von 11.00 Uhr bis 12.00 Uhr täglich, um ausreichende Anziehungskraft auf eine potentielle Klientel auszuüben. ⁴³ Ein besonderer Vorteil der Poliklinik in der neuen Reichsstadt dürfte, neben der üblichen kostenfreien Arznei und Behandlung, gewesen sein, dass ihr im Unterschied zur Hauptstadt keine Spezialisten Konkurrenz machten. Hoche war im Frühling 1898 der einzige in Straßburg niedergelassene Spezialist für Nerven- und Geisteskrankheiten. ⁴⁴

Als einzige Alternative zur poliklinischen Behandlung blieb somit die stationäre Aufnahme. Eine freiwillige Aufnahme in eine psychiatrische Anstalt war aber im Elsass für Geisteskranke – auch nach der Annexion – nicht denkbar. ⁴⁵ Nach wie vor galten die rechtlichen Grundlagen, die das französische Gesetz vom

⁴⁰ Hans Laehr: Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den Baltischen Ländern. Berlin 1908, S. 201.

⁴¹ Alfred E. Hoche: Jahresringe. Innenansicht eines Menschenlebens. München 1934, S. 139. 1897 wurden 554 Patienten poliklinisch behandelt. Vgl. Heinrich Laehr/Max Lewald: Heil- und Pflege-Anstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes am 1. Januar 1898. Berlin 1899, S. 271.

⁴² Acta personalia betr. Fürstner, Bleistiftnotiz des Kuratorial-Sekretärs, Archives Départementales du Bas-Rhin, 103 AL 375.

⁴³ Die Poliklinik war vier Tage in der Woche von 11 Uhr bis 12 Uhr geöffnet. Vgl. Adressbuch der Stadt Straßburg von 1899.

⁴⁴ Von 14.30 Uhr bis 16.00 Uhr hielt Hoche täglich eine gut besuchte Sprechstunde in seiner Privatwohnung am Dietrichstaden (heute Quai du Maire Dietrich), später am Brantplatz 3 ab. Vgl. Adressbuch der Stadt Straßburg von 1899. Für eine Konsultation verlangte er 5 Mark. Damit war seine Sprechstunde keine direkte Konkurrenz für die kostenfreie Behandlung der Poliklinik. Vgl. Hoche: Jahresringe (wie Anm. 41), S. 140.

⁴⁵ Vgl. Sammlung der in Elsass-Lothringen geltenden Gesetze. Zweiter Band. Französische Einzelgesetze. Straßburg 1881. 1899 wurden eine Reihe von Bestimmungen (Artikel 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40) des Gesetzes im Reichsland aufgehoben (Gesetz, betreffend die Aufhebung von Landesgesetzen). Bis 1919 wurde das Gesetz regelmäßig durch Präfektural- und Präsidualverfügungen ergänzt. Mit der Zeit wurde es dadurch auch möglich, die Anstalt freiwillig aufzusuchen. Diese Auflockerung der Vorschriften wurde später von der französischen Verwaltung als positiv begrüßt. Vgl. Paul Courbon/L. Spitz: Formalités d'internement dans les ailes d'aliénés d'Alsace-Lorraine pendant l'occupation allemande. In: Bulletin de la Société Clinique de médecine mentale (1919), S. 303–305.

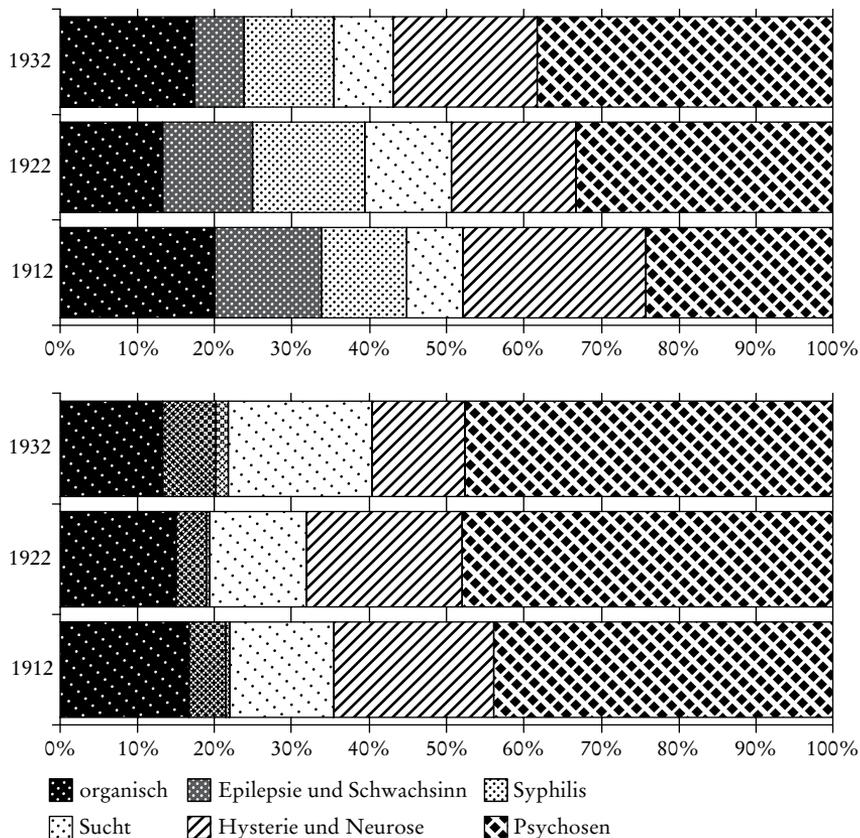


Abbildung 3: Das diagnostische Spektrum stationär in Berlin (oben) und Straßburg (unten). In dieser Grafik ist Depression bei Psychosen eingerechnet.

30. Juni 1838 gelegt hatte.⁴⁶ Dieses räumte Dritten (dem Präfekt, einem Arzt oder dem *pater familias*) weitgehende Rechte bei der Einweisung, Unterbringung und Entlassung ein. Eine Aufnahme in die Anstalt war nicht nur bürokratisch aufwendig, sondern zugleich de jure mit einer sozialen Stigmatisierung verbunden.⁴⁷ Die

⁴⁶ Die Epileptikerabteilung stellte dabei eine Ausnahme dar, da sie als einfache Spitalabteilung den Bestimmungen des Irrengesetzes nicht unterworfen war. Hier wurden nicht nur Fälle eigentlicher Epilepsie, sondern auch solche von verwandten Nervenkrankheiten aufgenommen, „vor allem also von Hysterie in ihren mannigfachen Formen, dann von Veitstanz, ferner von allen möglichen anderen, nur gelegentlich mit Krampferscheinungen einhergehenden Erkrankungen des Nervensystems, und zwar sowohl der funktionellen wie der auf organischen Veränderungen beruhenden Zustände“. Jolly: Vorgeschichte (wie Anm. 28), S. 20.

⁴⁷ Robert Castel: *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. Paris 1976.

Nervenpoliklinik stellte also für elsässische Geisteskranke eine wahrhafte Freizezone dar. In den wenigen erhaltenen poliklinischen Krankenakten findet sich nahezu regelmäßig der Eintrag, dass Kranke die Poliklinik vor allem deshalb besucht hätten, um der Internierung zu entgehen.

Die Auswirkungen der rechtlichen Rahmenbedingungen auf die Klinik waren auch den Psychiatern bewußt. Charles Pfersdorff (1875–1953), der erste Direktor unter wieder hergestellter französischer Verwaltung, beklagte sich gegenüber dem Dekan über den prekären Status der Straßburger Klinik als „öffentliche Irrenanstalt“: Viele Patienten, „die nicht verrückt waren, aber dennoch unter psychischen Störungen litten[,] wie z. B. Psychastheniker, Psychopathen, Zwangsneurotiker, Hysteriker etc.“, würden ihm wegen der strikten Anwendung des Gesetzes von 1838 entgehen.⁴⁸

Was sind die Folgen? Hier lässt sich ein Vergleich zu Berlin nur indirekt über eine Triangulation herstellen: Wir haben einerseits gezeigt, dass sich in Berlin das Krankheitsspektrum der Poliklinik und das der Klinik komplementär verhalten. Während der Wahnsinn sich in der Klinik verdichtet, finden sich die „weichen Diagnosen“ vermehrt in der Poliklinik. Aus dem Beitrag zur Straßburger Klinik geht andererseits hervor, dass sich das Krankheitsspektrum dort deutlich von dem in der Charité unterschied. Wie die Abbildung 3 zeigt, konzentrierte die Straßburger Klinik den Wahnsinn stärker als die Berliner. Stellte dort die Gruppe der Psychosen (schwarz-weiß kariert) zunächst nur gut 20 % der stationär behandelten Patienten, so waren es in Straßburg stets rund 50 %. Vorausgesetzt die Straßburger waren nicht weniger neurotisch, hysterisch und psychopathisch als die Berliner, dann muss der Anteil der „weichen Diagnosen“ in der Straßburger Poliklinik entsprechend größer gewesen sein.

Berlin: Die Leiden der Poliklinik

Der Blick auf Berlin und Straßburg belegt, dass die Poliklinik nicht als Verlängerung der psychiatrischen Klinik in einen städtischen Versorgungsraum begriffen werden darf. Vielmehr ist sie als eine eigenständige Einrichtung, vielleicht sogar als Institution, zu betrachten.⁴⁹ Dabei lassen sich verschiedene Formen der institutionellen Umsetzung unterscheiden, die maßgeblich durch die lokalen Rahmenbedingungen, das sind Aufnahmemodalitäten, Kostenerstattung, Überweisungsbeziehungsweise Verlegungsroutinen, konkurrierende Kliniken etc. geprägt wurden. Wie wirkte sich diese soziale Verortung der Einrichtung auf die Beobachtung und Bewertung der dort präsentierten Beschwerden aus? Wie brachten die Psych-

⁴⁸ Charles Pfersdorff an den Dekan Weiss, 9. 1. 1923, zit. nach: Frédéric Gilch: Soins et enseignement psychiatriques à Strasbourg. Diss. med. Straßburg 1981, S. 62.

⁴⁹ Vgl. M. Rainer Lepsius: Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung von Rationalitätskriterien. In: Gerhard Göhler (Hg.): Institutionenwandel. Opladen 1997, S. 57–69; in der Anwendung auf das Krankenhaus: Eric J. Engstrom/Volker Hess (Hg.): Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie. Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert. Stuttgart 2000.

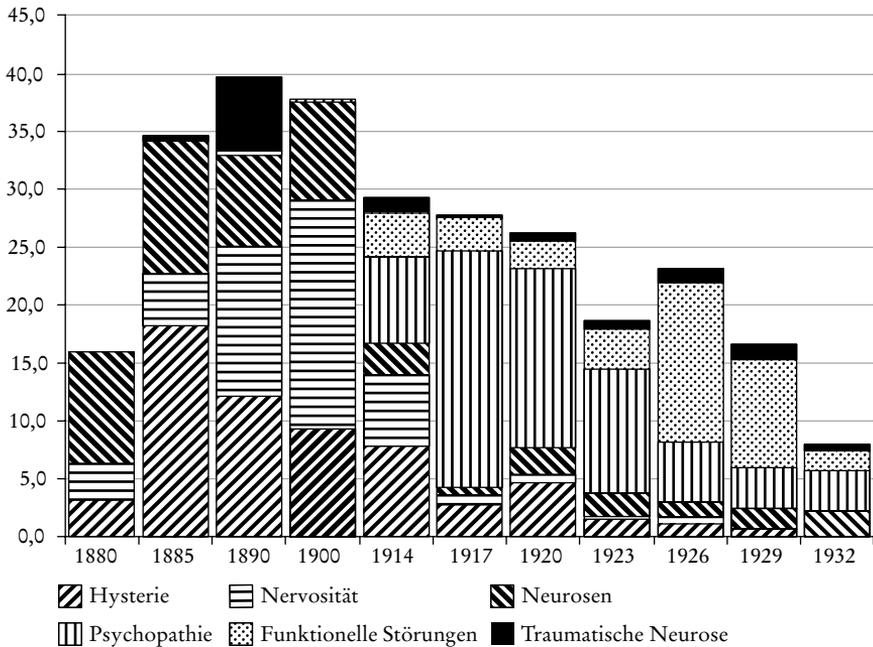


Abbildung 4: Die „weichen“ Diagnosen in der Berliner Nervenpoliklinik von 1880 bis 1932 anteilig an der jährlichen Gesamtpatientenzahl

iatier die ihnen unbekanntem Leiden auf den Begriff? Und wie formte dieser Raum die Wahrnehmung und Deutung psychischer Erkrankung?

Zunächst ist festzustellen, dass sich Begrifflichkeit und Verständnis der poliklinischen Erkrankungen rasch änderten. Der Längsschnitt aus den Stichjahren veranschaulicht den relativen Anteil der oben beschriebenen Diagnosegruppen am Gesamtkollektiv. Dabei imponiert nicht allein der hohe Anteil der „weichen Diagnosen“ (vgl. Abbildung 2), sondern insbesondere der dramatische Wandel innerhalb dieser Kategorie des diagnostischen Spektrums.

Abbildung 4 differenziert diese Kategorie in die zeitgenössischen Diagnosen der Hysterie (von links unten nach rechts oben schraffiert),⁵⁰ Nervosität (horizontal schraffiert), Neurosen (von rechts unten nach links oben schraffiert), Psychopathie (vertikal schraffiert),⁵¹ funktionellen Störungen (weiß gepunktet) und traumatischen Neurosen (in schwarz).⁵²

⁵⁰ Hierzu wurden auch adjektivische Zuschreibungen wie „hysterisch“ gezählt.

⁵¹ Auch psychopathische Konstitution, Psychopathische Persönlichkeit.

⁵² Angesichts der Bandbreite der depressiven Krankheitsbilder (von Melancholie über depressive Reaktion bis hin zur Depression) wurden diese, abweichend von heutigen Gepflogenheiten, den Persönlichkeitsstörungen zugerechnet.

Tabelle 4: Die „weichen Diagnosen“ der Nervenpoliklinik (relativer Anteil) von 1880 bis 1932

Jahr	1880	1885	1890	1900	1914	1917	1920	1923	1926	1929	1932
Hysterie	3,2	18,0	12,2	9,2	7,6	2,5	4,5	1,3	1,0	0,6	0,1
Nervosität	3,2	4,8	13,1	20,1	6,4	1,1	0,8	0,4	0,7	0,1	0
Neurosen	9,5	11,4	7,7	8,2	2,7	0,6	2,4	2,0	1,3	1,8	2,1
Psychopathie	0	0	0	0,3	7,5	20,4	15,5	10,7	5,1	3,4	3,5
funktionelle Störungen	0	0	0,5	0	3,9	2,7	2,4	3,4	13,9	9,4	1,7
traumatische Neurose	0	0,4	6,3	0	1,2	0,3	0,6	0,8	1,1	1,3	0,5

Vor allem der Aufstieg und Fall der Modediagnosen lässt sich schön verfolgen: „Nervosität“ erfuhr mit der Rezeption Miller Beards (1839–1883) eine große Konjunktur, verschwand nach der Jahrhundertwende aber schnell.⁵³ Wurden im Jahre 1880 zwei von gut 60 Patienten als „nervös“ bezeichnet, war es zur Wende des Jahrhunderts bereits ein Fünftel aller Behandelten, die an dieser Zivilisationskrankheit litten. Nach dem Ersten Weltkrieg war die Nervenschwäche kein Thema mehr – zumindest kein psychiatrisches (vgl. Tabelle 4). An ihrer Stelle hielt die Psychopathie Einzug in die Poliklinik: Im Kriegsjahr 1917 wurde ein Fünftel aller Besucher unter dieser Diagnose behandelt. Zugleich hatten die Psychiater eine neue Kategorie für diejenigen Beschwerden etabliert, für die sie offenbar keine eindeutige Ursache fanden: „funktionelle Beschwerden“ (oder auch „psychogen“). Für psychisch verursacht gehalten wurden vielfach Anfälle, Zittern, Krämpfe, Reaktionen, Kopfschmerzen, aber auch depressive Beschwerden wurden mit „viel psychogen“ bewertet. Als „funktionell“ wurden Beschwerden nach einem Unfall, bei Struma, bei Lähmungen und allgemeiner Schwäche bezeichnet, aber auch bei depressiver Verstimmung. Meist hieß es aber nur „funktionelle nervöse Beschwerden“. Beide Diagnosen – „psychogen“ und „funktionell“ – lösten die alten Begriffe der „Hysterie“ und „Neurasthenie“ allmählich ab, ohne sie zu ersetzen. Diese „neuen“ Diagnosen blieben der Poliklinik vorbehalten. „Funktionelle Beschwerden“ wurden über den ganzen Untersuchungszeitraum in der Klinik insgesamt nur zweimal diagnostiziert, nämlich im Zusammenhang mit einer stationär vorgenommenen Begutachtung. Die Beurteilung als „psychogen“ wurde in der Klinik im Zeitraum von 1911 bis 1930 in den ausgewerteten Monaten insgesamt sechzehnmal vergeben – in einem Sample von über 5000 Patienten.

⁵³ Roelcke: Krankheit und Kulturkritik (wie Anm. 27).

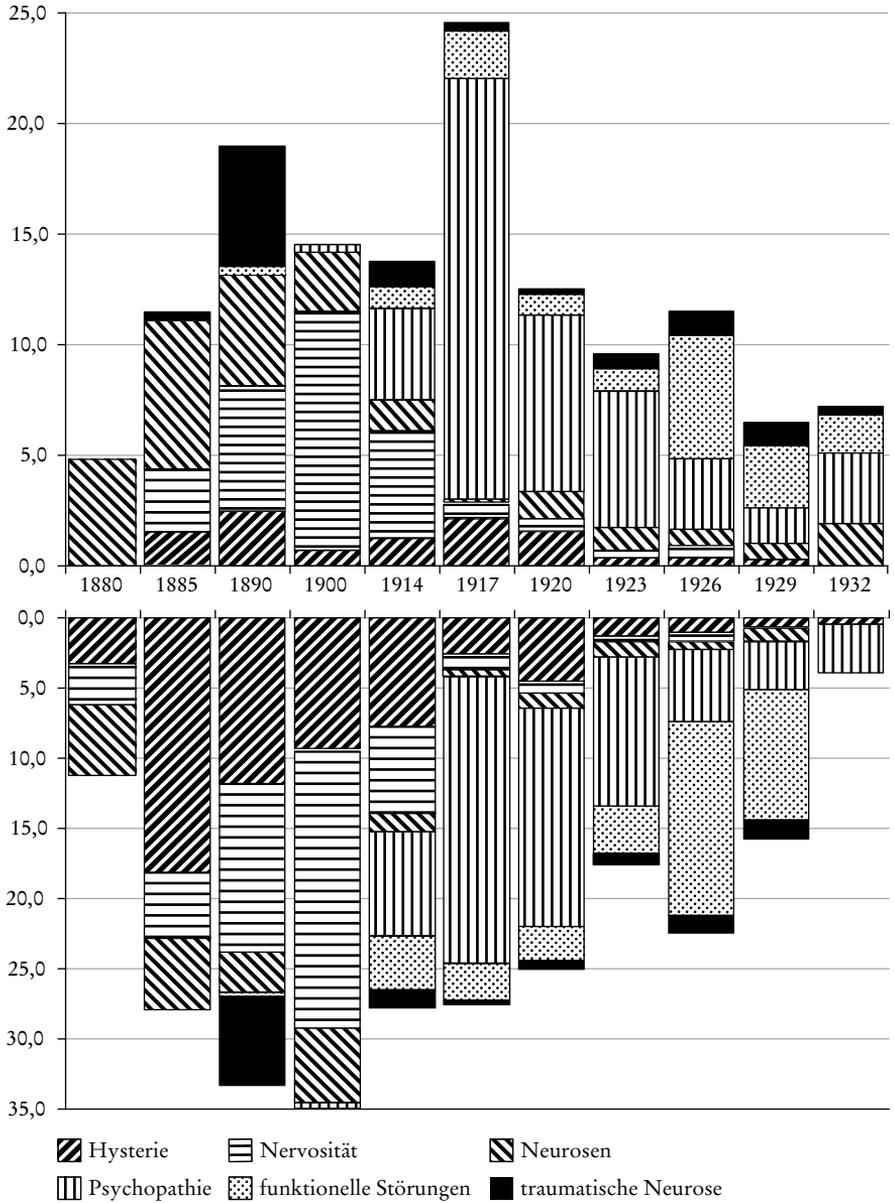


Abbildung 5: Die „weichen“ Diagnosen in der Berliner Nervenklinik von 1880 bis 1932 anteilig an der jährlichen Anzahl männlicher (oben) und weiblicher (unten) Patienten

Tabelle 5: Die „weichen Diagnosen“ der männlichen Patienten der Nervenpoliklinik (relativer Anteil) von 1880 bis 1932 für die Monate März, Juli und November

	1880	1885	1890	1900	1914	1917	1920	1923	1926	1929	1932
Männliche Besucher	34	129	118	167	657	497	568	430	698	552	691
Hysterie	0	1,5	2,3	0,7	1,1	2,0	1,5	0,3	0,2	0,2	0
Nervosität	0	2,9	5,9	10,9	4,9	0,8	0,6	0,3	0,6	0	0
Neurosen	4,8	6,6	5,0	2,6	1,5	0,2	1,2	1,1	0,8	0,8	1,9
Psychopathie funktionelle Störungen	0	0	0	0,3	4,1	19,0	7,9	6,1	3,2	1,6	3,2
traumatische Neurose	0	0	0,5	0	1,1	2,2	1,0	1,0	5,6	2,9	1,7
	0	0,4	5,4	0	1,0	0,3	0,2	0,6	1,1	1,0	0,4

Tabelle 6: Die „weichen Diagnosen“ der weiblichen Patienten der Nervenpoliklinik (relativer Anteil) von 1880 bis 1932 für die Monate März, Juli und November

	1880	1885	1890	1900	1914	1917	1920	1923	1926	1929	1932
Weibliche Besucher	27	140	102	135	760	139	577	498	611	590	118
Hysterie	3,2	18,0	11,7	9,2	7,6	2,5	4,5	1,3	1,0	0,6	0,1
Nervosität	3,2	4,8	12,2	20,1	6,4	1,1	0,8	0,4	0,7	0,1	0
Neurosen	4,8	4,8	2,7	5,3	1,2	0,5	1,1	1,0	0,5	1,0	0,2
Psychopathie funktionelle Störungen	0	0	0,5	0	3,9	2,7	2,4	3,4	13,9	9,4	0,1
traumatische Neurose	0	0	0	0,3	7,5	20,4	15,5	10,7	5,1	3,4	3,5
	0	0,4	6,3	0	1,2	0,3	0,6	0,8	1,1	1,3	0

Eine Überraschung bietet die geschlechtsbezogene Auswertung. Abbildung 5 zeigt an der x-Achse gespiegelt (oben die männlichen, unten die weiblichen Patienten) die geschlechtsspezifische Verteilung des relativen Anteils der Diagnosegruppen am Gesamtkollektiv, bei annähernder Geschlechterparität (außer 1917). Dass Frauen hysterisch und Männer Psychopathen sind, ist Gemeingut. Bemerkenswert ist aber, dass sich diese stereotypischen Zuschreibungen zunehmend nivellierten. So zeigt die grafische Gegenüberstellung eine bemerkenswerte Angleichung der Diagnosen – in Bezug auf den relativen Anteil an der Gesamtverteilung (absolut erhalten Frauen häufiger eine „weiche Diagnose“ als Männer). In der Tat blieb Hysterie für die Ärzte der Poliklinik bis zum Ende des Ersten Weltkrieges ein typisch weibliches Beschwerdebild,⁵⁴ während sie bei männlichen Klienten eher eine Psychopathie vermuteten.⁵⁵ Die „männliche Nervosität“ wurde schon

⁵⁴ George Didi-Huberman: Erfindung der Hysterie. München 1997; Karen Nolte: Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900. Frankfurt a. M./New York 2003.

⁵⁵ Thomas Boetsch: „Psychopathie“ und antisoziale Persönlichkeitsstörung: Die ideengeschichtliche Entwicklung von „Psychopathie“-Konzepten in der deutschen und angloamerikanischen Psychiatrie und ihr Bezug zu operationalisierten Klassifikationssystemen. Diss. med. München 2003.

um 1900 vorwiegend bei Frauen diagnostiziert,⁵⁶ auch die Psychopathie wurde nach dem Zweiten Weltkrieg zunehmend eine Diagnose für Patientinnen. Dafür galten die Beschwerden von Männern vermehrt als funktionell oder psychogen. Festzuhalten ist folglich, dass trotz der im fachwissenschaftlichen wie im populären Diskurs weithin verhandelten geschlechtsspezifischen Konnotation beide Diagnosen – Hysterie und Psychopathie – in der poliklinischen Praxis zunehmend unabhängig von der Variable „Geschlecht“ verwendet wurden.

Für das Berliner Beispiel lässt sich das „andere Kranksein“ somit in dreierlei Hinsicht spezifizieren:

1. Die Leiden und Beschwerden der poliklinischen Klientel stellten die klinisch trainierten Psychiater offenbar vor besondere Herausforderungen. Anders ist das große Spektrum diagnostischer Zuschreibungen kaum zu verstehen, mit denen in den Augen der Kliniker unspezifische und vor allem nicht somatisch begründbare Erkrankungen belegt wurden: Anämie (vor 1800) und klimakterische Beschwerden, Hypochondrie und nervöse Depressionszustände, Schreibkrampf und Beschäftigungsneurosen, Einnässen oder plötzliche Pollutionen, Impotenz und Onanie, Zwangsvorstellungen und nervöses Herzklopfen, Schreckneurosen und Angstzustände, Platzangst und andere Phobien. Die bunte Vielfalt der diagnostischen Beschreibungen reflektiert gleichermaßen die Bandbreite alltäglicher Beschwerdebilder wie die Mühen, diese auf einen rationalen medizinischen Begriff zu bringen. Mischformen wie hysteroneurasthenisch oder „pseudo-“ in verschiedenen Kombinationen sind ebenso Zeichen für die Verlegenheit der beteiligten Ärzte wie für die Unzulänglichkeit ihres psychiatrischen Vokabulars, um das Leiden, dem sie in der Poliklinik begegneten, zu bestimmen.
2. Vor diesem Hintergrund ist die Konjunktur der zeitgenössischen Modediagnosen Neurasthenie, Hysterie und Psychopathie im Diagnosespektrum der Poliklinik zu sehen. Der Rückgriff auf diese auch in der breiten Öffentlichkeit diskutierten Krankheitszuschreibungen markiert einerseits die Bereiche einer fachwissenschaftlichen Unsicherheit. Andererseits macht diese Konjunktur auch deutlich, dass die Erkrankungen der Poliklinik von den klinisch trainierten Ärzten dort vielfach nicht ernst genommen wurden. Aus der Perspektive der Psychiater dürften die Beschwerden, wegen derer die Poliklinik aufgesucht wurde, kaum einem Vergleich mit jenen Erkrankungen standgehalten haben, die sie in den Bettensälen der Abteilung zu behandeln hatten.
3. Umso bemerkenswerter erscheint es, dass diese pejorativen Diagnosen zunehmend durch neutralere Krankheitsbeschreibungen abgelöst wurden. Einerseits nahm der Anteil der „weichen Diagnosen“ generell ab, was vermuten lässt, dass manche der bislang als nervös, hysterisch oder psychopathisch beschriebenen Störungen nun als neurologisch oder somatisch begründete Erkrankungen ge-

⁵⁶ Heinz-Peter Schmiedebach: The Public's View of Neurasthenia in Germany – Looking for a New Rhythm of Life. In: Marijke Gijswijt-Hofstra/Roy Porter (Hg.): Cultures of Neurasthenia. From Beard to the First World War. New York/Amsterdam 2001, S. 219–238.

deutet wurden. Andererseits spricht die Konjunktur der neuen Kategorie der funktionellen und psychogenen Störungen für ein aktives Bemühen, moralisch wertende Krankheitszuschreibungen zu vermeiden. Auffällig dabei ist, dass sich zugleich die geschlechtsspezifische Verwendung von Zuschreibungen wie hysterisch und psychopathisch verliert.

Die Straßburger Poliklinik als gescheitertes Modell

Der erste Direktor der Straßburger Psychiatrischen Klinik nach dem Ersten Weltkrieg, Charles Pfersdorff, war über lange Jahre hinweg Assistent des letzten deutschen Klinikdirektors gewesen. Dieser Umstand dürfte entscheidend für den Fortbestand der Poliklinik nach Kriegsende gewesen sein.⁵⁷ Die Weiterführung des deutschen Systems stellte die französische Verwaltung jedoch vor große Probleme. War bis dahin die Kultusbehörde für den Unterhalt der klinischen Einrichtungen verantwortlich, so hatte diese Last nun das städtische Krankenhaus zu tragen.⁵⁸ Die Poliklinik wurde somit zur exklusiven Klinik der Stadt.⁵⁹ Unter kommunaler Trägerschaft verlor die Poliklinik jedoch ihren Status einer *institution scientifique*. Dabei wurde just jene Funktion der Poliklinik gestärkt, die das Straßburger Modell von Anfang an geprägt hatte, nämlich die städtische Orientierung.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Straßburger Poliklinik sich vorrangig durch eine ambulante Versorgungsfunktion auszeichnete. Dies war Ausdruck der gesetzlichen Rahmenbedingungen. In der Folge sammelten sich in der Poliklinik andere Krankheitsbilder als in der Klinik, wie das Beispiel der Epileptiker zeigt.⁶⁰ Diese Selektion einer anderen Klientel mag als Effekt mit dem der Berliner Poliklinik vergleichbar sein. Sowohl im Mechanismus als auch im Resultat unterschieden sich beide Einrichtungen aber deutlich. Die Straßburger Poliklinik stellt

⁵⁷ Jollys Nervenpoliklinik wurde dabei allerdings geteilt – in eine neurologische und psychiatrische Poliklinik.

⁵⁸ Contrat forfaitaire entre l'Université de Strasbourg et les Hospices Civils (1923) 4AH467, Archives de la ville et de l'Eurométropole de Strasbourg. Zu den komplizierten Verhältnissen zwischen der medizinischen Fakultät und dem Städtischen Krankenhaus nach dem Ersten Weltkrieg vgl. Tricia Close-Koenig: *Betwixt and between. Production and Commodification of Knowledge in a Medical School Pathological Anatomy Laboratory in Strasbourg (mid-19th century to 1939)*. Diss. Straßburg 2011.

⁵⁹ In einem Bericht zu den Straßburger Polikliniken von 1890 gab der Direktor der Zivilhospizien Oscar Gerval an, dass ein Zehntel der ambulanten Patienten von auswärtigen Gemeinden stammten. Vgl. Brief vom 16. 1. 1890 an den Verwaltungsrat der Zivilhospizien, Beilage zum Bericht von Joseph Delpech in *Rapport entre la Faculté de Médecine et l'Hôpital Civil* 4AH357, Archives de la ville et de l'Eurométropole de Strasbourg. Dieser Anteil dürfte in den darauffolgenden Jahrzehnten dank der verbesserten Verkehrsmöglichkeiten gestiegen sein, und ähnliche Proportionen (1:3) wie für die stationäre Behandlung erreicht haben. Vgl. Roland Schwab: *Les relations villes-campagnes. Un exemple de mise en place de la zone d'influence d'un service urbain: L'hôpital civil de Strasbourg (1840–1910)*. In: *Revue d'Alsace* 105 (1979), S. 151–158.

⁶⁰ Vgl. Anm. 46.

also eine eigene Form der Umsetzung der ambulanten Versorgung dar. Dies war bereits den Zeitgenossen aufgefallen. In einer Rezension zu Fürstners Broschüre zur „Fürsorge für Gemütskranke“ von 1899 verwies der Marburger Arzt Albert Buchholz (1859–1927), ehemaliger Assistent von Fürstner in Heidelberg, auf eine solche Differenz: So dürfte „für die engeren Fachgenossen [...] gerade die Schilderung der Verhältnisse der Straßburger Klinik von besonderem Werte sein, weil sie in manchen Beziehungen von den sonst üblichen abweichen“. ⁶¹ Ob man deshalb von verschiedenen poliklinischen Modellen sprechen darf, ist eine Frage, die anhand der zwei Beispiele Straßburg und Berlin allein nicht beantwortet werden kann.

Für die rechtliche Einbettung der psychiatrischen Versorgung – beziehungsweise die Umgehung des Gesetzes von 1838 – blieb die singuläre Stellung der Poliklinik jedoch folgenlos. Als Edouard Toulouse (1865–1947) am 1. Juni 1922 in Paris am Hôpital Sainte Anne den „service libre Henri-Rousselle“ als große Innovation einführte, hätte man erwarten können, dass er auf das Straßburger Modell einer solchen ambulanten Einrichtung Bezug nehmen würde. ⁶² Als Modell für die „dispensaires d’igiène mentales“, für eine „clinique en liaison permanente par des voies centrifuges et centripètes avec le milieu social polymorphe“ bezog man sich nicht auf die deutsche Poliklinik und auch nicht auf das näher gelegene Straßburg. Stattdessen verwiesen die französischen Psychiater auf eine US-amerikanische Einrichtung, nämlich die von Adolf Meyer errichtete Psychiatrie der John Hopkins University in Baltimore. ⁶³ Es ist bezeichnend, insbesondere wenn man bedenkt, dass in Frankreich gerade zu diesem Zeitpunkt Alternativen zu dem Gesetz von 1838 sehr lebhaft diskutiert wurden, dass Paul Courbon (1879–1958) in seiner Abhandlung von 1922 über die psychiatrische Praxis im Elsass nicht auf diesen Präzedenzfall einging. ⁶⁴

Doch ein kurzer Blick nach Straßburg hätte sich gelohnt. Die mit der Poliklinik entwickelte Struktur einer städtischen Versorgung hätte der Dritten Republik als Musterbeispiel für den Aufbau der ambulanten psychiatrischen Versorgung dienen können. In dieser Hinsicht kann man die Straßburger Poliklinik als gescheitertes Modell begreifen. Dass gerade diese besondere Qualität der Straßburger Klinik damals „übersehen“ wurde, bleibt eine pikante Randnote in der deutsch-französischen Beziehungsgeschichte.

⁶¹ [Albert] Buchholz: Rezension zu Carl Fürstner, *Wie ist die Fürsorge für Gemütskranke von Aerzten und Laien zu fördern?* Berlin 1899. In: *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie* 5 (1899), S. 316.

⁶² Nur in einer Straßburger Dissertation wird die Modellfunktion der dortigen psychiatrischen Poliklinik anerkannt. Vgl. Fernand Pautrel: *Les modes actuels de traitement et d’hospitalisation des psychopathes*. Diss. med. Straßburg 1922, S. 17.

⁶³ Maurice Legrain: *Le projet Grinda et l’hygiène mentale*. In: *Annales médico-psychologiques* 1 (1922), S. 298–319, hier: S. 316.

⁶⁴ Paul Courbon: *La pratique psychiatrique en Alsace*. In: *Annales médico-psychologiques* 1 (1922), S. 193–210.

Conclusio

Was machen wir mit diesen Befunden? Wir haben mit dem Vergleich der seriellen Daten aus Berlin mit denen aus der bislang weitgehend unbekanntem Gründungsgeschichte der ambulanten psychiatrischen Versorgung in Straßburg die Entwicklung der Poliklinik als einer eigenständigen Einrichtung nachgezeichnet. Gerade die Gegenüberstellung der beiden Beispiele veranschaulicht, dass diese Entwicklung nicht hinreichend als Geschichte der ärztlichen Nöte um Forschung und Lehre, der Professionalisierung des Faches oder der Verwissenschaftlichung der Disziplin erfasst werden kann. Das bekannte strukturfunktionalistische Argument wollen wir aufnehmen und wenden: Die Funktion der Materialbeschaffung für „Forschung und Lehre“ blieb weitgehend Rhetorik, die sich in Denkschriften und Absichtserklärungen aufseiten der Kliniker ebenso findet wie auf der Seite eines wohlwollenden Kultusministeriums. Stattdessen lässt sich die Poliklinik eher als Resultat einer anderen funktionalen Differenzierung begreifen, nämlich nicht des wissenschaftlichen, sondern des medizinischen Systems. Mit der Poliklinik integrierte sich die frühere Irrenanstalt in die ambulante Versorgung der Stadt. Aus der ursprünglich geplanten Anstalt außerhalb des Krankenhauses vor den Toren der Stadt (in Straßburg wie in Berlin) wurde nun ein integrales Element der urbanen Infrastruktur. Diese Funktion der Poliklinik möchten wir in drei Beobachtungen zusammenfassen:

1. *Entwicklung einer eigenen Terminologie.* Der Vergleich der Diagnosen in der Poliklinik mit denen der Klinik macht auf die andere Klientel der ambulanten Einrichtung aufmerksam. Er illustriert zugleich sehr anschaulich, in welcher Weise die akademische Psychiatrie diese neuen Leiden und Beschwerden als theoretische wie praktische Herausforderung begriff. Dafür steht nicht nur die Konjunktur der neuen Diagnosen, mit der der andere Charakter der poliklinischen Erkrankungen als soziale Devianz markiert wurde, sondern auch die Auflösung dieser Modediagnosen durch eine zunehmend feinere Differenzierung in Phobien, Affekt- und Zwangsstörungen.
2. *Differenz zwischen poliklinischer Praxis und öffentlichem Diskurs.* Der quantitative Anteil der entsprechenden Diagnosen reflektiert nicht die aufgeregten Debatten der Zeitgenossen um die Auswirkungen der modernen Zivilisation, nicht die Folgen einer urbanen, industrialisierten und technisierten Lebensführung und einer drohenden Degeneration. So findet sich in unserem Sample über den gesamten Untersuchungszeitraum nur sechsmal die Diagnose einer Degeneration. Auch der Eindruck eines „nervösen Zeitalters“ bestätigt sich empirisch nicht, wurden doch in fünfzig Jahren gerade einmal gut 200 Patienten der Berliner Poliklinik in dem Drei-Monats-Sample wegen eines „nervösen“ Leidens behandelt – mit einer imponierenden Konjunktur zwischen 1885 und 1914. Die Ablösung der moralisch wertenden Modediagnosen durch eine Ausdifferenzierung der Neurosen und funktionellen Störungen verweist auf eine eigenständige *moral economy* und Wissensordnung – in Differenz zum Diskurs. Ob dabei die alte Werteordnung zugleich in die neue Wissensordnung eingeschrie-

ben und überführt wurde, ist eine Frage, die nur eine qualitative Analyse wird beantworten können.

3. *Neue Diagnosen als spezifische Deutungsangebote.* Die alltäglichen Beschwerden und Leiden erhielten nicht nur einen fachwissenschaftlichen Namen, sondern auch eine wissenschaftliche Bedeutung. So stehen die neuen Krankheitsbezeichnungen wie Platzangst, Angstneurose, Angstpsychose oder sogar Angstmelancholie für jenen bislang namenlosen Bereich von Angstzuständen, -anfällen, -attacken sowie Unruhe und Zittern, von denen die Bewohner der rasch wachsenden Industriestadt geplagt wurden.

Ein Beispiel für diese funktionale Ausdifferenzierung ist die traumatische Neurose, deren auffällige Konjunktur um 1890 Abbildung 3 veranschaulicht.⁶⁵ Diese Konjunktur hat einen Namen: Hermann Oppenheim war in jenen Jahren Leiter der Poliklinik, und die Spuren seiner Arbeit lassen sich in den Bandakten gut verfolgen. Er hatte diese Diagnose bei der Behandlung und Begutachtung von Fabrikunfällen in Abgrenzung zur *Railway Spine* entwickelt. Als Ursache für die psychischen Auswirkungen solcher Verletzungen (Konzentrationsverlust, Leistungsabfall, Schwäche oder sogar Lähmungen) nahm er feinste Verletzungen des Nervensystems durch die Erschütterung des Traumas an.⁶⁶ Mit diesem neurologischen Erklärungsansatz wurde die traumatische Neurose ein Fall für die 1884 eingeführte Gesetzliche Unfallversicherung und begründete den Anspruch auf Rentenzahlung. Dieser wurde von vielen Zeitgenossen heftig bestritten, was in eine lange Debatte mündete.⁶⁷

Das Schicksal der traumatischen Neurose ist beispielhaft. Oppenheim mag das neue Leiden in der Poliklinik identifiziert haben, definiert hat er es jedoch im Referenzsystem der Klinik. Sein Begriff der traumatischen Neurose war auf den Apparat der Laborwissenschaften angewiesen, und zwar auf den Nachweis kleinster mikroskopischer Schädigungen. Das funktionierte in der Poliklinik nicht. Die Renten-neurose verschob zwar den klinischen Definitionsversuch ins Psychische, transportierte aber, wie hinlänglich bekannt, das Wertesystem der konservativen

⁶⁵ Diese Sammelkategorie vereinigt die Diagnosen „traumatische Neurose“, Renten-neurose und Unfallneurose.

⁶⁶ Hermann Oppenheim: Die traumatischen Neurosen nach den in der Nerven-klinik der Charité in den 8 Jahren 1883–1891 gesammelten Beobachtungen. Berlin 1892; zu Oppenheim siehe Anja Pech: Hermann Oppenheim (1858–1919). Leben und Werk eines jüdischen Arztes (= Studien zur Medizin-, Kunst- und Literaturgeschichte, Bd. 58). Herzogenrath 2007.

⁶⁷ Paul Lerner: „Nieder mit der traumatischen Neurose, hoch die Hysterie“: Zum Niedergang und Fall des Hermann Oppenheim (1889–1919). In: Psychotherapie 2 (1997), S. 16–22; Mark S. Micale/Paul Lerner: Traumatic Pasts. History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870–1930. Cambridge/New York 2001; Bernd Holdorff: Der Kampf um die „traumatische Neurose“ 1889–1916: Hermann Oppenheim und seine Kritiker in Berlin. In: Hanfried Helmchen (Hg.): Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin. Berlin u. a. 2008, S. 213–238.

Ärzterschaft.⁶⁸ Der neue Begriff der funktionalen Störung, der sich auffällig häufig im Zusammenhang mit Begutachtungen findet, verzichtete auf genau diesen moralischen wie theoretischen Bias – und scheint, so die Arbeitshypothese, eine im Umgang mit den Patienten adäquatere Beschreibung der Beschwerden erlaubt zu haben.

Die diagnostische Abgrenzung von psychischen Unfallfolgen (siehe Abbildung 3) bewährte sich in der Praxis somit nicht, unabhängig davon, ob die Erkrankung nun als traumatische Neurose, Renten-, Unfall- oder Begehrensneurose bezeichnet wurde. So kann man im überlieferten Material zwar sehr schön verfolgen, wie die traumatische Neurose durch den Begriff der Renten-neurose abgelöst wurde.⁶⁹ Zugleich macht die Übersicht aber auch die schwindende Relevanz dieser umstrittenen Kategorie deutlich. Beschwerden nach Arbeitsunfällen wurden nun ganz neutral als neurologische Erkrankungen oder als psychogene beziehungsweise funktionelle Störung klassifiziert.

Dieser letzte Exkurs soll das zentrale Argument dieses Beitrags unterstreichen: Die Poliklinik ist wesentlich durch ihre Einbettung in die jeweilige urbane Infrastruktur zur ambulanten Versorgung und Betreuung von psychisch Kranken geprägt. Diese Funktion ist, so möchten wir behaupten, entscheidend für die Entwicklung dieser neuen Einrichtung. Die Poliklinik mag als eine Einrichtung der Forschung und Lehre gedacht, initiiert und finanziert worden sein. Die gestaltenden Kräfte ihrer Entwicklung entsprangen jedoch nicht der akademischen Verpflichtung, sondern einem praktischen Versorgungsauftrag.

Abstract

The history of psychiatric care has so far been presented as a history of hospitalisation. A closer look to psychiatric policlinics may afford a wider and more balanced perspective. The scant literature on this out-patient facility has concentrated only on its ties with the academia, presenting it as an instrumental appendix of the university clinic into the city, a filter for and a reservoir of scientifically interesting cases. This paper proposes a comparative analysis of the diagnostic spectrum of the clinic and of the policlinic in Strasbourg and Berlin. A comparative appraisal of two lines of tension – the clinic vs. the policlinic and the new-founded institution in Strasbourg vs. “first psychiatry” of the German Empire – will show the main differences in clientele, diagnostic grids, and distribution of the main diseases categories. Drafting the rough picture of the major differences in terms of complaints, troubles, and mental conditions with witch outpatients confronted the city-clinic the paper argues that the policlinic was more than an exten-

⁶⁸ Esther Fischer-Homberger: Die traumatisierte Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden. Bern u. a. 1975.

⁶⁹ Ruth Kloocke: Psychological Injury in the Two World Wars. Changing Concepts and Terms in German Psychiatry. In: History of Psychiatry 16 (2005), S. 43–60.

sion of the asylum into the urban space. While policlinics may well have been conceived and financed as a means of research and teaching, they were shaped by the novel and specifically urban disorders, and developed along an interplay with the rapidly growing industrial city. In this sense, the policlinic grew into an autonomous institution strongly influenced by local legislative and administrative conditions, such as admission standards, remittance and transfer routines, reimbursement or competing facilities. Consequently, we argue that, instead of “medicalising” the town, the policlinic represented an “urbanization” of the traditional psychiatric institution.

Stefan Wulf

Morphinismus und Kokainismus

Anmerkungen zum Konstrukt der Psychopathie im Hamburger Drogendiskurs der 1920er Jahre*

Der Psychiater Albrecht Langelüddeke,¹ Assistenzarzt an der Hamburger Staatskrankenanstalt Friedrichsberg,² stellte 1926 in einem seiner zahlreichen Gutachten eine bemerkenswerte Behauptung auf: „Um zum Morphinisten zu werden, müssen in der Regel zwei Bedingungen erfüllt sein: Erstens muß der Betreffende ein Psychopath (oder Ähnliches) sein und zweitens muß er einmal eine Morphiuminjektion erhalten haben. Beide Bedingungen stehen in einer gewissen Wechselwirkung zu einander; je schwerer die Psychopathie, desto leichter ständiger Morphiummißbrauch. Treten Schmerzen hinzu, braucht der Grad der Psychopathie nicht so groß zu sein.“³

* Der Aufsatz ist im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten und von Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach geleiteten Projekts „Rausch – Sucht – Wahnsinn. Drogen-Wahn in Hamburg (1900–1930)“ am Hamburger Institut für Geschichte und Ethik der Medizin (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) entstanden. Das Hamburger Projekt ist Teilprojekt der zweiten Förderphase der DFG-Forschergruppe 1120 „Kulturen des Wahnsinns (1870–1930). Schwellenphänomene der urbanen Moderne“.

¹ Albrecht Langelüddeke (1889–1977): seit Mitte Dezember 1918 in Friedrichsberg tätig, zunächst als Volontär-, dann als Assistenz- und schließlich als Abteilungsarzt (1930 Venia Legendi); ab Herbst 1935 Direktor der Landesheilanstalt Haina (Hessen-Nassau); ab April 1937 Direktor der Landesheilanstalt Marburg; lehrte an der Marburger Universität u. a. Gerichtliche Psychiatrie (ab 1940 als apl. Prof.); während des Zweiten Weltkriegs u. a. psychiatrischer Gutachter bei Militärgerichtsprozessen; nach 1945 auf Veranlassung der US-Militärregierung als Direktor der Landesheilanstalt Marburg entlassen, zwischen 1949 und 1954 – allerdings nur noch als leitender Arzt – dort wieder tätig; nach seiner Pensionierung Rückkehr nach Hamburg, gefragter Gutachter bei Strafgerichtsprozessen und psychiatrischer Sachverständiger der Bundesregierung („Kastrationsgesetz“ 1969). Vgl. Roland Müller: Wege zum Ruhm. Militärpsychiatrie im Zweiten Weltkrieg. Das Beispiel Marburg. Köln 2001, S. 271–278, vgl. auch S. 174–198; Staatsarchiv Hamburg (StAHH), 131-8 (Senatskommission für den höheren Verwaltungsdienst), G1c HV 1935, La III/11 (Langelüddeke) und G1c HV 1935, La IV/6 (Langelüddeke); Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen in Kassel, Bestand 16 (Marburg), Unterbestand Personalakten (Langelüddeke).

² Wilhelm Weygandt: Friedrichsberg. Staatskrankenanstalt und psychiatr. Universitätsklinik in Hamburg. Ein Beitrag zur Krankenanstaltsbehandlung und Fürsorge psychisch Kranker und Nervenleidender. Hamburg 1922; ders.: Die Staatskrankenanstalt Friedrichsberg und Psychiatrische Universitätsklinik Hamburg. Düsseldorf 1928.

³ Historisches Krankenblatt-Archiv des Hamburger Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Akte Friedrichsberg, No. 56.743: Gutach-

Mit dieser Feststellung Langelüddekes ist das Thema des vorliegenden Beitrags bereits klar umrissen. Untersucht wird jener Zusammenhang zwischen Drogensucht und Psychopathie, wie er bereits vor dem Ersten Weltkrieg von den Psychiatern konstruiert worden war⁴ und im Kontext eines veränderten und zunehmend inkriminierten Drogenkonsums während der Weimarer Republik die psychiatrischen Erklärungsmodelle auf dem Gebiet der Intoxikationspsychosen beherrschte. Gefragt wird nach den verschiedenen Spielarten dieses Konzepts, den Abweichungen und Besonderheiten im Wechsel der Fälle und der verantwortlichen Psychiater. Vor allem aber stellt sich die Frage, ob hier primär das Bemühen um eine medizinische Erklärung von Krankheitszusammenhängen im Vordergrund stand oder ob die beschriebene Konstruktion nicht vielmehr vor dem Hintergrund juristisch-administrativer Funktionszusammenhänge zu betrachten und zu interpretieren ist.

Die oben zitierte Feststellung Langelüddekes ist einem Gutachten entnommen, in dem es um den Grad der Arbeitsverminderung durch Morphiumabhängigkeit geht. In den allermeisten einschlägigen Friedrichsberger Gutachten allerdings wird der Zusammenhang zwischen Psychopathie und Rauschmittelsucht unter dem Gesichtspunkt einer möglichen Entmündigung der betreffenden Patienten diskutiert und ausgelotet. Dieser Quellenbestand der zahlreich überlieferten Friedrichsberger Entmündigungsgutachten der 1920er Jahre und damit zusammenhängend die Frage einer möglichen Zwangsbehandlung Drogensüchtiger in der Anstalt stehen im Fokus dieses Beitrags. Räumlicher Bezugsrahmen ist Hamburg mit seiner zentralen psychiatrischen Versorgungsanstalt, der Staatskrankenanstalt und zugleich psychiatrischen Universitätsklinik Friedrichsberg, ehemals gelegen im Osten des Stadtgebiets, zwischen Barmbek-Süd und Wandsbek.

Die Untersuchung trägt der Fragestellung des vorliegenden Bandes nach Formen der Entgrenzung des Wahnsinns insofern Rechnung, als vor allem der Begriff der „Psychopathie“ vor dem Hintergrund der Drogenfrage der 1920er Jahre im Zentrum der Betrachtung stehen wird. Morphium und Kokain (wie auch Heroin) erlebten in der Weimarer Republik einen nicht unbeträchtlichen Schub vom Arznei- zum Genussmittel, und zwar insbesondere in Großstädten wie Hamburg und bei zunehmend breiteren Bevölkerungsschichten.⁵ Ob man hinsichtlich des Ver-

ten Langelüddeke, 5. 7. 1926, S. 4f. Bei Patienten bzw. Patientinnen mit Mehrfachaufnahmen wird als Nachweis in den Fußnoten jeweils die letzte Aufnahme Nummer angegeben, unter der die Akten abgelegt worden sind.

⁴ Vgl. etwa Paul Schroeder: Intoxikationspsychosen. In: Gustav Aschaffenburg (Hg.): Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil. 3. Abt., 1. Hälfte. Leipzig/Wien 1912, S. 119–334, hier: S. 122–124, S. 159f.

⁵ Vgl. etwa Karl Bonhoeffer/Georg Ilberg: Über Verbreitung und Bekämpfung des Morphinismus und Kokainismus. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 83 (1925/26), S. 228–249, hier: S. 228–237; vgl. zu Hamburg: Friedrich Meggendorfer: Intoxikationspsychosen. In: Oswald Bumke (Hg.): Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. 7, Spezieller Teil 3. Berlin 1928, S. 151–400, hier v. a.: S. 299f.; vgl. außerdem Kurt Pohlisch: Die Verbreitung des chronischen Opiatmißbrauchs in Deutschland, ermittelt auf Grund eines vom Reichsgesundheitsamt zusammengestellten und geprüften Materials. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 79 (1931), S. 1–32.

brauchs von Narkotika für diesen Zeitraum von einer „Drogenwelle“⁶ sprechen kann oder nicht, muss hier offen bleiben. In jüngster Zeit wurde der Begriff der „Drogenwelle“ für die Weimarer Republik massiv infrage gestellt und die vielschichtigen Veränderungen nach dem Ersten Weltkrieg (sowie gerade auch durch den Krieg) wurden vielleicht etwas einseitig auf einen Wahrnehmungswandel beziehungsweise Problematisierungsprozess reduziert.⁷ Anders gesagt: Die „Drogenwelle“ wurde als Welle intensiver Aufmerksamkeit interpretiert, eine bedeutsame Zunahme des Konsums von Rauschmitteln in Abrede gestellt und damit der Etablierungsprozess eines „sozialen Problems“ in den Vordergrund gerückt. Ein solcher Prozess hat in den 1920er Jahren ohne Zweifel stattgefunden. Wenn aber allein im Jahre 1929 mehr Patienten und Patientinnen wegen Drogenabhängigkeit in der Hamburger Anstalt Friedrichsberg aufgenommen wurden als in den zwei Jahrzehnten zwischen 1900 und 1919 insgesamt, so wird man doch – bei aller Zurückhaltung in der Interpretation dieser Zahlen⁸ – gewisse Veränderungen auf der Ebene des Rauschmittelkonsums konstatieren können, die im lokalen Maßstab und im Binnenraum der psychiatrischen Anstalt durchaus als bedenklich und beunruhigend aufgefasst werden konnten. Es sind nicht zuletzt die sich daraus ergebenden Dynamiken, die in dieser Untersuchung thematisiert werden.

Psychopathie – Charakter- und Persönlichkeitsschwächen im Kompetenzbereich der Psychiatrie

Bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts hinein wurde in der deutschen Psychiatrie der Begriff „psychopathisch“ im reinen Wortsinn für „psychisch krank“ beziehungsweise „psychisch leidend“ benutzt.⁹ Die erste spezifischere Verwendung, und zwar im Sinne eines Oberbegriffs für abnorme Persönlichkeiten, geht

⁶ Vgl. zur Begriffsbreite der „Drogenwelle“ Jakob Tanner: Rauschgiftgefahr und Revolutions-trauma. Drogenkonsum und Betäubungsmittelgesetz in der Schweiz der 1920er Jahre. In: Sebastian Brändli u. a. (Hg.): Schweiz im Wandel. Studien zur neueren Gesellschaftsgeschichte. Basel/Frankfurt a. M. 1990, S. 397–416, hier: S. 398.

⁷ Annika Hoffmann: Drogenkonsum und -kontrolle. Zur Etablierung eines sozialen Problems im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts (= Perspektiven kritischer Sozialer Arbeit, Bd. 13). Wiesbaden 2012.

⁸ Die steigenden Patientenzahlen lassen sich zu einem gewissen Teil sicherlich auf administrativ-juristische und versorgungstechnische Änderungen zurückführen. So war einigen Friedrichsberger Patienten vor ihrer Aufnahme in die Anstalt durch das Hamburger Wohlfahrtsamt die Unterstützung verweigert worden, solange sie sich keiner Entziehungskur unterziehen würden. Manche Patienten kamen nach Friedrichsberg, weil sie im Kontext zunehmender Beschaffungsprobleme infolge der Opiumgesetzgebung nur noch den Ausweg einer Entziehungsbehandlung sahen. Die allgemeine Verarmung nach dem Ersten Weltkrieg führte wohl auch dazu, dass Rauschmittelabhängige nun häufiger in öffentlichen Anstalten behandelt wurden anstatt in teuren Privatanstalten. Vgl. u. a. Bonhoeffer/Ilberg: Verbreitung (wie Anm. 5), S. 230.

⁹ Thomas Boetsch: Psychopathie und antisoziale Persönlichkeitsstörung. Ideengeschichtliche Entwicklung der Konzepte in der deutschen und angloamerikanischen Psychiatrie und ihr Bezug zu modernen Diagnosesystemen. Saarbrücken 2008, S. 12f.

auf den württembergischen Psychiater Julius Ludwig August Koch zurück. Er legte erstmals 1888 in seinem Buch „Kurzgefaßter Leitfaden der Psychiatrie“ Grundlegendes zu Begriff und Konzept der „psychopathischen Minderwertigkeiten“ dar¹⁰ und widmete ihnen wenige Jahre später ein viel beachtetes Werk.¹¹ Koch unterschied zwischen angeborenen und erworbenen „psychopathischen Minderwertigkeiten“. In beiden Bereichen legte er – je nach Schwere der Störungen – eine Dreiteilung zugrunde: 1. die psychopathische Disposition, 2. die psychopathische Belastung und 3. die psychopathische Degeneration. Während sich die Dispositionen nach Koch an die „Breite des Normalen“ anschlossen, leiteten die „psychopathischen Degenerationen“ zu den Geisteskrankheiten über. Koch hob hervor, dass alle „psychopathischen Minderwertigkeiten“ eine organisch-pathologische Ursache hätten. Durch die postulierte Schädigung des Gehirns beziehungsweise des zentralen Nervensystems ließ sich die Psychopathie ohne Weiteres in den medizinischen Diskurs integrieren und als Teilgebiet der Psychiatrie verstehen.

Viele Psychiater haben sich fortan zur Frage der Psychopathie geäußert. Ihre Auffassungen von diesem Begriff und dem, was er bedeuten sollte, differierten zum Teil erheblich. Eine übereinstimmende Definition gab es nicht und ebenso wenig ein einheitliches Modell, wie dieses Konstrukt¹² in der psychiatrischen Praxis anzuwenden sei. Wir haben es hier mit einer ersten von der Psychiatrie ausgehenden Annäherung an die heute sogenannten Persönlichkeitsstörungen zu tun, die hinsichtlich Erfassung, Klassifikation und Therapie nach wie vor eine Herausforderung darstellen. Die Anfänge des Psychopathiediskurses fallen in einen Zeitraum, in dem die Degenerationslehre als wissenschaftliches Paradigma den psychiatrischen Diskurs dominierte¹³ und gesellschaftlich geradezu „die Kraft einer Ideologie“ entfaltete.¹⁴ An der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert wird allerdings eine zunehmende Differenzierung greifbar. Neben der Degenerationshypothese, die abweichendes Verhalten als per se vererbbar annahm, standen schon bald Verursachungshypothesen, die deviantes Verhalten als Folge „psychopathischer Constitution“ begriffen (Prädisposition).

Im 3. Teil seiner „Klinische[n] Psychiatrie“ schrieb Emil Kraepelin 1915 über die Psychopathie: „Hier liegt ein Gebiet der psychiatrischen Forschung, das weit über rein ärztliche Fragen hinaus in die Lehre vom innersten Wesen des Men-

¹⁰ Julius L. A. Koch: Kurzgefaßter Leitfaden der Psychiatrie. Mit besonderer Rücksichtnahme auf die Verhältnisse der Studierenden, der praktischen Ärzte und der Gerichtsärzte. Ravensburg 1888, S. 34–50.

¹¹ Ders.: Die Psychopathischen Minderwertigkeiten. In 3 Abteilungen. Ravensburg 1891–1893.

¹² Von „Konstrukt“ in Bezug auf die Psychopathie spricht etwa Kölch. Vgl. Michael Gregor Kölch: Theorie und Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Berlin 1920–1935. Die Diagnose „Psychopathie“ im Spannungsfeld von Psychiatrie, Individualpsychologie und Politik. Diss. med. Berlin 2001, S. 110.

¹³ Boetsch: Psychopathie (wie Anm. 9), S. 7–14.

¹⁴ Gunter Mann: Dekadenz – Degeneration – Untergangsanst im Lichte der Biologie des 19. Jahrhunderts. In: *Medizinhistorisches Journal* 20 (1985), S. 6–35, Zitat: S. 14.

schen hineinreicht.“¹⁵ Die psychiatrischen Reflexionen über die Psychopathie oder das Psychopathische verweisen in der Tat auf die Grundfrage allen Seins: Wer oder was ist der Mensch? So nahe liegend es einerseits ist, dass gerade Psychiater sich an dieser letztendlich philosophischen Frage abgearbeitet haben, so sehr lässt sich andererseits der Psychopathiediskurs als eine Entgrenzung des Wahnsinns par excellence betrachten. Kraepelin nahm dabei „ein breites Zwischengebiet zwischen ausgesprochen krankhaften Zuständen und jenen persönlichen Eigentümlichkeiten“ wahr, „die wir noch dem Bereiche des Gesunden zuweisen“.¹⁶

Psychiater bewegten sich hier nicht selten jenseits des Feldes krankhafter Seelenstörungen. Sie sammelten und sortierten menschliche Charaktereigenschaften, Persönlichkeitsstrukturen und Mentalitäten, setzten sie zueinander in Beziehung, klassifizierten sie und suchten sie in neue Erklärungsmodelle für die Entstehung von Geisteskrankheiten zu integrieren. Alle Facetten des Menschseins (und der Persönlichkeit) wurden immer wieder neu gemischt und von fast jedem Psychiater in anderer Weise einander zugeordnet, auseinanderdividiert oder zu neuen Einheiten zusammengesetzt. Greifbar wird der Versuch, die verwirrende Komplexität menschlicher Lebensäußerungen in Klassifikationssysteme zu zwingen beziehungsweise in Konzepte, auf deren Grundlage eine Vielzahl von Abweichungen letztendlich auf die vermeintliche Ursache von Erbschäden zurückgeführt wurde. Maßstab für normales – das heißt erwünschtes – oder abnormes Verhalten war die bürgerliche Werteordnung, Konsequenz die Marginalisierung und Stigmatisierung weiter Bevölkerungsteile. Greifbar wird eine spezifische Grenzverwischung zwischen krankhaftem und sozial, moralisch oder auch politisch¹⁷ abweichendem Verhalten.

Es erscheint an dieser Stelle sinnvoll, etwas ausführlicher auf die vielleicht populärste Abhandlung zum Thema „Psychopathie“ dieser Jahre einzugehen, und zwar auf Kurt Schneiders bedeutende Monografie „Die psychopathischen Persönlichkeiten“ aus dem Jahre 1923. Schneider war sich – ebenso wie Kraepelin – der Besonderheit seines Gegenstandes durchaus bewusst: „Es ist ja nicht so, als ob man die Psychopathie als eine Krankheit neben andere Krankheiten stellen dürfte, sondern man steht vor der Unendlichkeit der Variationen menschlichen Wesens.“¹⁸ Doch Schneider verharrte nicht lange bei derlei Gedanken. Noch auf derselben Seite, der ersten Seite seiner Einleitung, wurde er sehr konkret und ging auf die Bedeutung seines Gegenstandes gerade für jenen Bereich ein, der uns hier interessiert: die Genussintoxikationen. Schneider zitierte einen Kollegen mit der Feststellung, dass nur wegen der psychopathischen Anlage der Trinker zum Trinker

¹⁵ Emil Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Bd. 4: Klinische Psychiatrie, 3. Teil. Leipzig 81915, S. 1974.

¹⁶ Ebd., S. 1973.

¹⁷ Vgl. den Beitrag von Thomas Beddies in diesem Band.

¹⁸ Kurt Schneider: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig/Wien 1923, S. 5 [Separatausgabe aus dem „Handbuch der Psychiatrie“]. Kurt Schneider (1887–1967) war ein deutscher Psychiater und Hochschullehrer, der in Köln, München und zuletzt in Heidelberg wirkte. Vgl. Gerd Huber: Schneider, Kurt. In: NDB 23 (2007), S. 300f.

werde, und fügte hinzu, dass dies „in eher noch erhöhtem Grade für die anderen Suchten, vor allem für den Morphinismus“, gelte.¹⁹ Damit griff er gleich zu Beginn seines Buches eine zu jener Zeit hochaktuelle gesellschaftliche Problematik auf, die viel diskutierte Drogenfrage der 1920er Jahre.

In seinem Klassifikationssystem psychopathischer Persönlichkeiten fanden sich die Morphinisten am Schluss des Buches in der 8. Gruppe wieder, bei den „Willenlosen“ und „Willensschwachen“ beziehungsweise den „Haltlosen“. Gleichwohl bezweifelnte Schneider hier den primären und beherrschenden Zug der Willenlosigkeit, sah vielmehr den entscheidenden Impuls in den depressiven Zügen der Betroffenen. Wenn er schließlich betonte, dass Morphinisten „anscheinend selten ursprünglich haltlose Menschen im Sinne des echten Willenlosen“ seien, sich vielmehr die Unfähigkeit, Morphinium und anderen Stoffen zu widerstehen, erst mit der Zeit einstelle,²⁰ so lässt sich bereits hier festhalten, dass die Friedrichsberger Psychiater in dieser Frage ganz anderer Meinung waren als Schneider und ohne Ausnahme gerade die Zuordnung von Ursache und Wirkung konstatierten, die Schneider infrage stellte.

Schneiders Definition der psychopathischen Persönlichkeit ist bekannt: „Psychopathische Persönlichkeiten sind solche abnorme Persönlichkeiten, die an ihrer Abnormalität leiden, oder unter deren Abnormalität die Gesellschaft leidet.“²¹ Schneider fasste das Abnorme nicht als Gegensatz zum Gesunden auf und sah auch in den psychopathischen Persönlichkeiten keineswegs krankhafte Menschen. Er stellte sich damit zugleich gegen Emil Kraepelin und andere Psychiater, die im Psychopathischen ganz wesentlich eine Art unentwickelter Vorstufe der Psychose sahen, quasi krankhafte Abweichungen vom psychischen Normalzustand, die nach ihrer Ausprägung noch nicht in die Kategorie voll entwickelter Psychosen gehörten.²² Was das „Leiden“ der Gesellschaft an bestimmten Menschen betrifft, so war Schneider die Relativität der jeweils zugrunde liegenden Werturteile, die Austauschbarkeit der jeweiligen weltanschaulichen Standpunkte durchaus bewusst. Er sah hier einen Bereich, der letztendlich der wissenschaftlichen Diskussion entzogen bleibe.²³ Schneiders Verdienst ist es, die wertende, stigmatisierende Begrifflichkeit der Vorjahre aufzugeben zu haben. Termini wie „Minderwertigkeit“ oder „Entartung“ lehnte er ab²⁴ – auch dies übrigens ein Standpunkt, dessen zugrunde liegende Einsichten und Einstellungen die meisten Friedrichsberger Psychiater mit Schneider keineswegs teilten.

In der psychiatrischen Praxis blieben die Begriffe „Psychopathie“, „psychopathisch“ und „Psychopath“ weitgehend negativ besetzt, die Termini „Minderwertigkeit“ oder „minderwertig“ durchaus gebräuchlich. Im Nationalsozialismus er-

¹⁹ Schneider: Persönlichkeiten (wie Anm. 18), S. 5.

²⁰ Ebd., S. 80f.

²¹ Ebd., S. 16.

²² Ebd., S. 17–19.

²³ Ebd., S. 16f.

²⁴ Ebd., S. 19f.

fuhr diese negative Konnotation ihren Höhepunkt. Die psychiatrische Wissenschaftssprache der Jahrhundertwende wurde von den Nationalsozialisten teilweise im Sinne der NS-Ideologie übernommen. Die Degenerationslehre, die Bedeutung des Faktors „Vererbung“ für die Entwicklung der Persönlichkeit und Begriffe wie „Minderwertigkeit“ oder „Entartung“ waren mit der Weltanschauung im NS-Staat in weitem Maße kompatibel.²⁵ „Psychopathie“ war zudem einer der zentralen Begriffe der deutschen Militärpsychiatrie im Zweiten Weltkrieg.²⁶ Sie blieb noch lange nach 1945 ein Oberbegriff für Persönlichkeitsstörungen.²⁷ Mit der Begründung der Psychoanalyse durch Sigmund Freud waren bereits frühzeitig – parallel zur Entwicklung psychiatrischer, eher somatisch orientierter Psychopathiekonzepte – auch psychodynamische Modelle psychoanalytisch orientierter Autoren veröffentlicht worden, die Persönlichkeitsanomalien auf andere Weise, nämlich psychogenetisch, zu erklären versuchten.²⁸

Die zunehmende Bedeutung von Psychopathiediagnosen und von Drogensucht in der Friedrichsberger Anstalt nach dem Ersten Weltkrieg²⁹

In der Hamburger Staatskrankenanstalt Friedrichsberg lässt sich nach dem Ersten Weltkrieg ein starker Bedeutungszuwachs der Psychopathie feststellen. Für die 1920er Jahre konnten mehr als 1000 Krankenakten ermittelt werden, in denen die Psychopathie als Diagnose, in den meisten Fällen als Teil einer Mischdiagnose, genannt wurde. Bis 1909 fehlt dieser Befund in den Akten praktisch völlig. Aus dem Jahr 1910 sind erstmals fünf Friedrichsberger Patientenakten überliefert, in denen die Psychopathie als Diagnose eine Rolle spielt. In den Jahren 1913 und 1916 sind es neun beziehungsweise zehn Akten, 1919 immerhin schon zwanzig. Bereits 1920 findet sich die Psychopathie in 45 Friedrichsberger Krankenakten als Diagnose genannt, 1924 in 93 Akten, 1926 in 136 Akten und 1927 in 153 Akten. Ende der 1920er Jahre schließlich liegt die jährliche Anzahl entsprechender Akten bereits bei über 200. Dass während der betrachteten Zeitspanne die Zahl der Anstaltsinsassen ebenfalls wuchs, ist zwar zu berücksichtigen, fällt aber hier wie auch für die folgenden Betrachtungen nicht maßgeblich ins Gewicht, denn zwischen

²⁵ Boetsch: Psychopathie (wie Anm. 9), S. 25f.

²⁶ Vgl. Müller: Wege (wie Anm. 1), S. 151–164, S. 174–198; ders.: „Die Ausweichreaktion darf sich nicht lohnen.“ Wie Militärpsychiater die Wehrmachtsjustiz verschärften. In: Albrecht Kirschner (Hg.): Deserteure, Wehrkraftzersetzer und ihre Richter. Marburger Zwischenbilanz zur NS-Militärjustiz vor und nach 1945 (= Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Hessen, Bd. 74). Marburg 2010, S. 217–224.

²⁷ Vgl. Boetsch: Psychopathie (wie Anm. 9), S. 60–68.

²⁸ Ebd., S. 18–22, vgl. auch S. 26–32.

²⁹ Historisches Krankenblatt-Archiv des Hamburger Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Aktenjahrgänge Friedrichsberg, 1900–1930.

1910 und 1930 hat sich die Anzahl der jährlich in Friedrichsberg aufgenommenen Patienten und Patientinnen in etwa nur verdoppelt.³⁰

Zwischen 1900 und 1930 konnten insgesamt 301 Aufnahmen wegen Rauschmittelabhängigkeit in der Hamburger Anstalt nachgewiesen werden.³¹ Dies verdeutlicht die unten abgedruckte Tabelle. Auf die Zeit zwischen 1900 und 1919 entfielen 38 Aufnahmen wegen Drogensucht. Zwischen 1920 und 1930 lassen sich 263 entsprechende Aufnahmen nachweisen. Da eine Reihe der betreffenden Patienten beziehungsweise Patientinnen mehrfach in Friedrichsberg eingewiesen wurde, ist die tatsächliche Zahl der dort behandelten Patienten zwar kleiner, liegt aber dennoch bei über 200. Die Zahl der jährlichen Drogenfälle in Friedrichsberg stieg bis Ende der 1920er Jahre zwar langsam, aber doch stetig an. Für das Jahr 1925 lassen sich mit 31 Fällen bereits ebenso viele Aufnahmen wegen Drogensucht in der Hamburger Anstalt nachweisen wie in der gesamten Dekade zwischen 1910 und 1919. Gemessen an der jährlichen Zahl der Anstaltsaufnahmen (von rund 1500 bis 2500) und der Einwohnerzahl Hamburgs (von über einer Million) sind die entsprechenden Werte für die 1920er Jahre dennoch verschwindend gering.

Welches Bild ergibt sich nun, wenn man den Bestand der Friedrichsberger Drogenfälle – bezogen auf die Bedeutung der Psychopathie – im Detail betrachtet? Dies lässt sich ebenfalls anhand der Tabelle zeigen. In Spalte 2 ist jeweils die Anzahl der Diagnosen genannt, in denen der Begriff „Psychopathie“ oder Entsprechungen wie „psychopathische Constitution“ aufgeführt wurden. In den allermeisten Fällen handelt es sich um Mischdiagnosen wie etwa „Morphinismus, Psychopathie“ oder „Psychopathie (Kokainmißbrauch)“. In einigen Fällen stellt die Psychopathie die alleinige Diagnose dar. Der Anteil der Psychopathie-Akten am Gesamtbestand der Drogenakten zwischen 1920 und 1930 liegt bei 30 %. Er ist 1927 – aus unerklärlichen Gründen – auffallend gering, hingegen in den Jahren 1928 bis 1930 insgesamt sehr viel größer als in den anderen Jahren.

Das Bild wäre jedoch nicht vollständig ohne die Betrachtung derjenigen Fälle, die in Spalte 3 (Drogenfälle mit Diagnose „Degeneration“) aufgeführt sind. Hier ist jeweils die Anzahl der Diagnosen genannt, bei denen die Begriffe „Degenera-

³⁰ Vgl. Weygandt: Staatskrankenanstalt (wie Anm. 2), S. 17; Statistische Jahrbücher der Freien und Hansestadt Hamburg 1928/29–1930/31 (III. Gesundheitspflege, C. Heilanstalten).

³¹ Es existieren keine Aufnahmebücher, durch die sich der Friedrichsberger Krankenaktenbestand näher erschließen lässt. Zur Aushebung der Friedrichsberger Drogenfälle zwischen 1900 und 1930 musste deshalb der gesamte Aktenbestand von mehr als drei Jahrzehnten durchgesehen werden. Aus Zeitgründen war es nicht möglich, dies auch für die frühen 1930er Jahre fortzusetzen. Es ist aber wahrscheinlich, dass in den Akten von Patienten und Patientinnen aus diesem Zeitraum bei Mehrfachaufnahmen auch noch Krankenblätter aus den Vorjahren abgelegt worden sind. Die Zahlen für die späten 1920er Jahre und für 1930 stellen also Mindestwerte dar, zumal auch für den Gesamtbestand erfahrungsgemäß nicht mit einer Überlieferungsrate von 100 % gerechnet werden kann. 1927 sind nach Weygandt insgesamt 42 Morphinisten und Morphinistinnen in Friedrichsberg aufgenommen worden. Dem stehen 36 Krankenakten von rauschmittelabhängigen Patienten gegenüber, die sich im Hamburger Krankenblatt-Archiv nachweisen ließen. Vgl. Wilhelm Weygandt: Psychohygiene der Großstadt. In: Die Medizinische Welt 3 (1929), S. 502–505, hier: S. 504.

Tabelle 1: Drogensucht und Psychopathie (Staatskrankenanstalt Hamburg-Friedrichsberg 1900-1930)

	1 Anzahl der Drogenfälle insgesamt	2 Drogenfälle mit Diagnose Psychopathie	3 Drogenfälle mit Diagnose Degeneration*	prozentualer Anteil (2+3 an 1)
1900-1909	7	0	0	
1910-1919	31	4	8	
1920	8	2	2	50 %
1921	8	2	2	50 %
1922	13	1	4	38,5 %
1923	21	6	4	47,6 %
1924	25	4	9	52 %
1925	31	7	11	58,1 %
1926	35	9	5	40 %
1927	36	5	3	22,2 %
1928**	13	11	1	92,3 %
1929	40	20	2	55 %
1930	33	12	0	36,4 %
Summe	301	83	51	44,5 %

* einschl. Entartung, moralische Minderwertigkeit

** Fehlbestände

tion“ oder „Degenerierte(r)“ mit Entsprechungen eingetragen wurden. Die formale Struktur ist die gleiche wie bei den Psychopathie-Akten: Mischdiagnosen und vereinzelt „Degeneration“ als alleinige Diagnose. Vereinzelt Diagnosen wie „Entartung“ und „moralische Minderwertigkeit“ sind hier rein summarisch mitberücksichtigt, nicht jedoch im Sinne einer inhaltlichen Gleichsetzung. Betrachtet man die Zahlen, so fällt auf, dass bis 1925 der Diagnosebegriff „Psychopathie“ quantitativ sogar eher hinter dem Begriff „Degeneration“ zurückstand, ihn dann aber in der zweiten Hälfte der 1920er Jahre deutlich verdrängte. Degeneration als „Problemdimension des Betäubungsmittelkonsums“ war jedenfalls nicht erst Ende der 1920er Jahre „eine relevante Größe in der Diskussion“, wie es Hoffmann behauptet.³²

Doch wie ist im Rahmen der vorliegenden Fragestellung mit diesen Akten umzugehen? Zunächst ist an die Terminologie Kochs zu erinnern, der die schweren „psychopathischen Minderwertigkeiten“ als „psychopathische Degenerationen“ bezeichnete.³³ In besonderem Maße hob der Berliner Psychiater Karl Birnbaum in seiner Abhandlung „Über psychopathische Persönlichkeiten“ 1909 die Bedeutung des Begriffs „degenerativ“ für den Bereich der Psychopathien hervor. Birnbaum sah das Hauptproblem in der psychischen Entartung, der degenerativen Psychopathie, die davon Betroffenen bezeichnet er als „Degenerierte“ (Dégénérés).³⁴ Wir

³² Hoffmann: Drogenkonsum (wie Anm. 7), S. 206f.

³³ Koch: Leitfaden (wie Anm. 10), S. 34-50.

³⁴ Carl Birnbaum: Über psychopathische Persönlichkeiten. Eine psychopathologische Studie. Wiesbaden 1909, S. 1-18.

finden in den Friedrichsberger Diagnosen bei Drogensucht tatsächlich auch Begriffe wie „degenerative Psychopathie“, „degenerative Psychopathin“ oder „Psychopathie (Degeneration)“.³⁵ Eine inhaltliche Analyse der Degenerations-Akten zeigt, dass der Begriff „degenerativ“ beziehungsweise „degeneriert“ sich jeweils auf die unterstellte Psychopathie der entsprechenden Patienten bezieht. In einer Reihe von Akten mit der Diagnose „Degeneration“ befinden sich psychiatrische Gutachten, in denen in vergleichbarer Weise Fragen der Psychopathie behandelt werden wie in Gutachten aus Psychopathie-Akten. In zwei dieser Gutachten ist von „schwerer Psychopathie“ die Rede, was auf die Nomenklatur Kochs zurückweist. Aus diesen Gründen erscheint es notwendig und sinnvoll, die Psychopathie-Akten und die Akten mit der Diagnose „Degeneration“ in gleicher Weise zu behandeln, sie hier also als *einen* Komplex aufzufassen.

Psychopathie und Degeneration verweisen im vorliegenden Zusammenhang auf einen Erklärungsansatz von Drogenabhängigkeit, der auf der Annahme einer maßgeblichen hereditären Belastung der Betroffenen beruht. Gut 46 % der Friedrichsberger Drogenakten von 1920 bis 1930 (122 von 263) stehen dementsprechend im Kontext dieser psychiatrischen Deutungsweise.³⁶ Berücksichtigt man, dass sich die Psychopathie zum Teil auch in Akten diskutiert findet, in denen lediglich Morphinismus oder Kokainismus (oder Heroinismus) als Diagnosen genannt werden – Akten also, die hier gar nicht mitgezählt wurden –, so kann man von deutlich mehr als der Hälfte der aus dem genannten Zeitraum überlieferten Friedrichsberger Drogenfälle ausgehen, in denen die Konstruktion „Psychopathie und Rauschmittelsucht“ in der psychiatrischen Praxis den ärztlichen Interpretationsrahmen bestimmte. Wie hier im Einzelfall argumentiert wurde, soll auf der Grundlage der einschlägigen Friedrichsberger Entmündigungsgutachten nun genauer herausgearbeitet werden.

Die Argumentationsstruktur in den Friedrichsberger Entmündigungsgutachten der 1920er Jahre

Die Friedrichsberger Krankenakten drogensüchtiger Patienten sind insgesamt sehr eindrucksvolle Quellen. Gerade die einschlägigen Gutachten geben detailliert Aufschluss über eine größere Zahl von Einzelschicksalen. Die Bandbreite der Behandlungsergebnisse reicht von erfolgreichen Entziehungskuren mit späterer Wiederbemündigung bis zu eklatanten Rückfällen (mit Todesfolge) unmittelbar nach monatelangem Entzug. Betrachtet man die Anzahl der in diesen Friedrichsberger Krankenakten überlieferten psychiatrischen Gutachten in Entmündigungsangelegenheiten, so lassen sich zwischen 1900 und 1925 gerade einmal drei Exemplare nachweisen. Aus den folgenden fünf Jahren (1926 bis 1930) existieren hin-

³⁵ Diese Akten wurden den Psychopathiediagnosen zugeordnet.

³⁶ Auffallend sind die Jahre 1927 und 1928. Die starken Abweichungen der Prozentzahlen lassen sich kaum hinreichend erklären.

gegen 33 Gutachten bezüglich Entmündigung beziehungsweise – in wenigen Fällen – Wiederbemündigung. Das sind deutliche Größenverhältnisse. Welche Psychopathie-Variante aber tritt uns in den Friedrichsberger Gutachten entgegen? Das ist die entscheidende Frage. Man kann zunächst feststellen, dass die argumentative Grundstruktur in den einschlägigen Texten fast durchweg gleich ist.

Sie lässt sich erstmals bereits im Dezember 1924 in einem Entmündigungsgutachten nachweisen, das der Friedrichsberger Stationsarzt Herbert Kaltenbach³⁷ auf Ersuchen der Vormundschaftsbehörde Hamburg über die Patientin Hildegard W. verfasste. Ihre Sucht, so heißt es dort, narkotische Mittel zu nehmen, beruhe auf psychopathischer Haltlosigkeit und Willensschwäche. Diese angeborene krankhafte Veranlagung werde jedoch noch gesteigert und neue Schädigungen entstünden durch den dauernden erheblichen Konsum von Morphinum, Kokain und anderen Giften. Kaltenbach hielt Hildegard W. für einen schweren Fall von Psychopathie und diagnostizierte außerdem „moralische Minderwertigkeit“.³⁸ In einem erneuten Gutachten über die Patientin fasste im Februar 1926 sein Kollege Emil Berndt³⁹ die aus seiner Sicht vorliegende Problematik wie folgt in Worte: „Ihre Haltlosigkeit und ihre Willensschwäche waren natürlich bei Frau W[...] der geeignete Boden für die Entwicklung des Morphinismus und des Cocainismus, nachdem sie einmal die Wirkung der Gifte kennen gelernt hatte. Sie konnte natürlich den verlockenden Zuständen, die die Wirkung der Gifte vorübergehend mit sich bringt, nicht widerstehen und verfiel dadurch immer mehr dem Morphinum und Cocain. Und diese selbst verschlimmerten ihre schlechten Charaktereigenschaften immer mehr.“⁴⁰

Dieses Grundmuster zieht sich wie ein roter Faden in immer neuen Varianten durch die einschlägigen Gutachten. Es sind in der Regel Haltlosigkeit und Willensschwäche, die im Fokus der gutachterlichen Äußerungen der Friedrichsberger Ärzte standen und im Sinne einer spezifischen krankhaften Veranlagung zur Rauschmittelsucht interpretiert wurden. Der Konsum der Rauschgifte wurde in einem zweiten Schritt als Faktor definiert, der die als Defekt interpretierten Charaktereigenschaften noch verstärkt habe. Und daraus folgte in einem dritten Schritt die Feststellung einer Geistesschwäche wegen mangelhafter Ausbildung wichtiger geistiger Funktionen als Vorbedingung für die befürwortete Entmündigung.

Das beschriebene Grundmuster in der Argumentation der Friedrichsberger Psychiater ging möglicherweise zurück auf Karl Birnbaum. Dieser hob 1911 in seiner Monografie über die „krankhafte Willensschwäche“ hervor: „Freilich darf man nicht übersehen, dass die dem Alkoholismus, Morphinismus usw. Verfallenen zumeist von vornherein psychopathisch minderwertige Menschen waren, de-

³⁷ Er war seit Februar 1920 in der Anstalt tätig. Vgl. Weygandt: Friedrichsberg (wie Anm. 2), S. 7.

³⁸ Historisches Krankenblatt-Archiv des Hamburger Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Akte Friedrichsberg, No. 56.954: Gutachten Kaltenbach, 18. 12. 1924, S. 27f.

³⁹ Er war seit Juli 1907 in der Anstalt tätig. Vgl. Weygandt: Friedrichsberg (wie Anm. 2), S. 6.

⁴⁰ Historisches Krankenblatt-Archiv des Hamburger Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Akte Friedrichsberg, No. 56.954: Gutachten Berndt, Febr. 1926, S. 41.

ren Willenskraft ja eben nicht ausreichte, um dem Anreize des Giftes zu widerstehen und von seinem zwingenden Einflusse sich frei zu machen. Doch selbst wenn die meisten dieser ‚Suchtkranken‘ schon infolge angeborener Willensschwäche dem Gifte zum Opfer fielen, so ändert das doch nichts an der Tatsache, dass dieses auch von sich aus, ohne Rücksicht auf jede pathologische Veranlagung, Willensschwäche erzeugt.“⁴¹

Während Karl Birnbaum die „Willensschwäche in Reinkultur“ gerade bei jenen Vertretern psychopathischer Charakteranlage verortete, die als „Haltlose“ bezeichnet wurden,⁴² hielt Eugen Kahn die Bezeichnung „haltloser Psychopath“ für eine reine Bequemlichkeitsdiagnose seiner Kollegen und jedenfalls nicht für einen eigenen psychopathischen Typus.⁴³ Jeder Psychiater gewichtete anders. Wie bereits dargelegt, sah Kurt Schneider in der Willensschwäche gerade nicht das ausschlaggebende Moment bei der Entstehung von Rauschmittelsucht.⁴⁴ Karl Bonhoeffer meinte wiederum, dass es nicht die endogenen Verstimmungen seien, die zum Morphinismus disponierten, sondern die reaktiven, aus dem Missverhältnis von Lebensansprüchen und Willensleistung sich entwickelnden Unzufriedenheiten. Er konkretisierte hinsichtlich des ursprünglichen charakterlichen Habitus von Drogenabhängigen dahingehend, dass „fast ausschließlich Psychopathen von weichem, empfindsamem, emotional leicht beeindruckbarem Temperament, Leute mit wenig energischem, zielsicherem Willen, mit Neigung zu Verstimmungen und hysterischen Reaktionen“ in Betracht kämen.⁴⁵ Bonhoeffers Beschreibung des von ihm beobachteten ursprünglichen Habitus befindet sich insgesamt durchaus im Einklang mit dem Friedrichsberger Aktenmaterial. Im Fokus der allermeisten Gutachten der Hamburger Anstalt standen dennoch Willensschwäche und Haltlosigkeit. Sie waren der Dreh- und Angelpunkt psychiatrischer Expertise bei Rauschmittelsucht in Hamburg.

Wenn Bonhoeffer von unterschiedlichen Charakterschwächen bei Kokainisten ausgeht,⁴⁶ so muss an dieser Stelle grundsätzlich darauf hingewiesen werden, dass im Rahmen der vorliegenden Untersuchung zwischen Morphinismus und Kokainismus kaum scharf getrennt werden kann. So ist es symptomatisch für die einschlägigen Friedrichsberger Krankenakten, dass in der oben zitierten Passage aus dem Gutachten über Hildegard W. (1926) ihr Morphinismus und Kokainismus quasi in einem Atemzug genannt werden. Sehr viele der drogensüchtigen Friedrichsberger Patienten hatten vor ihrem Anstaltsaufenthalt nicht nur entweder das eine oder das andere Rauschmittel konsumiert, sondern auch andere Drogen.⁴⁷ Der Begriff

⁴¹ Karl Birnbaum: Die krankhafte Willensschwäche und ihre Erscheinungsformen. Eine psychopathologische Studie für Ärzte, Pädagogen und gebildete Laien. Wiesbaden 1911, S. 67.

⁴² Ebd., S. 57f.

⁴³ Eugen Kahn: Die psychopathischen Persönlichkeiten. In: Bumke (Hg.): Handbuch (wie Anm. 5), Bd. 5, Spezieller Teil 1. Berlin 1928, S. 227–486, hier: S. 387–392.

⁴⁴ Schneider: Persönlichkeiten (wie Anm. 18), S. 80f.

⁴⁵ Bonhoeffer/Illberg: Verbreitung (wie Anm. 5), S. 233f.

⁴⁶ Ebd., S. 235f.

⁴⁷ Vgl. dazu Emil Kraepelin: Klinische Psychiatrie. Erster Teil. Leipzig 91927, S. 627.

„Morphinismus“ wiederum bezieht sich allzu oft in den Akten nicht ausschließlich auf Morphiumsucht, sondern wird als eine Art Oberbegriff für den „Missbrauch“ von Narkotika, auch von Kokain, verwendet.⁴⁸ Nicht selten findet man auch die Diagnose „Morphinismus, Cocainismus“ und dergleichen. Eine Differenzierung unserer Fragestellung nach Morphinisten und Kokainisten ist deswegen – aber auch aufgrund einer zu geringen Trennschärfe in den Verwaltungsakten, auf die später noch eingegangen wird – praktisch kaum durchführbar.

Eine idealtypische Formulierung der vorherrschenden Argumentationsweise findet sich in einem Ende 1929 durch den Friedrichsberger Assistenzarzt Arist Stender⁴⁹ verfassten Gutachten über die Patientin Anna Sch., eine Prostituierte aus dem Hamburger Vergnügungsviertel St. Pauli. Dürfe man sie auf der einen Seite nicht als eine Persönlichkeit ohne innere Werte bezeichnen, sei „auf der anderen Seite ihre Charakterentwicklung so disharmonisch, ihre Schwäche des Willens, ihre Haltlosigkeit und ihre abnorme Weichheit gegen Stimmungsschwankungen so gross, dass sie dadurch zunächst zu einer schweren chronischen Morphinistin geworden ist und dass durch diesen Jahre lang bestehenden Missbrauch von Rauschgiften ihre eben genannten psychopathischen Eigenschaften noch eine Verstärkung erfahren haben“.⁵⁰ Stender sprach sich für eine Entmündigung der Patientin aus. Interessant am Fall von Anna Sch. ist aber noch eine andere Feststellung: „Sie gehört infolge ihrer psychopathischen Minderwertigkeit zu der Gruppe von Individuen, welche von vorneherein die genannten Rauschgifte als ein Genussmittel lediglich zur Erzeugung von Wohlbehagen nehmen.“⁵¹

Das Zitat korrespondiert mit der anfangs zitierten Feststellung Langelüddekes, dass jemand Psychopath sein müsse, um zum Morphinisten zu werden. Einschränkend hatte der Hamburger Psychiater allerdings angemerkt: „Treten Schmerzen hinzu, braucht der Grad der Psychopathie nicht so groß zu sein.“ Im Fall von Anna Sch. waren Schmerzen aber offenbar nicht ausschlaggebend. Psychopathie verweist hier also auf das Fehlen eines iatrogenen Zusammenhangs und auf rein hedonistische Motive. Diesem Phänomen in zunehmendem Maße und auch in

⁴⁸ Für Steimann etwa umfasste der Morphinismus den „süchtigen Gebrauch aller Narkotika“. Vgl. Wilhelm Steimann: Morphinismus als Kriegsdienstbeschädigung. In: Münchener medizinische Wochenschrift 74 (1927), S. 719–721, hier: S. 719.

⁴⁹ Arist Stender (1903–1975): Medizinstudium in Jena und Freiburg; neurologische Fortbildung u. a. am Eppendorfer Klinikum in Hamburg (bei Max Nonne); Assistenzarzt in Friedrichsberg; 1932/1933 Rockefeller-Stipendium (Boston und Chicago); 1935–1941 Oberarzt bei Otfried Foerster an der Neurologischen Abteilung des Städtischen Wenzel-Hancke-Krankenhauses in Breslau, ab 1941 Nachfolger Foersters als Abteilungsdirektor; nach 1945 Direktor der Neurologisch-Neurochirurgischen Klinik in Berlin-Westend und Ordinarius für Neurochirurgie an der Freien Universität Berlin. Vgl. Helmut Penzholz: Prof. Dr. Arist Stender. In: Acta Neurochirurgica 33 (1976), S. 349f.; Weygandt: Staatskrankenanstalt (wie Anm. 2), S. 17; Max Nonne: Anfang und Ziel meines Lebens. Hamburg 1971, S. 228, S. 306.

⁵⁰ Historisches Krankenblatt-Archiv des Hamburger Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Akte Friedrichsberg, No. 64.549: Gutachten Stender, Dez. 1929, S. 30.

⁵¹ Ebd., S. 25f.

breiteren Bevölkerungsschichten zu begegnen, scheint als eine wesentliche Veränderung nach dem Ersten Weltkrieg empfunden worden zu sein. Hinzu kam die Verdichtung des Phänomens in bestimmten Stadtvierteln wie St. Pauli.⁵² Der Kampf gegen den Hedonismus (Erzeugung von Wohlbehagen etc.) wurde mit medizinischen Mitteln geführt. Genussmotive wurden dem Krankhaften zugeordnet und als pathologisch bekämpft. Gerade diese Konstruktion lässt sich im Rauschmitteldiskurs der 1920er Jahre als eine spezifische Entgrenzungsvariante des Wahnsinns interpretieren.

Noch ein dritter Fall soll hier näher betrachtet werden. Der Friedrichsberger Abteilungsarzt Hermann Josephy⁵³ betonte bei der Patientin Nanny L. im Juni 1926: „Es liegt also m. E. das Krankhafte bei Fräulein L. nicht einmal so sehr im Morphinismus wie in der ganzen psychopathischen Konstitution. Da steckt ein wirklicher Defekt, eine Minderwertigkeit, die sie letzten Endes unfähig macht, allein mit dem Leben fertig zu werden. Intellektuell ist Fräulein L. zwar nicht geschwächt. Aber es fehlen ihr als Persönlichkeit wesentliche Eigenschaften.“⁵⁴

Josephy hielt Nanny L. für unfähig, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen. Für ihn lagen die Voraussetzungen für ihre Entmündigung wegen Geistesschwäche vor. Im November 1928 befürwortete derselbe Arzt die Wiederbemündigung. Die Morphiumsucht könne als geheilt gelten. Die Voraussetzungen für eine Entmündigung seien nicht mehr gegeben. Es liege jedoch auf der Hand, dass sich die charakterologischen Eigenschaften nicht grundlegend geändert haben können. Aber Nanny L. habe, so Josephy in seiner Begründung, „ehe sie zum Morphiummissbrauch kam, trotz ihrer Psychopathie und trotz ihrer Charakterschwächen ihre Angelegenheiten besorgen können“.⁵⁵

Die Darlegung des Therapieerfolgs legitimierte hier zugleich das Mittel des Zwangsentzugs (nach Entmündigung). Josephy scheint jedoch der eklatante Widerspruch zwischen seinen beiden Gutachten gar nicht aufgefallen zu sein. Wertete der Friedrichsberger Psychiater zunächst den Morphinismus als eher sekundäre

⁵² Über das Drogenmilieu auf St. Pauli in den 1920er Jahren ist ein eigener Aufsatz in Vorbereitung. Vgl. hier u. a. Meggendorfer: Intoxikationspsychosen (wie Anm. 5), S. 323, S. 330.

⁵³ Hermann (später Herman) Josephy (1887–1960): seit 1914 in Friedrichsberg tätig; 1930 Ernennung zum außerplanmäßigen Professor an der hamburgischen Universität; danach Prosektor der Pathologie in Friedrichsberg; zum Dezember 1933 Kündigung und Entziehung der Lehrbefugnis; nach der Reichspogromnacht im November 1938 Haft im KZ Sachsenhausen; April 1939 Emigration nach England, dort 1940 als „enemy alien“ interniert; ab Herbst 1940 in Chicago; ab 1945 Leiter des Laboratoriums am Chicago State Hospital (psychiatrische Anstalt mit 4500 Betten); 1949–1951 Associate Professor of Neurology an der Chicago Medical School. Vgl. Hendrik van den Bussche: Die Hamburger Universitätsmedizin im Nationalsozialismus. Forschung – Lehre – Krankenversorgung (= Hamburger Beiträge zur Wissenschaftsgeschichte, Bd. 24). Berlin/Hamburg 2014, S. 56f.; ausführlicher bei: Jan-Patrick Stellmann: Leben und Arbeit des Neuropathologen Hermann Josephy (1887–1960). Sowie eine Einführung in die Geschichte der deutschen Neuropathologie. Diss. med. Hamburg 2010.

⁵⁴ Historisches Krankenblatt-Archiv des Hamburger Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Akte Friedrichsberg, No. 57.610: Gutachten Josephy, 30. 6. 1926, S. 10.

⁵⁵ Ebd., Gutachten Josephy, 3. 11. 1928, S. 3–5.

Erscheinung und die psychopathische Konstitution als das eigentlich Krankhafte, das Nanny L. daran hindere, ihr Leben selbstverantwortlich zu führen, so wurde später von ihm die „Heilung“ der Morphiumsucht als ausschlaggebend für eine Wiederbemündigung interpretiert, obwohl sich Nanny L. aus seiner Sicht charakterlich kaum gebessert hatte. Nun erfahren wir, sie habe trotz ihrer Charakter-schwächen ihre Angelegenheiten zuvor durchaus besorgen können.

Das Beispiel zeigt, wie beliebig im Interesse einer bestimmten Zielsetzung im Einzelfall mit dem argumentativen Versatzstück „Psychopathie“ umgegangen wurde. Es zeigt, wie diffus die Anwendung dieses Begriffes in der gutachterlichen Praxis sein konnte.⁵⁶ Es zeigt aber auch, wie niedrig im Kontext der Rauschmittelsucht die Schwelle gesetzt wurde, an der Persönlichkeitsstrukturen oder -schwächen bereits pathologisiert werden konnten. Im Fall von Nanny L. ist von einer „krankhaften“ Charakterveranlagung „als energielose, willensschwache, weichliche, anlehnungsbedürftige Psychopathin“ die Rede. Doch immerhin handelte es sich bei ihr um eine Dentistin, die jahrelang eine eigene, gut gehende Praxis geführt hatte und tatsächlich erst mit der Morphiumsucht in Schwierigkeiten gekommen war.

Wenn bei sogenannten Psychopathen von krankhafter Anlage beziehungsweise hereditärer Belastung oder „Minderwertigkeit“ ausgegangen wurde, so blieb das in der Regel unbewiesen. Es war häufig eine bloße Unterstellung, basierend auf dem Hörensagen, dass etwa der Vater eines Patienten etwas merkwürdig gewesen sein soll, der Großvater getrunken habe oder ein Bruder nervös sei. Derartige Einschätzungen findet man in psychiatrischen Krankenakten in geradezu inflationärer Zahl. Dass demzufolge eine konkrete familiäre Belastung vorlag und dass diese Belastung dann auch tatsächlich die Konstitution des Patienten geschädigt habe, wurde behauptet und vorausgesetzt – mehr nicht. Vermeintliche Dispositionen und hereditäre Belastungen waren hier nichts anderes als ein Legitimationsmittel, um bei abweichendem beziehungsweise unerwünschtem sozialen Verhalten mit Nachdruck medizinisch intervenieren zu können.

Der psychiatrische Interpretationsrahmen lässt sich in seinen Funktionsmöglichkeiten beziehungsweise in seiner konkreten Funktionsweise in Hamburg kaum über die Friedrichsberger Krankengeschichten allein verstehen. Sinnvoll erscheint hier vielmehr ein Blick in die Akten derjenigen Hamburger Behörden, die in den 1920er Jahren mit den Drogenproblemen in der Hansestadt befasst waren. Aussagekräftig sind in unserem Fall in erster Linie die Akten des Hamburger Wohlfahrtsamtes, auf die im Folgenden näher eingegangen werden soll. Im Vergleich zu anderen Behörden der Hansestadt ist für die vorliegende Fragestellung die Quellenüberlieferung als relativ günstig zu bezeichnen. Sie ermöglicht zusammen mit der einschlägigen, auf Hamburg bezogenen Fachliteratur zumindest eine

⁵⁶ Vgl. Armin Schäfer: Das psychiatrische Gutachten um 1900. In: Yvonne Wübben/Carsten Zelle (Hg.): Krankheit schreiben. Aufzeichnungsverfahren in Medizin und Literatur. Göttingen 2013, S. 283–302.

Annäherung an den spezifischen lokalen Kontext, in dem die Friedrichsberger Gutachten entstanden.

Das institutionelle Setting in Hamburg

Die Drogenproblematik geriet erst relativ spät in den Fokus der Hamburger Wohlfahrtsbehörde. Der erste Aktenband des Wohlfahrtsamtes über den „Mißbrauch von Rauschgiften“ beginnt mit dem Jahr 1924.⁵⁷ Man nahm nun jedoch in zunehmendem Maße eine neue Qualität von Verwahrlosung, sozialem Abstieg und Familienzerrüttung und damit einen neuen Aufgaben- und Zuständigkeitsbereich wahr. Die Fürsorge für Rauschgiftsüchtige wurde bei der Hamburger Wohlfahrtsbehörde interessanterweise der Abteilung „Trinkerfürsorge“ angeschlossen. So blieb es viele Jahre.

Von Anfang an wurde es im Wohlfahrtsamt als großes Manko empfunden, dass es juristisch kaum möglich war, Drogensüchtige zu entmündigen und so eine Zwangsentziehung bei ihnen durchführen zu können. Dem Wohlfahrtsamt erschien es als eine Lücke, „dass das Bürgerliche Gesetzbuch die Entmündigung auf den Fall der Trunksucht beschränkt und ähnlich liegende Tatbestände, die bei Schaffung des B.G.B. in solcher Schwere wohl noch nicht hervortraten, unberücksichtigt lässt“.⁵⁸ Gemeint waren in erster Linie Morphinismus und Kokainismus. Konkret ging es hier um den § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches. Dieser lautete: „Entmündigt kann werden: 1. wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag; 2. wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt; 3. wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet. Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung wegfällt.“⁵⁹

Das Wohlfahrtsamt plädierte für die Einfügung einer die Betäubungsmittel betreffenden Passage in Ziffer 3 dieses Paragraphen, und zwar hinter die Worte „infolge von Trunksucht“. In die Bemühungen des Amtes um eine Gesetzesänderung waren die Hamburger Gesundheitsbehörde, die Senatskommission für die Justizverwaltung in Hamburg, der Hamburger Senat, das Reichsgesundheitsamt und das Reichsministerium des Innern – im Prinzip befürwortend – involviert und nicht zuletzt die Hamburger Staatskrankenanstalt Friedrichsberg.⁶⁰ Im Juli 1925

⁵⁷ StAHH, 351-10 I (Sozialbehörde I), GF 44.10, Bd.1 (Mißbrauch von Rauschgiften, 1924-April 1930).

⁵⁸ Ebd., Bl. 6.

⁵⁹ Bürgerliches Gesetzbuch nebst Einführungsgesetz. Vom 18. August 1896 mit Berücksichtigung der bis 1. Januar 1925 ergangenen Abänderungen. Berlin/Leipzig ¹⁵1925, S. 11f.

⁶⁰ StAHH, 351-10 I (Sozialbehörde I), GF 44.10, Bd.1 (Mißbrauch von Rauschgiften, 1924-April 1930), Bl. 1-49; StAHH, 111-1 (Senat), 8702 (Acta, betr. den Antrag auf Ergänzung des B.G.B. [§ 6 Ziff. 3] ..., 1925).

wurde die Angelegenheit schließlich dem Reichsjustizministerium vorgelegt, da „die in Frage kommenden Gesetzesergänzungen indessen einen erheblichen Eingriff in die persönliche Freiheit bedeuten und daher bezüglich ihrer Auswirkungen in allen Einzelheiten sorgfältigster Prüfung bedürfen“. ⁶¹ Im November wurde bekannt, dass das Reichsjustizministerium offenbar einen ablehnenden Standpunkt einnahm. ⁶² Die nicht nur von Hamburger Seite geforderte Gesetzesänderung ließ noch lange auf sich warten, und zwar bis zum 1. Januar 1975, als der Zusatz „oder Rauschgiftsucht“ in Ziffer 3 rechtskräftig wurde. ⁶³ 1992 fiel § 6 BGB dann in dieser Form weg. An seine Stelle trat das Betreuungsgesetz. ⁶⁴ Das Wohlfahrtsamt der Hansestadt versuchte nach dem Scheitern seiner Initiative, die Entmündigung und Zwangsbehandlung Drogensüchtiger in Hamburg auf der Grundlage der bestehenden Gesetze, und zwar nun in Anlehnung an § 6, Ziffer 1 BGB zu erreichen, wo von „Geisteskrankheit oder Geistesschwäche“ die Rede ist. Diese Möglichkeit war zuvor durchaus schon erwogen und diskutiert worden. ⁶⁵ Der Begriff „Geistesschwäche“ erwies sich seit Mitte der 1920er Jahre – zumindest in Hamburg – als geeigneter Ansatzpunkt für eine auf Zwangsentzug setzende Drogenpolitik, wenngleich dieser Begriff in der zeitgenössischen Diskussion nicht unumstritten war. ⁶⁶

Greifbar wird in den Akten der Wohlfahrtsbehörde die Entstehung eines Kooperations- und Informationsnetzwerkes, das – neben Staatsanwaltschaft und Polizeibehörde ⁶⁷ – auch die Gesundheitsbehörde und die Hamburger Staatskrankenanstalt Friedrichsberg umfasste. Dieses Netzwerk diente der systematischen Erfassung von Hamburger Drogensüchtigen, die für eine Zwangstherapie infrage kamen. Dies setzte in der Regel Rückfälligkeit beziehungsweise eine gewisse Stärke der Symptome voraus, sodass die Zahlen von vornherein begrenzt blieben. Das Zusammenwirken von Hamburger Wohlfahrtsbehörde und Staatskrankenanstalt Friedrichsberg ist sowohl durch die Verwaltungsakten ⁶⁸ als auch die psychiatrischen Krankenakten ⁶⁹ belegt.

⁶¹ StAHH, 351-10 I (Sozialbehörde I), GF 44.10, Bd. 1 (Mißbrauch von Rauschgiften, 1924–April 1930), Bl. 42.

⁶² Ebd., Bl. 49.

⁶³ Bundesgesetzblatt, Teil I, Jg. 1974, Nr. 87.

⁶⁴ Bundesgesetzblatt, Teil I, Jg. 1990, Nr. 48.

⁶⁵ StAHH, 351-10 I (Sozialbehörde I), GF 44.10, Bd. 1 (Mißbrauch von Rauschgiften, 1924–April 1930), Bl. 11, Bl. 14, Bl. 39.

⁶⁶ Die Notwendigkeit einer Abänderung des § 6 BGB hinsichtlich der Entmündigung Süchtiger. In: Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge 9 (1928), S. 326f.

⁶⁷ Vgl. StAHH, 351-10 I (Sozialbehörde I), GF 44.10, Bd. 1 (Mißbrauch von Rauschgiften, 1924–April 1930), Bl. 70f., Bl. 121.

⁶⁸ Vgl. ebd., u. a. Bl. 48, Bl. 62, Bl. 73; vgl. auch Anm. 78.

⁶⁹ In den einschlägigen Friedrichsberger Patientenakten befinden sich mitunter Abschriften der entsprechenden Akten des Wohlfahrtsamtes, so auch in relativ ausführlicher Form in der Krankenakte des Hamburger Seemanns Walter H. Dieser Fall zeigt anschaulich die überaus aktive Rolle der Sozialbehörde im Rauschmittelkontext, die spezifische Einbindung Friedrichsbergs in das angesprochene Netzwerk und einen konkreten Entmündigungsverlauf wegen Rauschmittelabhängigkeit, an dem auf medizinischer Seite beispielsweise auch das Allgemeine Krankenhaus Ham-

Die Friedrichsberger Patientin Hedwig H. kritisierte eine regelrechte „Hetzjagd“ der Fürsorge.⁷⁰ Das konsequente und wirkungsvolle Vorgehen der Wohlfahrtsbehörde in dieser Frage sprach sich auch außerhalb Hamburgs bald herum. Vom 28. September 1928 datiert etwa ein Brief des Regierungspräsidenten von Köln. Man habe erfahren, dass die Hamburger Wohlfahrtsbehörde bei Rauschgiftsüchtigen in einer Reihe von Fällen Entmündigung wegen Geistesschwäche habe durchführen und dadurch Zwangsbehandlungen ermöglichen können. Der Kölner Regierungspräsident wollte nun wissen, wie das denn möglich sei.⁷¹ Was in dem Antwortschreiben in die Domstadt nicht explizit zur Sprache kam, wurde an einer anderen Stelle umso deutlicher hervorgehoben. In erster Linie entscheidend war, dass die zuständigen Richter beziehungsweise die Abteilung für Entmündigungssachen des Amtsgerichts in Hamburg als ausschlaggebende Instanz die gutachterlichen Äußerungen der Hamburger Ärzte und ihre entsprechenden medizinischen Erklärungsansätze als relevante Begründung für die Notwendigkeit einer Vormundschaft akzeptieren konnten. Von Interesse in diesem Zusammenhang sind einige Feststellungen des Friedrichsberger Psychiaters Friedrich Meggendorfer⁷² in seinem umfassenden Beitrag über die Intoxikationspsychosen in Oswald Bumkes „Handbuch der Geisteskrankheiten“ von 1928. Darin betonte Meggendorfer zunächst: „Tatsächlich gelingt es zum Beispiel in Hamburg nicht selten, Morphinisten aus § 6, 1 BGB zu entmündigen, während andere Gerichte und auch Sachverständige die Voraussetzungen viel enger fassen sollen.“⁷³ Die Hamburger Gerichte scheinen also in gewissem Maße geneigt gewesen zu sein, die Voraussetzungen für die Anwendung des § 6, 1 weniger streng zu definieren als anderswo und damit dem Bemühen von Wohlfahrtsbehörde und Psychiatrie in der Hansestadt, möglichst viele Drogensüchtige unter Zwang zu behandeln, entgegenzukommen. An einer anderen Stelle präziserte Meggendorfer den für ihn und seine Friedrichsberger Kollegen ausschlaggebenden Aspekt: „Selbst in Fällen, in denen der Cocainist seine Haltlosigkeit und seine Unfähigkeit, seine Angelegenheiten zu besorgen, offensichtlich ausgiebig bewiesen hat, lehnen manche Richter die wegen Geistesschwäche angestrebte Entmündigung dann ab, wenn

burg-Eppendorf richtungsweisend beteiligt war. Siehe Historisches Krankenblatt-Archiv des Hamburger Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Akte Friedrichsberg, No. 61.265.

⁷⁰ Historisches Krankenblatt-Archiv des Hamburger Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Akte Friedrichsberg, No. 58.197.

⁷¹ StAHH, 351-10 I (Sozialbehörde I), GF 44.10, Bd. 1 (Mißbrauch von Rauschgiften, 1924–April 1930), Bl. 95–109.

⁷² Friedrich Meggendorfer (1880–1953): seit 1918 an der Friedrichsberger Anstalt in Hamburg, ab 1928 als Oberarzt (1927 außerordentlicher Professor); ab 1934 Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik Erlangen und ordentlicher Professor an der Universität Erlangen. Vgl. Alma Kreuter: Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, Bd. 2. München u. a. 1996, S. 934–936; Carl Riebeling: Prof. Dr. Friedrich Meggendorfer. 7. 6. 1880–12. 2. 1953 (Nachruf). In: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 170 (1953), S. If.

⁷³ Meggendorfer: Intoxikationspsychosen (wie Anm. 5), S. 319.

anzunehmen ist, daß die sich in Haltlosigkeit, Verkommenheit, Neigung zu Vergehen usw. äußernde ‚Geistesschwäche‘ eine Folge des Cocainismus ist, während sie die Entmündigung dann aussprechen, wenn sich erweisen läßt, daß der Cocainismus und die Haltlosigkeit usw. nur Folgen einer schon vorher bestehenden ‚Geistesschwäche‘ darstellen.“⁷⁴

Vor diesem Hintergrund scheint man in Friedrichsberg einen entsprechenden Erklärungsansatz für die Entstehung von Rauschmittelsucht konzipiert zu haben, der genau auf die beschriebenen Denkmuster der Juristen zugeschnitten war. Dabei genügte es, eine adäquate Justierung geeigneter Elemente der gängigen Psychopathiekonzepte in den psychiatrischen Gutachten vorzunehmen. Es musste zu erkennen sein, dass die Probleme der fraglichen Patienten und Patientinnen letztendlich in etwas Krankhaftem wurzelten, das auch die Sucht hervorgebracht hatte, nicht aber die Sucht es war, die diese Probleme maßgeblich zur Folge hatte. Mit der Konstruktion einer spezifischen Interdependenz von Sucht und Psychopathie wurde ein Erklärungsansatz geschaffen, der Komplexität suggerierte und mit dem die Hamburger Juristen offenbar gut leben konnten. Man plädierte in den Friedrichsberger Gutachten für Geistesschwäche, indem man sich in spezifischer Art und Weise des Psychopathiebegriffs bediente, der in seiner Vielgestaltigkeit und Unbestimmtheit genügend Möglichkeiten bot, den jeweiligen Fall so zu diskutieren, dass man das angestrebte Ziel erreichte. Die relativ einheitliche Argumentationsweise der Friedrichsberger Psychiater lässt – vorsichtig formuliert – ein in gewissem Maße strategisches Vorgehen der Ärzte vermuten. So gesehen ließe sich Psychopathie als ein argumentatives Versatzstück verstehen, das im konkreten sozialen Kontext Erhebliches zu leisten imstande war.

Der genaue Stellenwert der argumentativen Grundstruktur in den einschlägigen Friedrichsberger Entmündigungsgutachten wird sich letztendlich nur durch eine breitere Analyse auch anderer Gutachtenbestände mit Psychopathiebezug überprüfen beziehungsweise erschließen lassen. In erster Linie kämen in diesem Zusammenhang Krankenakten von Drogensüchtigen aus Anstalten anderer Städte infrage oder auch eine Analyse der Friedrichsberger Gutachten mit Psychopathiebezug bei Fällen von Alkoholismus (und differenter Rechtslage). Außerdem wären in eine solche vergleichende Untersuchung auch Antragsbegründungen anderer Hamburger Institutionen und Akteure, in erster Linie der Wohlfahrtsbehörde, aber auch Allgemeiner Krankenhäuser (Eppendorf, Barmbek etc.), mit einzubeziehen. Dies allerdings würde den Rahmen der vorliegenden Studie sprengen.

Wie prekär aber die entsprechende Konstruktion der Friedrichsberger Ärzte in den Entmündigungsgutachten war, wurde von psychiatrischer Seite durchaus gesehen. Meggendorfer hob hervor, dass es vielleicht etwas einseitig und übertrieben sei, in jedem Fall von Morphinismus „einen von Haus aus irgendwie anfälligen

⁷⁴ Ebd., S. 352.

Menschen zu sehen“.⁷⁵ Man habe zu bedenken, dass bestimmte Symptome bei Süchtigen gerade durch die Narkotika bedingt (und eben nicht ursprünglich vorhanden) seien. Es sei „oft schwer, ja unmöglich zu entscheiden, was durch den Morphinismus, was durch die schon vorher vorhanden gewesene Psychopathie bewirkt ist“.⁷⁶ Differenziertere Überlegungen dieser Art treten in den Gutachten gegenüber der durchgehenden Marginalisierung und Diffamierung von Patienten durch Zuweisung einer psychopathischen Konstitution eher in den Hintergrund. So basierte die vermeintlich wissenschaftlich fundierte Erklärung von Drogenabhängigkeit auf willkürlichen, kaum belegbaren Vermutungen, die in wesentlichem Maße auf die praktischen Erfordernisse der Entmündigungspraxis in Hamburg ausgerichtet gewesen zu sein scheinen.

Gegenüber der Wohlfahrtsbehörde nahm Wilhelm Weygandt,⁷⁷ seit 1908 Direktor in Friedrichsberg, für seine Anstalt die Führungsrolle für Zwangsbehandlungen Drogensüchtiger in Anspruch. Er hielt es – aus nachvollziehbaren Gründen – für unzweckmäßig, Entziehungskuren auf offenen Stationen von Hamburger Krankenhäusern durchzuführen, und unterstrich als wichtigen Vorteil Friedrichsbergs, dass „in der geschlossenen Anstalt, wo die Erfahrung über die Technik einer rasch einzuleitenden vorläufigen Vormundschaft viel geläufiger ist“, widerständige Kranke nicht einfach die Klinik verlassen könnten.⁷⁸ An dieser Stelle ist hervorzuheben, dass die Friedrichsberger Gutachten in Entmündigungsfragen in der Regel erst Wochen, meist aber Monate nach Einleitung einer vorläufigen Vormundschaft (und dem Beginn des Zwangsentzugs) verfasst wurden. So lange ließen die Gerichtstermine meist auf sich warten. Die Friedrichsberger Gutachter rechtfertigten dann einerseits die ursprüngliche Beantragung und begründeten prinzipiell auch die Notwendigkeit einer Entmündigung. Andererseits sprachen sie sich mitunter aus „erzieherischen Gründen“ dennoch für eine Aussetzung der Verfahren auf eine bestimmte Dauer aus, um zum Beispiel Patienten – je nach Fall – für inzwischen gemachte Fortschritte in der Anstalt zu belohnen oder auch das Risiko einer vollständigen Demoralisierung zu umgehen.

⁷⁵ Ebd., S. 298.

⁷⁶ Ebd., S. 303f.

⁷⁷ Wilhelm Weygandt (1870–1939): 1893 Dr. phil. (Leipzig); 1896 Dr. med. (Würzburg); 1897–1899 Assistenzarzt bei Emil Kraepelin an der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg; 1904 außerordentlicher Professor an der Universität Würzburg; 1908–1934 Direktor der Irrenanstalt, später Staatskrankenanstalt Friedrichsberg in Hamburg; 1919 außerplanmäßiges Ordinariat für Psychiatrie an der neu gegründeten Hamburgischen Universität (1923 planmäßig); 1924/1925 Dekan der Medizinischen Fakultät. Vgl. Elisabeth Weber-Jasper: Wilhelm Weygandt (1870–1939). Psychiatrie zwischen erkenntnistheoretischem Idealismus und Rassenhygiene (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 76). Husum 1996.

⁷⁸ StAHH, 351-10 I (Sozialbehörde I), GF 44.10, Bd. 2 (Mißbrauch von Rauschgiften, April 1930–1932), Bl. 15.

Kurzer Ausblick

Im Grunde steckte das beschriebene Hamburger „Aktionsbündnis“ gegen Drogen und für Zwangsentzug noch in den Anfängen, als es schon wieder beendet wurde. Die Weltwirtschaftskrise und die hohe Arbeitslosigkeit führten zu einer prekären Finanzlage der öffentlichen Haushalte. So sah sich die Hamburger Wohlfahrtsbehörde im Oktober 1931 vor die Notwendigkeit gestellt, erhebliche Mittel einsparen zu müssen. Dies betraf auch den medizinischen Bereich, insbesondere Anstaltsbehandlungen in Friedrichsberg sowie in Hamburg-Langenhorn, deren Kosten bisher vom Wohlfahrtsamt getragen worden waren. Der Präsident der Behörde, Oskar Martini,⁷⁹ begründete das mit drastischen Worten. Angesichts der ungeheuren Not der arbeitenden Bevölkerung sei es einfach nicht mehr zu verantworten, die schrumpfenden Mittel des Staates in größerem Maße weiterhin der Fürsorge für „asoziale Elemente“ zufließen zu lassen, die wegen psychischer Defekte jahrelang in Anstalten festgehalten würden. In erster Linie gelte es, den arbeitsfähigen Hilfsbedürftigen, den Familien und der heranwachsenden Jugend zu helfen, um „das Gesunde“ zu schützen und die Kreise der aus dem Wirtschaftsprozess einstweilen ausgeschiedenen, deshalb aber nicht minder wertvollen Arbeitsfähigen vor dem Niedergang zu bewahren. Diesem Ziel sei alle Rücksicht auf „sozial Minderwertige“ absolut unterzuordnen.

Die ohnehin schon durch die Finanznot eingeschränkte Fürsorge für die Arbeitslosen werde aber infolge einer zu starken Inanspruchnahme der knappen Mittel durch „Asoziale, Psychopathen und sonstige Minderwertige“ noch weiter reduziert. Die Irrenpflege müsse auf eine weniger aufwendige Form zurückgeführt werden und in den meisten Fällen die Anstaltsfürsorge für Rauschgiftsüchtige angesichts der Finanznot fortan wegfallen. Wohlfahrtsamt und Gesundheitsamt stünden, so Martini abschließend, bereits in Verhandlungen mit dem Ziel eines umfassenden Abbaus der Anstaltsfürsorge für „psychisch Defekte“.⁸⁰ Die Mitte der 1920er Jahre eingeleitete, auf Entmündigung und Zwangsentzug setzende Drogenpolitik der Hamburger Wohlfahrtsbehörde stieß also bereits 1931 an massive finanzielle Grenzen. Das Fehlen des Geldes legte Werturteile frei, die man in dieser Radikalität im Rahmen einer Behördensitzung wohl erst in späteren Jahren erwartet hätte.

Es überrascht dabei nicht, dass besagter Oskar Martini, ehemals Mitglied der DVP, sich nach 1933 dem NS-Regime in Hamburg als Fachmann für das Wohlfahrtswesen zur Verfügung stellte und sich auch öffentlich zur NS-Fürsorgepolitik bekannte. Er organisierte in Übereinstimmung mit der NS-Doktrin in der

⁷⁹ Oskar Martini (1884–1980): seit 1920 Präsident des neu geschaffenen Wohlfahrtsamtes in Hamburg; nach 1933 weiterhin Leiter der Wohlfahrtsbehörde (1939 Senator). Vgl. Uwe Lohalm: Für eine leistungsbereite und „erbgesunde“ Volksgemeinschaft. Selektive Erwerbslosen- und Familienpolitik. In: Hamburg im „Dritten Reich“. Hg. von der Forschungsstelle für Zeitgeschichte in Hamburg. Göttingen 2005, S. 379–431, hier: S. 418–426, v. a. S. 421 f.

⁸⁰ StAHH, 351-10 I (Sozialbehörde I), GF 44.10, Bd. 2 (Mißbrauch von Rauschgiften, April 1930–1932), Bl. 73–75, vgl. auch Bl. 60, Bl. 64, Bl. 68, Bl. 72.

Hansestadt unter anderem die Erfassung Behinderter nach sogenannter „Wertigkeit für die Volksgemeinschaft“ und veranlasste Zwangssterilisationen. Martini kann als „einer der Vordenker der Ausgrenzung auf lokaler Ebene“ betrachtet werden, nicht nur gegenüber „Asozialen, Psychopathen und sonstwie Minderwertige[n]“, wie es 1931 hieß, sondern ebenso gegenüber Juden, „Zigeunern“ und geistig Behinderten.⁸¹

Fazit

In Hamburg vertraten die Psychiater seit Mitte der 1920er Jahre in einer Vielzahl von Gutachten zu Entmündigungsfragen einen Erklärungsansatz für Rauschmittelsucht, der zum einen der großen Bedeutung der Psychopathie im damaligen Fachdiskurs gerecht wurde, zum anderen aber in seiner spezifischen Art mit den juristischen Denkmustern hinsichtlich der Entmündigung von Rauschgiftabhängigen wegen Geistesschwäche korrespondierte. Dieser spezifische Erklärungsansatz lässt sich nur vor dem Hintergrund des Scheiterns einer vom Hamburger Wohlfahrtsamt initiierten Reform des § 6, Ziffer 3 BGB umfassend verstehen. Die daraus resultierende Konzentration auf § 6, Ziffer 1 BGB („Geistesschwäche“) spiegelt sich inhaltlich in den einschlägigen Gutachten wider, deren Überlieferungsbeginn und -dichte der zeitlichen Abfolge auf behördlicher Ebene entspricht.

Psychiatrie und Fürsorge hielten in Hamburg maßgebliche Steuerungs- und Kontrollfunktionen hinsichtlich einer zunehmenden gesellschaftlichen Exklusion Drogensüchtiger in den Händen. Der im Rahmen dieser Studie diskutierte Erklärungsansatz von Rauschgiftsucht lief letztendlich auf die Behauptung einer Äquivalenz von Psychopathie und Geistesschwäche hinaus und brachte damit in der psychiatrischen wie juristischen Praxis Hamburgs ein spezifisches Feld kategorialer Unschärfe hervor. Geistesschwäche wurde in den Friedrichsberger Gutachten auch da festgestellt, wo zuvor die Frage nach Intelligenzdefiziten explizit verneint worden war. Die Grenze zwischen Geistesschwäche (im Sinne krankhaft verminderter Intelligenz) und Psychopathie (im Sinne pathologisch bedingter Charaktereschwächen) wurde hier praktisch aufgehoben.

Grundsätzlich stellen die Psychopathiekonzepte in ihrer Gesamtheit eine weitreichende Entgrenzung des Wahnsinns dar. Dies gilt jedoch im Besonderen auch für die betrachteten Drogenfälle, etwa durch die Pathologisierung hedonistischer Motive. Die beschriebene psychiatrische Problematisierung von Charaktereigenschaften – bis hin zur Anlehnungsbedürftigkeit – unter dem Gesichtspunkt vermeintlich schwerwiegender Prädisposition entgrenzt das eigentliche Aufgabenfeld des Psychiaters in deutlichem Maße. Dieser Vorgang führte zugleich zu einer Ein-

⁸¹ Wolf Gruner: *Öffentliche Wohlfahrt und Judenverfolgung. Wechselwirkungen lokaler und zentraler Politik im NS-Staat (1933–1942)* (= Studien zur Zeitgeschichte, Bd. 62). München 2002, S. 35.

grenzung des Bereichs der Normalität, zu einer Beschneidung des Normalen. Hier ist aber ebenso festzuhalten, dass mithilfe der Psychopathie eine juristisch bedingte – man könnte sagen, unzeitgemäße – Begrenzung des Suchtbegriffs auf die Trunksucht in § 6, Ziffer 3 BGB zum Teil überwunden wurde.

Abstract

The article focuses on the argumentative line of the psychiatrists in charge using the perception of psychopathy when declaring drug addicts legally incompetent at the Hamburg *Staatskrankenanstalt Friedrichsberg* (State Hospital Friedrichsberg) in the second half of the 1920s. Declaring a person incompetent, or rather requesting such a measure, was the prerequisite for the initiation of compulsory detoxification programs as they were pursued and enforced in larger numbers by state authorities and psychiatric and medical institutions in Hamburg. While § 6,3 BGB (*Bürgerliches Gesetzbuch*/code of law) provided a legal basis for declaring an alcoholic as legally incompetent, the same was not the case in regard to drug addicts until 1975. In such cases, § 6,1 BGB had to be employed and a so-called mental weakness had to be diagnosed. Starting in the mid-1920s, a certain argumentative structure emerged in the relevant Friedrichsberg reports (*Gutachten*). Psychopathy, and especially personality disorders such as weak will or instability, is initially interpreted by psychiatrists as a specific pathological disposition resulting in drug addiction. The consumption of drugs is then regarded as a factor which reinforced these character traits – traits that were considered pathological defects. From all this it was concluded that mental weakness was the result of the lack of important mental functions and not a result of drug addiction. The argumentative pattern described above and used by Hamburg psychiatrists was heavily derived from the thinking pattern of legal scholars. On the one hand, the concept of psychopathy manifests itself in the interpretation and explanation of psychoses resulting from intoxication from a medical point of view. On the other, psychopathy reveals itself as an argumentative line borrowed from the judicial-administrative context; a context that was embedded in a specifically legalistic subtext.

Urs Germann

Umstrittene Grenzen: „Psychopathische Persönlichkeiten“ zwischen Psychiatrie und Justiz

Zur inter-institutionellen Stabilisierung des Psychopathiekonzepts
in der Schweiz vor dem Ersten Weltkrieg

1908 verfassten zwei Psychiater der bernischen Irrenanstalt Münsingen ein Gutachten über den 52-jährigen Holzschnitzer Fritz R., der sich in einem Strafverfahren verantworten musste, weil er einen Nachbarn mit dem Beil angegriffen und Branddrohungen ausgestoßen hatte. Die beiden Sachverständigen bezeichneten Fritz R. in ihrer Expertise als einen „schweren Psychopathen“, als einen Mann, „der zu Geistesstörungen veranlagt, nicht ganz normal ist, ein Mann, der an der Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit steht, ein ‚Grenzer‘, der im Affekt, unter dem Einfluss von Alkohol und auch sonst in schiefen Lebenslagen sich ziemlich weit jenseits der Grenze des Gesunden, im Gebiet des Pathologischen bewegt, der Eigentümlichkeiten im Denken, Fühlen und Handeln aufweist, welche bei der ungeheuren Mehrzahl der übrigen Menschen nicht vorkommen, sondern bei jenen, die wir als psychisch Entartete zu bezeichnen pflegen“.¹

Geradezu lehrbuchmäßig präsentierten die beiden Ärzte dem Untersuchungsrichter, der das Gutachten in Auftrag gegeben hatte, das Bild einer „psychopathischen Persönlichkeit“, wie es in den einschlägigen Kompendien von Richard von Krafft-Ebing, Emil Kraepelin oder einige Jahre später von Eugen Bleuler gezeichnet wurde. Der Wahnsinn wurde dabei in zweifacher Hinsicht entgrenzt: Zum einen ließen sich Personen wie Fritz R., gemessen an den gängigen Zeichen einer klinischen Psychose, kaum als geisteskrank bezeichnen. Sie äußerten weder Wahnvorstellungen, noch war bei ihnen das formale Denken beeinträchtigt. Dennoch attestierte ihnen die Psychiatrie eine erblich bedingte „Veranlagung“ für Geistesstörungen, die sich in „Eigentümlichkeiten“ äußerte, die vor allem die Affekte und das Handeln betrafen. Das Gutachten situierte Fritz R. damit in einem Grenzbereich, in dem Entscheidungen zwischen Krankheit und Gesundheit, zwischen Unzurechnungsfähigkeit und moralisch verantwortlichem Handeln zum Problem wurden.

¹ Alle Angaben zum Fall von Fritz R. sind entnommen aus: Psychiatrisches Gutachten über Fritz R. [1908], Archiv des Psychiatriezentrums Münsingen (PZM), Krankenakte Fritz R., ohne Archivnummer.

Das Gutachten ist zum anderen deshalb bemerkenswert, weil es an der Schnittstelle zwischen zwei Institutionen entstand und als *boundary object* die Grenze zwischen Psychiatrie und Strafjustiz passierte.² Es plausibilisierte eine medizinische Deutung und operationalisierte diese für die Wissensbedürfnisse des juristisch-administrativen Apparats. Wie dieser Beitrag aufzeigt, spielten Orte, die – wie die Gerichtsöffentlichkeit oder die Justizverwaltung – außerhalb der Klinik lagen, eine wichtige Rolle bei der Stabilisierung des Psychopathiekonzepts, das den Normalitätsdiskurs des *Fin de Siècle* nachhaltig prägte.

Die folgenden Ausführungen fokussieren auf die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Strafjustiz zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Im Zentrum steht die Diskussion in der Schweiz, die mit den Entwicklungen in andern europäischen Ländern, insbesondere in Deutschland, vergleichbar ist. Was die Analyse der Praxisebene anbelangt, stütze ich mich auf meine frühere Untersuchung zur psychiatrischen Begutachtungspraxis im Kanton Bern.³ In den letzten Jahren haben zahlreiche Studien die Beobachtung bestätigt, wonach sich im *Fin de Siècle* vonseiten der Justiz ein immer lauter werdender „Ruf nach der Psychiatrie“ (Foucault) beobachten lässt, der sich vor dem Hintergrund der Theorien der Kriminalanthropologen und der rechtspolitischen Vorstöße der modernen Strafrechtsschule in einer expandierenden Begutachtungspraxis niederschlug und in eine breite Kritik an den herkömmlichen Regeln der strafrechtlichen Zurechnung mündete.⁴ In dieser Konstellation lässt sich, so die hier vertretene These, das Konzept der „psychopathischen Persönlichkeit“ als ein spezifischer Beitrag der Psychiatrie zur Lösung der Entscheidungs- und Legitimationsprobleme verstehen, mit denen sich Staat und Justiz um 1900 bei der Bewältigung von Kriminalität und anderen Formen von sozialer Devianz konfrontiert sahen. Problematisierungen, Deutungsangebote und Handlungsoptionen bedingten sich dabei gegenseitig.

Ich werde meine Argumentation in drei Abschnitten entwickeln: Zunächst skizziere ich den Aufstieg des Psychopathiekonzepts im schweizerischen Kontext, wobei jene „Grenzdiskurse“, in denen das Verhältnis von psychiatrischen Krankheitsdeutungen und Kriminalität verhandelt wurde, im Vordergrund stehen. Im Anschluss daran gehe ich in zwei Schritten spezifisch auf die entgrenzenden Wirkungen des neuen psychiatrischen Deutungsmusters in der Praxis ein. Besonders interessieren dabei die Deutungs- und Handlungsoptionen, die der Psy-

² Zum Konzept des *boundary object*: Susan Leigh Star/James R. Griesemer: Institutional Ecology, „Translations“ and Boundary Objects. Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907–39. In: *Social Studies of Science* 19 (1989) 3, S. 387–420.

³ Urs Germann: Psychiatrie und Strafjustiz. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der Schweiz 1850–1950. Zürich 2004.

⁴ Zum Forschungsstand: Harry Oosterhuis/Arlie Loughnan: Madness and Crime. Historical Perspectives on Forensic Psychiatry. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 37 (2014), S. 1–16, sowie die Länderbeiträge in der gleichen Ausgabe; Richard F. Wetzell: Psychiatry and Criminal Justice in Modern Germany, 1890–1933. In: *Journal of European Studies* 39 (2009), S. 270–289. Foucaults einschlägige Analyse findet sich in: Michel Foucault: *Die Anormalen*. Vorlesungen am Collège de France (1974–1975). Frankfurt a. M. 2003.

chopathiediskurs an der Schnittstelle zwischen Psychiatrie und Justiz eröffnete: einerseits die Möglichkeit, straffälliges Verhalten zu pathologisieren und in die Jurisdiktion der Psychiatrie zu überführen, andererseits die Option, Straftäter als „biografische Einheiten“ (Foucault) zu entwerfen und zu Objekten kriminal- und sozialpolitischer Interventionen zu machen.⁵

Der Aufstieg des Psychopathiekonzepts

Das Konzept der „psychopathischen Persönlichkeit“ etablierte sich im Fahrwasser der Degenerationstheorie, die, von Frankreich ausgehend, ab 1860 von der deutschsprachigen Psychiatrie bereitwillig aufgegriffen wurde.⁶ Als wegweisend erwies sich Wilhelm Griesingers Begriff der „neuropathischen Disposition“, der nicht nur die Vererbung als ätiologische Grundlage ins Spiel brachte, sondern auch die Deutungshoheit der Psychiatrie ausweitete. Vor allem Richard von Krafft-Ebing machte solche Krankheitsbilder dann für die Gerichtspsychiatrie anschlussfähig.⁷ Auf eher wenig Resonanz stieß dagegen Julius Ludwig August Kochs differenzierte Systematik, die er in seinem Werk „Die Psychopathischen Minderwertigkeiten“ entwickelte und die erst in zweiter Linie auf die Forensik abzielte.⁸ Zusätzlichen Auftrieb erhielt das Vererbungsparadigma durch die Debatte um den „geborenen Verbrecher“, in deren Folge die „moralische Idiotie“ als spezifische, wenn auch umstrittene Form der Persönlichkeitsstörung Eingang in die psychiatrische Nosografie fand.⁹ Hauptkennzeichen des Krankheitsbilds, das dabei konstruiert wurde, war ein Mangel an Empathie und Triebbeherrschung, der die betroffene Person zwangsläufig in Konflikt mit der Gesellschafts- und Rechtsordnung bringen musste. Exemplarisch spiegelt sich diese Annahme in einem Beitrag wider, mit dem der Basler Psychiater Ludwig Wille 1889 die Schweizer Juristen- und Ärzteschaft über den Wissensstand der Psychiatrie informierte: „Es gibt eine unendlich grosse Zahl solcher von der Natur schon stets geistig,

⁵ Vgl. Michel Foucault: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a. M. 1976, S. 327.

⁶ Thomas Boetsch: Psychopathie und antisoziale Persönlichkeitsstörung. Ideengeschichtliche Entwicklung der Konzepte in der deutschen und angloamerikanischen Psychiatrie und ihr Bezug zu modernen Diagnosesystemen. Saarbrücken 2008; Heinz-Peter Schmiedebach: Zum Verständniswandel der „psychopathischen“ Störungen am Anfang der naturwissenschaftlichen Psychiatrie in Deutschland. In: Der Nervenarzt 56 (1985), S. 140–145; Henry Werlinger: Psychopathy. A History of the Concepts. Uppsala 1978.

⁷ Volker Roelcke: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914). Frankfurt a. M. 1999, S. 80–100.

⁸ Obwohl die „psychopathische Minderwertigkeit“ nicht auf die Pathologisierung von Delinquenz ausgerichtet war, forderte Koch bereits 1891 eine Abstufung der Zurechnungsfähigkeit und spezielle Einrichtungen zur Versorgung von „psychopathisch Degenerierten“; vgl. Julius L. A. Koch: Die Psychopathischen Minderwertigkeiten, Erste Abteilung. Ravensburg 1891, S. 133–140.

⁹ Richard F. Wetzell: Inventing the Criminal. A History of German Criminology 1880–1945. Chapel Hill 2000.

häufig aber auch körperlich gezeichneter Defekt- und abnormer Menschen, die man nicht als geistig normal, aber auch nicht als geisteskrank [...] ansehen kann.“ Indem er die gängigen Grenzen zwischen Krankheit und Gesundheit auflöste, betonte Wille wie zahlreiche seiner Fachkollegen die Notwendigkeit, Zwischenstufen der Zurechnungsfähigkeit vorzusehen.¹⁰

Rasch setzten sich die neuen Deutungsangebote in der psychiatrischen Praxis durch. So erweiterten die Schweizer Irrenanstalten Mitte der 1890er Jahre das Raster, mit dem sie die Diagnosen der aufgenommenen Patientinnen und Patienten für administrative Zwecke erfassten. Zwischen die Gruppen der „einfachen“ und „angeborenen Störungen“ wurde nun die Sammelkategorie der „konstitutionellen Störungen“ eingeschoben, unter der sich Zustandsbilder wie „erbliche Belastung“, „Hysterie“, „Charakteranomalien“ oder eben die „psychopathische Persönlichkeit“ rubrizieren ließen.¹¹ Die Diagnosen, die unter der neuen Gruppe zusammengefasst wurden, spielten in der Forensik eine immer wichtigere Rolle. Eine Auswertung der Gutachten, die in den Jahresberichten der Berner Irrenanstalten aufgeführt wurden, zeigt, dass der Anteil der untersuchten Straftäter, bei denen eine „konstitutionelle Störung“ diagnostiziert wurde, zwischen 1887 und 1916 von 13 % auf 33 % stieg. Dagegen nahm der Anteil der „einfachen Störungen“, also der eigentlichen Psychosen, von 40 % auf 27 % ab.¹² Dieser durchaus repräsentative Befund ist umso bemerkenswerter, als sich die Zahl der Begutachtungen im gleichen Zeitraum und bei einer weitgehend konstanten Geschäftslast der Gerichte vervünffachte.¹³

Die Erweiterung des psychiatrischen Blicks verlief allerdings keineswegs geradlinig und konfliktfrei. Tatsächlich stellte der Umgang mit „verbrecherischen Geisteskranken“ einen neuralgischen Punkt dar, an dem nicht nur Einzelfälle, sondern generell die Stellung der Psychiatrie im juristisch-administrativen Feld zur Disposition standen. Wie inzwischen zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben, artikulierten die – in der Schweiz wie in Deutschland aktive – Irrenrechtsreformbewegung des Fin de Siècle die wachsenden Denormalisierungsängste der wohlhabenden Bürger angesichts der Deutungshoheit der Psychiatrie über Gesundheit und Krankheit, Geschäftsfähigkeit und individuelle Freiheit.¹⁴ Gleichzeitig stießen sich Juristen und konservative Politiker daran, dass die Psychiatrie der Justiz den

¹⁰ Ludwig Wille: Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. In: Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht 3 (1890), S. 1–13, hier: S. 8f. Das Referat wurde 1889 gehalten und im Folgejahr publiziert.

¹¹ Germann: Psychiatrie (wie Anm. 3), S. 185f.

¹² Ebd., S. 197. Keine eindeutige Entwicklung lässt sich bei den „angeborenen Störungen“ feststellen, die vor allem Intelligenzminderungen betrafen. Die zeitgenössischen administrativen Erfassungskategorien, auf die hier zurückgegriffen wird, haben den Vorteil, dass sie gegenüber den Veränderungen der einzelnen Krankheitsbilder relativ stabil sind.

¹³ Ebd., S. 191, S. 197.

¹⁴ Stellvertretend: Brigitta Bernet: „Der bürgerliche Tod“. Entmündigungsangst, Psychiatriekritik und die Krise des liberalen Subjektentwurfs im Kontext der „Irrenfrage“ um 1900. In: Marietta Meier u. a. (Hg.): Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970. Zürich 2007, S. 117–153; Ann Goldberg: A Reinvented Public. Lunatic Rights and Bourgeois Populism in the Kaiserreich. In: GH 21 (2003), S. 159–182; Heinz-Peter Schmiedebach: Eine „antipsychiatrische

Rang streitig machte und eine wachsende Zahl von Verbrechern der gerechten Strafe entzog. Der Luzerner Richter Placid Meyer von Schauensee beharrte etwa 1890 explizit auf einer älteren Krankheitsauffassung, die Geisteskrankheiten eindeutig vom Bereich des Gesunden abgrenzte. Die Stoßrichtung war offensichtlich: Indem Meyer von Schauensee das Strafrecht weiterhin auf eine „scharfe Abgrenzung von geistiger Gesundheit und Krankheit“ verpflichtete, wollte er den Ermessensspielraum der medizinischen Sachverständigen vor Gericht begrenzen.¹⁵ In die gleiche Richtung gingen die Bedenken vieler Juristen gegenüber den Bestrebungen, im künftigen schweizerischen Strafgesetzbuch die Zurechnungsfähigkeit stärker nach rein medizinischen Kriterien zu definieren. Befürchtet wurde in diesem Zusammenhang, dass künftig jede „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ Strafflosigkeit bedinge und der „Herrschaftsbereich“ des Strafrechts kurzerhand den Psychiatern überlassen werde.¹⁶

Solche Interventionen, die das in den Vormärz zurückreichende Muster des juristisch-psychiatrischen *boundary dispute* aufgriffen, waren insofern helllichtig, als die Erweiterung des Krankheitsbegriffs auf ein diffus begrenztes „Übergangsbereich“ tatsächlich zu einer Stärkung der psychiatrischen Expertise vor Gericht und damit zu einem relativen Kontrollverlust der Justiz führen musste. So ist es kaum ein Zufall, dass im Fin de Siècle der Topos, wonach (Laien-)Richter geringfügige Geistesstörungen übersahen und Urteile fällten, die dem Stand der Wissenschaft widersprachen, weiterhin zum rhetorischen Rüstzeug der psychiatrischen Standesvertreter gehörte. Die Forderung, die sich an solche Feststellungen anschloss, bestand regelmäßig darin, nicht nur die Pflicht, zweifelhafte Geisteszustände zu untersuchen, sondern auch die bindende Wirkung von Sachverständigengutachten gesetzlich zu verankern. Die Feststellung der Zurechnungsfähigkeit könne nur Aufgabe des Psychiaters, niemals aber des Richters sein, verlangte etwa 1901 Ludwig Frank, der Direktor der Irrenheilanstalt Münsterlingen. Konsequenterweise wollte er die freie Würdigung „fachmännischer Gutachten“ und die Überweisung der Frage nach der Schuldfähigkeit an die Geschworenen abgeschafft wissen.¹⁷ Ein Begehren, das in der Schweiz allerdings keine Erfüllung finden sollte. Denn selbst innerhalb der Psychiatrie überwogen schließlich die Zweifel, ob eine Konfrontation mit der Juristenschaft den Anliegen dienlich sei, welche die Disziplin im Rahmen der Strafrechtsreform realisieren wollte.¹⁸

Bewegung“ um die Jahrhundertwende? In: Martin Dinges (Hg.): *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870–ca. 1933)* (= *MedGG, Beiheft, Bd. 9*). Stuttgart 1996, S. 127–160.

¹⁵ Placid Meyer von Schauensee: Die Psychiatrie in ihrem Verhältnis zum Strafrecht und zu den Vorschlägen der internationalen kriminalistischen Vereinigung. In: *Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht* 3 (1890), S. 503–514, hier: S. 504, S. 509.

¹⁶ Xaver Gretener: *Die Zurechnungsfähigkeit als Gesetzgebungsfrage*. Berlin 1897, S. 31.

¹⁷ Ludwig Frank: *Psychiatrie und Strafrechtspflege*. In: *Psychiatrische Wochenschrift* 3 (1901/02), S. 359–363.

¹⁸ Der Verein der schweizerischen Irrenärzte lehnte denn auch 1902 Franks Forderung ab; vgl. Protokoll der 33. Jahresversammlung des Vereins schweizerischer Irrenärzte, 19./20. Mai 1902. Zürich 1903, S. 19f.

Kritik am Psychopathiekonzept kam aber auch aus der Psychiatrie, wenn auch nur vereinzelt und vergleichsweise spät. Der Zürcher Psychiater Charlot Strasser bezeichnete die Psychopathie-Diagnose 1927 etwa kurzerhand als „Kübel der Irrenärzte“ und als ein „Ich-weiss-nicht-recht-was“ für „undefinierbare Lumpen, für verschiedene Qualitäten unklarer Verbrechernaturen oder sonst ein wenig un- oder antisozial sich benehmender Individuen, für eine Reihe latenter Erkrankungen, für Originale schlechthin, aber auch für Originale, die der geltenden Ordnung mit Recht oder Unrecht nicht besonders angenehm sind“. Dies sei umso problematischer, als es sich bei den entsprechenden Krankheitsbildern oft um „schleichende Psychosen“ handle, deren genaue Diagnostik den Ärzten Schwierigkeiten bereite. Als einer der wenigen Schweizer Psychiater problematisierte Strasser damit den wissenschaftlichen Status des Psychopathiekonzepts und benannte den kaum verklausulierten Klassen-Bias der damit verbundenen Diagnostik.¹⁹

Angesichts des immer latent vorhandenen Unbehagens gegenüber der Entgrenzung des psychiatrischen Blicks erstaunt es, dass sich das Konzept der „psychopathischen Persönlichkeit“ im schweizerischen Gerichtsalltag doch vergleichsweise reibungslos durchsetzte. Zwar betrafen die Fälle, in denen die Einschätzungen von Sachverständigen, Staatsanwälten, Verteidigern und Richtern auseinandergingen, überdurchschnittlich häufig „Grenzfälle“, bei denen die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten umstritten war. Insgesamt dürften solche Fallkonstellationen aber kaum mehr als ein Fünftel aller Verfahren ausgemacht haben. Auch kontroverse Fälle, bei denen mehrere Gutachten zu unterschiedlichen Schlussfolgerungen gelangten und die in der Öffentlichkeit deshalb gerne als Beleg für die Unzuverlässigkeit der psychiatrischen Expertise angeführt wurden, waren um 1900 eine seltene Ausnahme. Anders als etwa im Arbeitsbereich gab es damals in Straffällen keinen ausgedehnten „Gutachtermarkt“, und zwar nicht zuletzt deshalb, weil nur eine kleine Minderheit der Angeklagten überhaupt über die finanziellen Möglichkeiten verfügte, ein zweites, privates Gutachten anfertigen zu lassen.²⁰ Von der wachsenden Sensibilität der Justizbehörden gegenüber psychischen Verhaltensauffälligkeiten zeugt aber nicht nur die Zunahme der Begutachtungsaufträge, die dazu führte, dass eine wachsende Zahl von Straftätern ins Visier der Psychiatrie geriet. Ebenso bemerkenswert ist die hohe Bereitschaft der Untersuchungsrichter und Staatsanwälte, Verfahren allein aufgrund psychiatrischer Gutachten einzustel-

¹⁹ Charlot Strasser: *Psychiatrie und Strafrecht*. Zürich 1927, S. 86, S. 122f.

²⁰ Germann: *Psychiatrie* (wie Anm. 3), S. 307. Gemäß dem untersuchten Sample (78 Fälle aus dem Zeitraum 1895 bis 1920) kamen im Kanton Bern nur 10 % der Begutachtungen auf Betreiben der Verteidigung zustande. Es ist kein Fall bekannt, in dem ein Antrag auf eine Begutachtung abgelehnt worden wäre. Auch in den Jahresberichten der Berner Irrenanstalten finden sich keine Hinweise auf konkurrierende „Privatgutachter“. Bekannt ist jedoch ein weit beachteter Fall, in dem sich zwei amtliche Gutachter nicht auf eine Diagnose einigen konnten; vgl. ebd., S. 236–240; für die somatische Medizin: Lina Gafner: *Ärztliche Zeugnisse auf dem medizinischen Markt. Professionalisierte Zeugenschaft im wachsenden Verwaltungsapparat des frühen 19. Jahrhunderts*. In: Gesnerus 69 (2012), S. 95–109.

len. Dies betraf im Kanton Bern zwischen 1895 und 1920 immerhin jeden dritten begutachteten Angeschuldigten.²¹ Auch Fritz R., den die Sachverständigen in ihrem Gutachten als „schweren Psychopathen“ bezeichneten, entging auf diese Weise schließlich einer gerichtlichen Beurteilung.²²

Die Pathologisierung sozialer Devianz

Wie bereits der Psychiater Strasser feststellte, ermöglichte die Erweiterung des psychiatrischen Krankheitsbegriffs, soziale Devianz in einem neuen Ausmaß zu pathologisieren. Die Verschiebung der Deutungsmuster tritt im Fall des Strafrechts umso deutlicher hervor, wenn man mit der historischen Kriminalitätsforschung davon ausgeht, dass Strafverfahren oft als eine erweiterte Form der lebensweltlichen Konfliktbewältigung interpretiert werden müssen.²³ Eine solche Konstellation zeigte sich auch im Fall von Fritz R., auf den ich in diesem Abschnitt nun ausführlicher eingehe. Auch in diesem Fall gingen der Einleitung des Strafverfahrens jahrelange Auseinandersetzungen voraus. Bereits seit Längerem wurde Fritz R. in seiner Gemeinde beschuldigt, er misshandle seine Frau, schlage seine Kinder und weigere sich, einer Arbeit nachzugehen, um die Familie zu versorgen. Es war die Rede davon, dass er zu „Tobsuchtsanfällen“ neige und sich wie ein „Wüterich“ aufführe. „Nach wie vor arbeitete er sehr wenig, führte ein unstetes, unregelmäßiges Leben, stand nachts vielfach auf, polterte im Haus herum, war grob und böse gegen seine Nachbarschaft“, fasste das psychiatrische Gutachten die aktenkundigen Zeugenaussagen zusammen. Fritz R. bezichtigte seinerseits seine Frau der Untreue und machte eine Alkoholunverträglichkeit und Schlaflosigkeit für seine Ausbrüche verantwortlich. Nachdem sich die Ehegatten getrennt hatten, eskalierte der schwelende Konflikt erneut, diesmal mit dem Untermieter, den Fritz R. nach dem Auszug seiner Familie aufgenommen hatte. Als sich dieser über den nächtlichen Lärm beschwerte, griff Fritz R. kurzerhand zum Beil und verletzte sein Opfer an der Brust.²⁴

Folgt man diesen Zeugnissen, galt das Verhalten von Fritz R. in seinem Umfeld als Zeichen einer schwer zu erklärenden „Boshaftigkeit“, als Inbegriff eines „liederlichen“ und damit moralisch verwerflichen Lebenswandels. Als Messlatte für die Beurteilung diente das Ideal des fürsorglichen Familienvaters, der einem Beruf nachging und den Unterhalt seiner Familie bestritt. Demgegenüber brachten die Sachverständigen ein Erklärungsmodell in Anschlag, das zwar von den

²¹ Germann: Psychiatrie (wie Anm. 3), S. 229f.

²² Gemäß Beschluss des Berner Regierungsrats von 1908 wurde das Verfahren gegen Fritz R. vom Untersuchungsrichter eingestellt und die Akten wurden der Regierung übermittelt; Regierungsratsbeschluss 2084, Staatsarchiv des Kantons Bern, A II 1470.

²³ Exemplarisch: Rebekka Habermas: Diebe vor Gericht. Die Entstehung der modernen Rechtsordnung. Frankfurt a. M. 2008; Claudia Töngi: Um Leib und Leben. Gewalt, Konflikt, Geschlecht im Uri des 19. Jahrhunderts. Zürich 2004.

²⁴ Psychiatrisches Gutachten über Fritz R. (wie Anm. 1).

gleichen normativen Bezugspunkten und Alltagsbeobachtungen ausging, jedoch das Verhalten von Fritz R. in einen anderen Zusammenhang stellte.²⁵ Den Angelpunkt bildete dabei bezeichnenderweise das Konstrukt der „erblichen Belastung“, von der die Sachverständigen trotz einer ziemlich lückenhaften Familienanamnese ausgingen. Diese Annahme erlaubte es ihnen, abweichendes Sozialverhalten kausal mit einer unveränderlichen Charakterdisposition in Verbindung zu bringen. So machte das Gutachten das „Vorwiegen des Trieblebens“, eine „ins Krankhafte gedeihende Reizbarkeit“ sowie eine „grosse Gemütsstumpfheit“ dafür verantwortlich, dass Fritz R. den moralisch-sittlichen Erwartungen seines Umfelds nicht gerecht wurde. Die Zuschreibungen kulminierten schließlich in der Feststellung einer „Unfähigkeit zur richtigen Verwertung der verfügbaren Arbeitskräfte und Geldmittel“ sowie einer generellen „Unfähigkeit einer sittlichen Selbstführung“, wobei die Sachverständigen hier Krafft-Ebings Handbuch der Gerichtspsychiatrie paraphrasieren.²⁶ Das Gutachten transformierte damit das Bild des „Wüterichs“, der seine Familie terrorisierte, in die Figur eines Mannes, der von seinem Triebleben beherrscht wurde und verhindert war, soziale Bindungen einzugehen.²⁷

Wie eingangs erwähnt, schlossen die Sachverständigen das Vorliegen einer „ausgesprochenen Geisteskrankheit“ aus und weigerten sich, Fritz R. als „schwachsinnig“ zu bezeichnen. Als „psychisch Missgebildeter“ und „Degenerierter“ handle und fühle Fritz R. aber dennoch nicht wie ein „normaler Mensch“. Bewusstsein und Willensfreiheit im Sinn des Strafrechts seien deshalb „wesentlich gemindert“. Erkennbar wird hinter diesen Schlussfolgerungen ein Blick, der primär bei der Balance der Affekte und der Regulation des Willens, aber auch bei der Fähigkeit zur Empathie ansetzte. Demnach handelte es sich bei „Psychopathen“ um Personen, denen es an den Eigenschaften mangelte, die vorausgesetzt wurden, um sich erfolgreich unter dem „bürgerlichen Wertehimmel“ zu bewegen und sich in sozialer Hinsicht zu bewähren.²⁸ Wie der Fall von Fritz R. exemplarisch zeigt, eröffnete das Psychopathiekonzept Optionen, „störendes“ Verhalten nahezu beliebig ins Register des Pathologischen zu überführen. Ein wichtiges Merkmal war dabei seine relative Offenheit und Plastizität, die es ermöglichten, Alltagsbeobachtungen in Symptome zu transformieren.

Juristisch erwies sich das Psychopathiekonstrukt insofern als konfliktrichtig, als es – wie die Figur des „geborenen Verbrechers“ – das Axiom der Willensfrei-

²⁵ Stärker als in der klassischen Darstellung von Regina Schulte: *Das Dorf im Verhör. Brandstifter, Kindsmörderinnen und Wilderer vor den Schranken des bürgerlichen Gerichts, Oberbayern 1848–1910*. Reinbek bei Hamburg 1989, betone ich die Konvergenz der normativen und faktischen Aussagen von Zeugen und Ärzten.

²⁶ Psychiatrisches Gutachten über Fritz R. (wie Anm. 1); Richard von Krafft-Ebing: *Lehrbuch der Gerichtlichen Psychopathologie*. Stuttgart ³1892, S. 277.

²⁷ Zur Figur des „verhinderten Menschen“: Peter Becker: *Verderbnis und Entartung. Eine Geschichte der Kriminologie des 19. Jahrhunderts als Diskurs und Praxis*. Göttingen 2002, S. 258.

²⁸ Vgl. Manfred Hettling/Stefan-Ludwig Hoffmann: *Der bürgerliche Wertehimmel. Zum Problem individueller Lebensführung im 19. Jahrhundert*. In: GG 23 (1997), S. 333–359.

heit infrage stellte, auf dem das Strafrecht des 19. Jahrhunderts beruhte. In den Augen vieler Psychiater, die eine radikale Umgestaltung des Strafrechts in ein Recht der „sozialen Verteidigung“ für verfrüht hielten, sollte diesem Umstand mit einer Abstufung der Zurechnungsfähigkeit Rechnung getragen werden. In diese Richtung argumentierte 1889 auch Ludwig Wille in seiner Adresse an die Juristen- und Ärzteschaft. Im Vergleich zu Staaten wie Frankreich oder Deutschland, deren Recht sich in der Tradition des Code pénal von 1810 bewegte, war diese Problematik in der Schweiz insofern entschärft, als viele kantonale Strafgesetze bereits früh solche Zwischenstufen kannten.²⁹ So wurden im Kanton Bern um 1900 Angeklagte, denen eine „konstitutionelle Störung“ attestiert wurde, regelmäßig für vermindert zurechnungsfähig befunden und kamen in den Genuss einer (zwingenden) Strafmilderung.³⁰ Auch im Vorfeld der Einführung des schweizerischen Strafgesetzbuches gab die Berücksichtigung einer verminderten Zurechnungsfähigkeit – anders als etwa zur gleichen Zeit in Deutschland – kaum Anlass zu großen Diskussionen.³¹

Medikalisierungstendenzen, wie sie in Gerichtsfällen wie demjenigen von Fritz R. virulent wurden, wirkten allerdings nicht nur in eine Richtung. Neuere Studien zur Psychiatriegeschichte zeigen, dass die Pathologisierung sozialer Devianz auch auf die Kategorien zurückwirkte, die das Feld des psychiatrischen Wissens konstituierten. Demnach ging die enger werdende Kooperation zwischen Psychiatrie, Justiz und Verwaltung mit epistemischen Veränderungen einher, in deren Folge sich die Psychiatrie zunehmend mit sozialen Wertungen und administrativ-juristischen Gesichtspunkten durchsetzte, die mit den Kategorien der Klinik wenig zu tun hatten.³² In einer solchen Perspektive lassen sich die nosografischen Entwürfe der Jahrhundertwende auch als Versuche zu einer neuen Kartierung ebendieses Grenzgebiets lesen. Dies zeigen die Diskussionen um verschiedene Formen von „Schwachsinn“, aber auch die Neuvermessung der Psychosen, die, wie Brigitta Bernet jüngst am Beispiel der Schizophrenie gezeigt hat, auf unscharf abgegrenzte Zustände der Latenz ausgeweitet wurden, wobei auch hier soziale Auffälligkeiten

²⁹ In Frankreich verpflichtete 1905 ein Zirkular die Gerichte, die strafmildernde Wirkung psychischer Anomalien zu berücksichtigen; vgl. dazu Caroline Protais: *Psychiatric Care or Social Defense? The Origins of a Controversy over the Responsibility of the Mentally Ill in French Forensic Psychiatry*. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 37 (2014), S. 17–24. Auch in Deutschland erwies sich die Berücksichtigung mildernder Umstände als eine Alternative zur verminderten Zurechnungsfähigkeit. Dennoch kam es nach 1900 zu einer heftigen Kontroverse über den Umgang mit „moralisch Minderwertigen“, deren Schuldfähigkeit umstritten war; vgl. Wetzell: *Inventing* (wie Anm. 9), S. 79–96.

³⁰ Germann: *Psychiatrie* (wie Anm. 3), S. 203.

³¹ Ebd., S. 139–149.

³² Cornelia Brink: „Nicht mehr normal und noch nicht geisteskrank...“. Über psychopathologische Grenzfälle im Kaiserreich. In: *Werkstatt Geschichte* 33 (2003), S. 22–44; Martin Lengwiler: *Zwischen Klinik und Kaserne. Die Geschichte der Militärpsychiatrie in Deutschland und der Schweiz 1870–1914*. Zürich 2000, S. 108–114.

einen Großteil der Symptomatik ausmachten.³³ Die Psychopathie spielte in dieser Entwicklung die Rolle der Vorreiterin, zugleich zeigten sich die angesprochenen Verschiebungen nirgendwo so ausgeprägt wie in diesem Bereich. Dazu nur ein Beispiel: In Eugen Bleulers Lehrbuch rangierten „Gesellschaftsfeinde“ oder „Pathologische Schwindler“ schließlich als scheinbar gleichberechtigte Krankheitsgruppen neben Diagnosen wie „Hebephrenie“ oder „Progressive Paralyse“. Hier wurden psychiatrische Beschreibungskategorien von vornherein auf die Bewältigung gesellschaftlicher Ordnungsstörungen zugeschnitten.³⁴

Biografisch-pathologische Einheiten als Objekte behördlicher Interventionen

Tatsächlich ist der Aufstieg des Psychopathiekonzepts in einem weiteren Kontext zu sehen: der Ausdifferenzierung der Interventionsstrategien im expandierenden Sozial- und Wohlfahrtsstaat sowie der sich daraus ergebenden Entscheidungsprobleme. Dies gilt keineswegs allein für den Bereich der Strafjustiz; ähnliche Entwicklungen lassen sich – wenn auch mit Verzögerungen – im Bereich der Jugendfürsorge, der Vormundschaft, der Alkoholfürsorge oder der administrativen Anstaltsversorgung feststellen.³⁵ Auf all diesen Feldern öffneten psychiatrische Deutungsmuster Handlungsoptionen in Verfahren, in denen die herkömmlichen Instrumente der sozialen Kontrolle an Grenzen stießen. So auch im Fall von Fritz R., der nicht nur eine individual-pathologische, sondern auch eine institutionelle Vorgeschichte hatte: Bereits vier Jahre vor dem Strafverfahren war er wegen der Klagen gegen ihn bevormundet und auch medizinisch abgeklärt worden. Als diese Maßnahmen zu keiner Besserung der Verhältnisse führten, ließ die Heimatgemeinde ihn für ein halbes Jahr in einer Zwangsarbeitsanstalt versorgen, und zwar auf administrativem Weg, also ohne dass ein ordentliches Gericht über die

³³ Brigitta Bernet: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbilds um 1900. Zürich 2013.

³⁴ Eugen Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1918. Er schreibt explizit: „Gesellschaftsfeinde, Asoziale und Antisoziale sind natürlich psychopathologisch keine einheitliche Klasse. Der Sammelbegriff wird nur durch praktisch-soziale Gesichtspunkte zusammengehalten; mancherlei Veranlagung führt zum Verbrechen.“; ebd., S. 445. Bereits früh auf die Kontamination des Psychopathiekonzepts mit rechtlich-sozialen Werturteilen hingewiesen haben: Hans Georg Güse/Norbert Schmacke: Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. Kronberg 1976, S. 272; zur Verwendung des Ordnungsbegriffs in der Psychiatriegeschichte: Jakob Tanner: Ordnungsstörungen. Konjunkturen und Zäsuren in der Geschichte der Psychiatrie. In: Meier u. a. (Hg.): Zwang (wie Anm. 14), S. 271–308; Robert Castel: Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens. Frankfurt a. M. 1976.

³⁵ Zum schweizerischen Kontext: Tanja Rietmann: „Liederlich“ und „arbeitsscheu“. Die administrative Anstaltsversorgung im Kanton Bern 1884–1981. Zürich 2013; Gisela Hauss u. a.: Eingriffe ins Leben. Fürsorge und Eugenik in zwei Schweizer Städten (1920–1950). Zürich 2012; Nadja Ramsauer: „Verwahrlost“. Kindswegnahmen und die Entstehung der Jugendfürsorge im schweizerischen Sozialstaat 1900–1945. Zürich 2000.

Freiheitsentziehung befunden hätte.³⁶ Dem Angriff, den Fritz R. auf seinen Nachbarn unternahm, war also bereits eine Kaskade von Zwangsmaßnahmen vorausgegangen, die ihr Ziel allerdings nicht erreicht hatten und deshalb vor allem die Ohnmacht des familiären Umfelds und der Behörden bezeugen. Unter diesen Umständen ist es wenig überraschend, dass das Gutachten, das anlässlich des Strafverfahrens erstellt wurde, erneut Versorgungsbedarf signalisierte. Angesichts des „erleichterten Auftretens von Affekten“ und der „Gemütsstumpfheit“ bezeichneten die Sachverständigen Fritz R. als „gemeingefährlich“ und empfahlen, den Unzurechnungsfähigen auf unbestimmte Zeit zu verwahren, wie dies gemäss Artikel 47 des Berner Strafgesetzbuches möglich war.³⁷

Die Praxis, strafrechtlich nicht verantwortliche, jedoch als „gemeingefährlich“ erachtete Personen auf Geheiß der obersten Polizeibehörde zu verwahren, weist – nicht nur in der Schweiz – eine lange Tradition auf. Sie bildete denn auch eine der Blaupausen für die Sicherungsmaßnahmen, von denen sich um 1900 viele Strafrechtsreformer eine wirksamere „Verbrechensbekämpfung“ erhofften.³⁸ Tatsächlich hatte die alte Streitfrage um die Willensfreiheit zu Beginn des 20. Jahrhunderts ihre Bedeutung bereits stark eingebüßt. Was Psychiater und Juristen nun in erster Linie beschäftigte, war die Frage, wie die Gesellschaft nachhaltig vor „verbrecherischen Geisteskranken“ und insbesondere vor „Psychopathen“ geschützt werden könne – und zwar unabhängig vom Grad der strafrechtlichen Verantwortlichkeit. Eine wichtige Voraussetzung dafür sei, so die verbreitete Meinung, eine Ausdifferenzierung der stationären und zunehmend auch ambulanten Versorgungsoptionen, die den Behörden im Einzelfall zur Verfügung standen. Gefordert waren abgestufte Interventionsformen, die den „Anforderungen des Lebens“ Vorrang gegenüber formalen Kriterien einräumten.

Im Kanton Bern schlug sich die Logik der Prognose und Prophylaxis, die die neue Verfahrensrationalität implizierte, in einer langfristigen, jedoch nicht linearen Zunahme der Verwahrungen im Anschluss an Strafverfahren nieder. Allein zwischen den Fünfjahresperioden 1901 bis 1905 und 1906 bis 1910 stieg die Zahl der Fälle, in denen Untersuchungs- und Gerichtsbehörden bei der Kantonsregierung Sicherungsmaßnahmen beantragten, von 6 auf 16 Fälle pro Jahr.³⁹ Dazu trug nicht zuletzt die 1908 erfolgte Praxisänderung bei, künftig auch „Gemeingefährli-

³⁶ Psychiatrisches Gutachten über Fritz R. (wie Anm. 1). Vermutlich erfolgte die Anstaltsversetzung aufgrund des Gesetzes über die kantonalen Arbeitsanstalten von 1884; vgl. Rietmann: „Liederlich“ (wie Anm. 35), S. 60–101.

³⁷ Psychiatrisches Gutachten über Fritz R. (wie Anm. 1). Artikel 47 des Berner Strafgesetzbuches von 1866 sah wie die ähnlichen Bestimmungen anderer Kantone vor, dass Gerichte bei der kantonalen Exekutive einen Antrag auf die Verwahrung von Personen stellen konnten, die „wegen mangelnder Zurechnungsfähigkeit von Strafe befreit worden sind“. Falls es die öffentliche Sicherheit erforderte, oblag es dem Regierungsrat, „geeignete Sicherungsmaßnahmen“ zu treffen.

³⁸ Urs Germann: Kampf dem Verbrechen. Kriminalpolitik und Strafrechtsreform in der Schweiz 1870–1950. Zürich 2015. Zur zeitparallelen Diskussion in Deutschland: Christian Müller: Verbrechensbekämpfung im Anstaltsstaat. Psychiatrie, Kriminologie und Strafrechtsreform in Deutschland 1871–1933. Göttingen 2004.

³⁹ Germann: Psychiatrie (wie Anm. 3), S. 326.

che“, die bloß vermindert zurechnungsfähig waren, im Anschluss an ihre Strafe zu verwahren. Dieser Entscheid, der für die Schweiz und sogar europaweit Signalcharakter hatte, bedeutete, dass künftig auch „Grenzer“, wie Fritz R. einer war, bestraft *und* auf unbestimmte Zeit versorgt werden konnten. Damit schloss sich eine „Sicherheitslücke“, die auch von Juristenseite seit Längerem beklagt worden war.⁴⁰ Die Stärkung der Sicherheitsdispositive auf Kosten der individuellen Rechts- und Verfahrensgarantien lag tatsächlich im Trend der Zeit. Nur wenige Jahre später erweiterte das Kantonsparlament die Internierungsbefugnisse der Armenpolizei auf „minderwertige Personen“ und „Trunksüchtige“, die keine Straftat begangen hatten. Nach dem neuen Armenpolizeigesetz von 1912 konnten ebenfalls Straftlassene versorgt werden, die ihre Strafe verbüßt hatten, aber weiterhin für „gemeingefährlich“ gehalten wurden.⁴¹

Zugleich differenzierte sich der Maßregelvollzug, der die wachsende Zahl der Versorgten aufzunehmen hatte, mehr und mehr aus. Wie die Grenzen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit löste sich dabei die herkömmliche Alternative „Gefängnis oder Irrenanstalt“ zunehmend auf. Wurden Ende des 19. Jahrhunderts noch über 80 % der Personen, die aufgrund von Artikel 47 des Berner Strafgesetzbuches verwahrt wurden, an die staatlichen Irrenanstalten überwiesen, waren es um 1920 nur mehr knapp die Hälfte. Vermehrt wurde nun auf Zwangsarbeits-, Trinker-, Armenanstalten oder Arbeitskolonien zurückgegriffen, die nicht unter ärztlicher Leitung standen. In manchen Fällen leiteten die Behörden sogar lediglich eine Bevormundung nach den Bestimmungen des Zivilgesetzbuches von 1912 ein, womit die Aufsichts- und Versorgungskompetenzen faktisch auf die Vormundschaftsbehörden und (Amts-)Vormünder übergingen.⁴² Auch wenn genaue Zahlen fehlen, ist davon auszugehen, dass „Psychopathen“ und andere „abnorme Charaktere“ besonders häufig von solchen „nicht-medizinischen“ Versorgungen betroffen waren. Zunehmend weigerten sich die Psychiater nämlich, „kriminelle Psychopathen“ in ihre Anstalten aufzunehmen, welche auf den ruhigen Abteilungen störten. In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entstand deshalb ein weit verzweigtes Netzwerk aus hybriden Institutionen, die weder eindeutig dem Strafvollzug noch der Psychiatrie zuzurechnen waren und nebst strafrechtlich Verwahrten ein Heer von „Trunksüchtigen“, „Vaganten“, „Arbeitsscheuen“ und „Taugenichtsen“ aufnahmen. Justiz, Strafvollzug und die Instanzen der erweiterten Eingriffsfürsorge verbanden sich dabei zu einem durchlässigen „Kontinuum

⁴⁰ Jacob Lütschg: Die Beurteilung der „Vermindert Zurechnungsfähigen“ vor dem bernischen Strafgericht. In: Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 7 (1910/11), S. 385–407, hier: S. 394f.

⁴¹ Rietmann: „Liederlich“ (wie Anm. 35), S. 111–119. Mit der Ausweitung der Versorgungsbefugnisse nahm das Berner Armenpolizeigesetz von 1912 eine Entwicklung vorweg, die das kantonale Versorgungsrecht nach dem Ersten Weltkrieg generell prägen sollte.

⁴² Germann: Psychiatrie (wie Anm. 3), S. 331f. Das 1912 eingeführte Zivilgesetzbuch stärkte seinerseits die Rolle der Psychiatrie, indem es die Bevormundung von einem ärztlichen Gutachten abhängig machte; vgl. Bernet: Entmündigungsangst (wie Anm. 14), S. 132.

von Apparaten“ (Foucault), in dem disziplinierende und präventive Momente gegenüber repressiv-vergeltenden Aspekten die Oberhand gewannen.⁴³

Erst die Offenheit psychiatrischer Deutungsmuster für die Belange eines sich erweiternden und ausdifferenzierenden juristisch-administrativen Dispositivs macht meines Erachtens plausibel, warum sich das Psychopathiekonzept nachhaltig durchsetzte. Wie neuere Untersuchungen zur Vormundschaftspraxis und zur Administrativversorgung zeigen, trug der psychiatrische Blick maßgeblich dazu bei, jene Klientel zu konturieren und fassbar zu machen, auf die sich die behördlichen Interventionen bezogen. Er erlaubte es, „Psychopathen“ als „biografische Einheiten“ (Foucault) zu entwerfen und dabei psychopathologische Befunde und lebensgeschichtliche „Vorfälle“ zu einem Narrativ zu verschmelzen, das im Einzelfall eine zeitstabile Identitätszuschreibung erlaubte.⁴⁴ So bildete auch im Gutachten über Fritz R. letztlich nicht die eigentliche Straftat, sondern die bleibende „Charakteranlage“ den Grund, weshalb die Verwahrung eine Option wurde. Zugleich – und das ist der entscheidende Punkt – erlaubte erst die Annahme solcher invarianter Dispositionen, jene Aussagen über die Zukunft zu machen, welche die Behörden von den psychiatrischen Sachverständigen zunehmend verlangten: War Fritz R. aufgrund seines „So-Seins“ erst einmal als „gefährliches Individuum“ identifiziert und etikettiert, ließ sich auch prognostizieren, dass von ihm in Zukunft weitere Delikte und Ordnungswidrigkeiten zu erwarten seien und die Gesellschaft vor ihm geschützt werden müsse.

Bezogen auf die Potenzierung der sozialen Kontrolle hatte der Psychopathiediskurs demnach eine dreifache Funktion: Erstens ermöglichte und legitimierte er neue Formen des institutionellen Zugriffs, die sich, in den Worten Michel Foucaults, auf mehr „als das Vergehen“ erstreckten und – wie im Fall der Sicherungsmaßnahmen gegen vermindert Zurechnungsfähige – Freiheitsbeschränkungen rechtfertigten, die im Einzelfall weder durch das individuelle Verschulden noch durch eine fehlende Handlungsfähigkeit gedeckt waren.⁴⁵ Zweitens etablierte die Ausweitung des Krankheitsverständnisses und die Aufweichung der herkömmlichen Zurechnungsgrenzen die Psychiatrie als Triage- und Selektionsinstanz innerhalb eines institutionellen Gefüges, das auf den Schutz der Gesellschaft vor vermeintlichen „Ordnungsfeinden“ ausgerichtet war, zu einem gewissen Grad aber auch einem disziplinierend-resozialisierenden Impetus gehorchte. Drittens avan-

⁴³ Michel Foucault: *Sexualität und Wahrheit*. Bd. 1: *Der Wille zum Wissen*. Frankfurt a. M. 1977, S. 172. Eine umfassende Untersuchung der Ausdifferenzierung des Anstaltswesens in der Schweiz vor und nach dem Ersten Weltkrieg steht noch aus.

⁴⁴ Urs Germann: *Der Ruf nach der Psychiatrie. Überlegungen zur Wirkungsweise psychiatrischer Deutungsmacht im Kontext justizieller Entscheidungsprozesse*. In: Sabine Freitag/Désirée Schauz (Hg.): *Verbrecher im Visier der Experten. Kriminalpolitik zwischen Wissenschaft und Praxis im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. Stuttgart 2007, S. 273–293; Stefan Nellen/Robert Sutter: *Psychopathographien des Alltagslebens. Polizeiliche Aufschreibepraktiken im Vorraum der Psychiatrie*. In: Stefan Nellen/Martin Schaffner/Martin Stingelin (Hg.): *Paranoia City. Der Fall Ernst B. – Selbstzeugnis und Akten aus der Psychiatrie um 1900*. Basel 2007, S. 49–62.

⁴⁵ Foucault: *Anormalen* (wie Anm. 4), S. 36.

cierte die Psychopathie spätestens nach dem Ersten Weltkrieg zu einem Schlüssel- und Scharnierkonzept, das Strafjustiz, Vormundschaft und Fürsorge zu einem Handlungskontinuum verzahnte. Die epistemische Voraussetzung hierzu bildete die Existenz von „abnormen Charakteren“, an denen, obwohl sie nicht im klinischen Sinn geisteskrank waren, die wohlfahrtstaatlichen Bemühungen um eine soziale Anpassung an Grenzen stießen. Das Deutungsmuster erklärte nicht nur die Persistenz von Devianz, sondern entlastete auch den Strafvollzug und die Gesundheits- und Fürsorgeeinrichtungen vom Vorwurf der Ineffizienz. Der „Psychopath“ wurde dabei zu einer Figur, die reibungslos von der einen Instanz zur andern weitergereicht werden konnte.

Fazit: Psychopathie und „Verpolizeilichung“ psychiatrischen Handelns

Indem sie eine neue Gefahrenlage plausibilisierte und wissenschaftlich legitimierte, antwortete die Psychiatrie auf die Veränderungen, die sich um die Jahrhundertwende im öffentlichen Recht und auch im Privatrecht vollzogen.⁴⁶ Aus der Sicht Foucaults lässt sich dieser Prozess als eine Amalgamierung von Recht und Disziplinarmacht verstehen. Tatsächlich trat um 1900 neben die Frage nach der Handlungsfreiheit immer mehr die Beurteilung der Behandlungs-, Fürsorge- oder Sicherungsbedürftigkeit des zu sanktionierenden Subjekts. Aus der Schuldfrage wurde eine Frage der sozialen Anpassung und der Zweckmäßigkeit.⁴⁷ Zugleich verlagerten sich – wie ich anhand der Verfahrenseinstellungen und der daran anschließenden administrativen Sicherungsmaßnahmen gezeigt habe – Entscheide über Schuld und Strafe von den Gerichten auf die Ebene der (Justiz-)Verwaltung, die ihren Zugang zur wissenschaftlichen Expertise ebenfalls laufend ausbaute.

Damit komme ich zum Schluss: Was bedeutet die Behauptung einer nachhaltigen „Verpolizeilichung“ psychiatrischen Handelns für die Psychiatriegeschichte?⁴⁸ Es soll hier keineswegs darum gehen, die Verdienste einer als Wissenschaftsgeschichte betriebenen Psychiatriegeschichte infrage zu stellen.⁴⁹ Dennoch scheint es nötig, diesen Referenzrahmen, der ungewollt das alte Wunschbild einer „me-

⁴⁶ Susanne Krasmann: Die Kriminalität der Gesellschaft. Zur Gouvernementalität der Gegenwart. Konstanz 2003, S. 120–127.

⁴⁷ Vgl. Germann: Kampf (wie Anm. 38).

⁴⁸ Den Begriff der „Verpolizeilichung“, der um die Denkfigur des „Störers“ kreist, übernehme ich von: Wolfgang Naucke: Vom Vordringen des Polizeigedankens im Recht, d. i.: vom Ende der Metaphysik des Recht. In: Gerhard Dilcher/Bernhard Diestelkamp (Hg.): Recht, Gericht, Genossenschaft und Policey. Studien zu Grundbegriffen der germanistischen Rechtstheorie. Berlin 1986, S. 177–187.

⁴⁹ In diese Richtung argumentieren neuerdings auch: Sophie Ledebur: Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien. Wien 2015; Cornelia Brink: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980. Göttingen 2010.

dizinischen Psychiatrie“ perpetuiert, zu relativieren. Dies gilt besonders für das Beispiel der Schweiz, wo sich die Klinik als Ausgangspunkt der Psychiatriegeschichte keineswegs aufdrängt.⁵⁰ Wie ich hier am Beispiel des Psychopathiekonzepts gezeigt habe, fügten sich um 1900 Medikalisierungstendenzen nahtlos in andere – juristische, fürsorgerische, aber auch lebensweltliche – Praktiken zur Regulierung gesellschaftlicher Ordnungsprobleme ein. Dabei bestätigt sich Robert Castels Beobachtung, wonach der administrativ-juridische Rahmen immer schon eine wesentliche Konstitutions- und Existenzbedingung psychiatrischen Handelns gebildet hat.⁵¹ Aus einer solchen „gouvernementalen“ Perspektive betrachtet, erscheinen die Entgrenzung des Wahnsinns und die (partielle) Psychiatrisierung von Devianz als spezifische Strategie im Umgang mit den Versorgungs- und Verwaltungsproblemen, die sich der Gesellschaft des Fin de Siècle als Teil der „sozialen Frage“ stellten. Die Frage lautet folglich weniger, wie weit die damalige Gesellschaft „verwissenschaftlicht“ oder die Wissenschaft von sozialen Bezügen durchsetzt wurde, sondern unter welchen Bedingungen eine Regierung des Sozialen auf die Psychiatrie als Institution zurückgriff und wie sich im Gegenzug die Psychiatrie als Instanz etablieren konnte, die für die Bewältigung lebensweltlicher Konflikte und familiärer Problemlagen in Anspruch genommen wurde. Konsequenterweise müsste die Psychiatrie noch stärker als Teil des gesellschaftlichen Umgangs mit sozialer Abweichung und subjektivem Leidensdruck untersucht werden, der von zahlreichen Akteuren und keineswegs allein von den Psychiatern bestimmt und gestaltet wurde.⁵² Gegenüber einer Soziologie der wissenschaftlichen Expertise ist damit zugleich festzuhalten, dass das Psychopathiekonzept keineswegs nur zur Legitimation von (bestehenden) Verfahren diene. Wie die Transformation und Verfestigung gesellschaftlicher Konflikterfahrungen in der Figur des „Psychopathen“ zeigt, eröffnete das Konzept um 1900 vielmehr neue Anschlussoptionen in Einzelverfahren und Gesetzgebung und damit einen „Mehrwert“, der eine Potenzierung und Verfeinerung der wohlfahrtsstaatlichen Interventionsformen erlaubte. Letztlich war es diese „Verwaltungstauglichkeit“, die das Psychopathiekonstrukt zu einem überaus wirksamen und flexiblen Instrument der sozialen Kontrolle im *interface* zwischen Justiz, Bürokratie und ärztlicher Praxis machte.⁵³

⁵⁰ Zu Deutschland: Eric J. Engstrom: *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice*. Ithaca 2003.

⁵¹ Castel: *Ordnung* (wie Anm. 34), S. 160.

⁵² Zum Verwissenschaftlichungsansatz: Lutz Raphael: *Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptuelle Herausforderung für die Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts*. In: *GG* 22 (1996), S. 165–193. Zu Recht weist Brigitta Bernet darauf hin, dass mit der Ausrichtung des psychiatrischen Handelns auf gesellschaftliche Problemlagen auch eine „Sozialisierung“ der Psychiatrie und ihrer Konzepte einherging; vgl. Bernet: *Schizophrenie* (wie Anm. 33), S. 313. Beide Ansätze setzen indes stillschweigend voraus, dass die beiden Sphären – Gesellschaft und Psychiatrie/Wissenschaft – zunächst getrennt voneinander operieren, was m. E. jedoch kritisch hinterfragt werden muss.

⁵³ Castel: *Ordnung* (wie Anm. 34), S. 209.

Abstract

On the basis of case examples in Switzerland, the article deals with the significance of the concept of psychopathy for the process of the pathologization and psychiatrization of criminal behavior around the year 1900. Divided into three segments, the text scrutinizes the rise of the concept of psychopatical personality at the interface of criminal justice and psychiatry, the reinterpretation of troublesome and deviant behavior as symptoms of a mental disorder within the course of psychological assessments, as well as the options that were offered to the judiciary and social services in dealing with deviant behavior by turning to psychiatric experts. The author argues that psychiatry was able to react strategically to the changes that became apparent in public and civil law at the turn of the century by a delimitation of madness, which can be observed in the forensic field. Representatives of the psychiatric sciences not only distinguished themselves by lending legitimacy to administrative and judicial processes; the option of profiling criminals as 'biographic entities' (Foucault) by means of psychopathological patterns of interpretation presented the epistemic prerequisite that put public institutions into the position to expand and further differentiate their ability to deal with behaviorally deviant individuals. The author finally advocates that the 'governmental' perspective on the institution of psychiatry be taken more strongly into account, in contrast to merely viewing the issue from a perspective of the historical sciences.

Rupert Gaderer

J. G. Lehmann-Hohenberg – Wahnsinn, Presse und Politik im deutschen Kaiserreich

Gegen den stadt- und landesbekanntesten völkisch-nationalistischen Zeitschriftenherausgeber Johannes Georg Lehmann-Hohenberg (1851–1925) wurde am 23. September 1910 vor dem Weimarer Schöffengericht der Vorwurf erhoben, das preußische Offizierskorps aufs Tiefste beleidigt zu haben. Dabei ist zunächst die Vorgeschichte des Prozesses und die Motivation des Angeklagten außergewöhnlich: Mittels Denunziationen, die Lehmann-Hohenberg gezielt über einen längeren Zeitraum in mehreren Zeitschriften publizierte, gelang ihm sein Vorhaben, aufgrund des Tatbestandes der Beleidigung (§§ 185ff. RStGB) angeklagt zu werden. Lehmann-Hohenberg wurde schließlich vor das Schöffengericht geladen, weil er in der Zeitung „Deutschland“ einen Bericht über den Amoklauf Oswald Grossers mit einer für die Betroffenen nicht tolerierbaren Kritik am Militär verbunden hatte.¹ Grosser, ein Berliner Kaufmann, hatte am 16. November 1908 während einer Verhandlung vor dem Reichsgericht in Leipzig auf die anwesenden Richter geschossen und einen Gerichtsschreiber getötet. Lehmann-Hohenberg hatte in seinem Artikel dazu angemerkt: „Heute kann man im Amte bleiben oder als Offizier kommandieren, selbst wenn man als Halunke und Meineidiger gebrandmarkt worden ist. Das ist keine Übertreibung, sondern Tatsache, die belegt werden kann.“² In dieser Äußerung sah die Weimarer Anklageschrift gegen den Zeitschriftenherausgeber den Tatbestand der Beleidigung erfüllt. Lehmann-Hohenberg habe eine falsche Behauptung verbreitet, die die Mitglieder des Militärs verächtlich gemacht und in der öffentlichen Meinung herabgewürdigt habe. Der frühzeitig aus dem Staatsdienst entlassene Professor für Mineralogie und Geologie der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, der sich im Jahr 1904 in Weimar niedergelassen hatte, gab sich jedoch damit nicht zufrieden: Als Angeklagter forderte er das Weimarer Gericht auf, die Anklage gegen ihn auszuweiten, nämlich einerseits auf Beleidigung von Beamten und Richtern und andererseits auf seine in Weimar im

¹ Johannes Lehmann-Hohenberg: Ein Wort aus dem deutschen Volke! In: Rechtshort. Unabhängige Zeitschrift zur Einleitung einer neuen Reformation durch Germanisierung des Rechts 4 (1908) 21, S. 430–433 (bekannt auch als: Kulturhort für freies deutsches Volkstum. Organ des Allgemeinen Deutschen Kulturbundes und des Deutschen Rechtsbundes). Im Folgenden wird für die Zeitschrift der verkürzte Titel „Rechtshort“ verwendet.

² Ders.: Kriegsminister a. D. von Einem gegen den Herausgeber des „Rechtshort“. In: Rechtshort 5 (1909) 23, S. 455–479, hier: S. 457.

Selbstverlag erscheinende Zeitschrift „Rechtshort. Unabhängige Zeitschrift zur Einleitung einer neuen Reformation durch Germanisierung des Rechts“ (1905–1909). Dabei handelt es sich um eine Zeitschrift, in der bürokratie-, rechts- und psychiatriekritische Artikel mit dem Ziel einer deutsch-völkischen Kultur- und Rechtsreform erschienen, deren Verfasser zu einem überwiegenden Teil der Universitätsprofessor a. D. Dr. nat. Lehmann-Hohenberg selbst war. Als Beweis für gesetzlich verübtes Unrecht im deutschen Kaiserreich berichtete der Zeitschriftenherausgeber immer wieder über verschwörerische Machenschaften und die Unterwanderung der Justiz, die er bei einer Vielzahl von Rechtsfällen zu beobachten glaubte. Den Forderungen nach einer Ausweitung der Anklagepunkte, so antwortete das Weimarer Gericht auf das Ansuchen, könne jedoch nicht nachgekommen werden. Daraufhin zeigte sich Lehmann-Hohenberg selbst bei der Staatsanwaltschaft wegen Beleidigung von Beamten und Richtern an. Die Selbstanzeige wurde vom Gericht abgelehnt. Nach diesen misslungenen Versuchen kontaktierte der Zeitschriftenherausgeber den Königlichen Oberst und Kommandeur des 2. Thüringischen Feldartillerie-Regiments Nr. 55, Oberst Wischer, und benachrichtigte ihn, dass er ihn in seiner Zeitschrift „Rechtshort“ verschiedentlich der Falschsausage bezichtigt habe. Darüber hinaus forderte er den Armeeeingehörenden auf, als Nebenkläger im Weimarer Prozess aufzutreten, woraufhin dieser Lehmann-Hohenberg tatsächlich wegen Ehrenbeleidigung anzeigte. Mittels solcherart systematisch gestreuter Selbstdenunziationen versuchte der Angeklagte, sich eine öffentliche Gerichts Bühne zu schaffen, um die seiner Meinung nach unzähligen Verfehlungen der Justiz und die unrechtmäßigen Rechtsbeugungen im deutschen Kaiserreich öffentlich zu machen. Die querulatorische Strategie bestand darin, gerichtliche Verfahren durch kalkulierte Beleidigungen zu erzwingen. Derart evozierte Skandalprozesse sollten ihm die Möglichkeit bieten, eine Öffentlichkeit für sein Anliegen einer Reformierung des Deutschen Reichs zu schaffen.³ Jedoch wurden seine Pläne durchkreuzt. Noch vor dem ersten mündlichen Verhandlungstag und nach der Einsendung teils verbotener Broschüren ordnete der Weimarer Amtsrichter Lemmerz ein psychiatrisches Gutachten über den Geisteszustand Lehmann-Hohenbergs an. Mit der Erstellung des Gutachtens wurde zunächst der Direktor der psychiatrischen Klinik in Jena, Otto Binswanger, beauftragt, der jedoch von Lehmann-Hohenberg abgelehnt wurde, da er zuvor eines seiner psychiatrischen Gutachten in seiner Zeitschrift „Rechtshort“ stark kritisiert⁴ und später als „Altweiberge-schwätz“⁵ verhöhnt hatte. Nach seiner ausführlichen Verteidigungsrede am ersten

³ Diese Vorgehensweise verfolgte Lehmann-Hohenberg auch in dem Gerichtsprozess gegen den Oberst A. Hüger: „Ich provozierte daher absichtlich ein gerichtliches Verfahren gegen mich, um die Voreingenommenheit des Herrn Seyffarth im Falle Hüger zu erweisen und die vorgesetzte Behörde aufmerksam zu machen.“ Johannes Lehmann-Hohenberg: Im Zeichen der Unwahrheit (Hüger-Prozeß). In: Rechtshort 2 (1906) 10, S. 248–252, hier: S. 249.

⁴ Ders.: Notwendigkeit und Neuregelung des Irrenwesens. Die Fälle Real-Schuldirektor Dr. Heine und Frau Gertrud Hirschberg. In: Rechtshort 1 (1905) 10, S. 146–154; siehe auch Rudolf Heine: Zum Fall Realschuldirektor a. D. Dr. Rudolf Heine. In: Rechtshort 4 (1908) 1, S. 25–38.

⁵ Johannes Lehmann-Hohenberg: Gerichtsurteile auf Vernunftlosigkeit oder Gewissenlosigkeit aufgebaut. In: Rechtshort 5 (1909) 23/24, S. 472–491, hier: S. 480.

Verhandlungstag, in der Lehmann-Hohenberg verschiedene Stellen aus mitgebrachten Schriften zitiert, einige aufsehenerregende Prozesse rekonstruiert und die Entscheidungen von Kriegsgerichten kritisiert hatte, forderte der Staatsanwalt neuerlich ein Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten. Der vom Gericht als Gutachter bestellte Oberarzt an der psychiatrischen Klinik in Jena, Dr. Hans Berger, sprach den Verdacht aus, dass der Angeklagte am sogenannten paranoiden Querulantenwahnsinn leide und ersuchte das Gericht, den Zeitschriftenherausgeber in die Klinik zu überweisen, um den Geisteszustand überprüfen zu lassen. Lehmann-Hohenberg wurde aber nicht zwangsweise in eine Klinik gebracht. Aufgrund neuerlicher Denunziationen in der von Lehmann-Hohenberg publizierten Broschüre „Protest gegen eine zwangsweise Ueberführung in eine Irrenanstalt“ (1911), die kurz nach dem Einlieferungsbeschluss unter der Bevölkerung Weimars zirkulierte, stellte der sächsische Justizminister neuerlich Strafanzeige gegen den renitenten Beschwerdeführer – diesmal wegen Beleidigung des Amtsrichters Lemmerzähl. Der Richter musste aufgrund der Strafanzeige des Justizministers seiner Funktion entbunden werden, dies schrieb die Reichsstrafprozessordnung vor (§§ 22ff. RStPO), was aber gleichzeitig bedeutete, dass Lemmerzahls Beschluss zur Einweisung von Lehmann-Hohenberg wirkungslos wurde. Letztendlich fand am Weimarer Landgericht, an das das Verfahren überwiesen wurde, am 1. November 1913 eine neuerliche Verhandlung statt – auch hier wurde ein Gutachter herangezogen. Der Psychiater Siegbert Ganser von der psychiatrischen Klinik in Dresden diagnostizierte zwar, dass sich Lehmann-Hohenberg im Grenzbereich zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit bewege, betrachtete ihn jedoch als strafrechtlich verantwortlich für seine Äußerungen. Das Gericht verurteilte den Angeklagten wegen Beleidigung des Offizierskorps und des zuvor erwähnten Oberst Wischer zu einer Geldstrafe von 600 Mark. Einige Zeit nach diesem Beschluss schrieb Lehmann-Hohenberg einen offenen Brief, diesmal an den bei der Verhandlung in Weimar beteiligten Staatsanwalt Blochmann, in dem er ihn einen charakterlosen Verleumder und Verräter nannte. Daraufhin stellte Blochmann einen Strafantrag und Lehmann-Hohenberg wurde am 31. Oktober 1914 vom Weimarer Landgericht zu zwölf Monaten Haft verurteilt. Das Gericht lehnte eine Revision des Urteils ab. Lehmann-Hohenberg versteckte sich unter falschem Namen und wurde steckbrieflich zweieinhalb Jahre gesucht. Im Sommer 1917 wurde er in Stuttgart von einem Geheimpolizisten festgenommen und verbüßte eine Gefängnisstrafe von zwölf Monaten. Rund ein Jahrzehnt nach den aufsehenerregenden Gerichtsprozessen berichtete die „Vossische Zeitung“ in dem Artikel „Ein Märtyrer des Rechtsgefühls“ über den Tod Lehmann-Hohenbergs im Jahr 1925. Seine Prozesse hätten „peinliches Aufsehen in ganz Deutschland“ erregt und man könne in dem exzessiven Kläger „das Opfer eines krankhaft überreizten Rechtsempfindens“⁶ erkennen.

⁶ Ein Märtyrer des Rechtsgefühls. In: Vossische Zeitung, Nr. 179/Abend-Ausgabe, 16. 4. 1925, S. 3.

Paranoider Querulantenwahnsinn

Seit den späten 1850er Jahren wurde in psychiatrischen Abhandlungen von widerpenstigen und hartnäckigen Klägern berichtet, deren Handlungen und Verhaltensweisen von einem exzessiven Rechtsgefühl getrieben würden. Manche von ihnen hätten ihre Taschen voller Eingaben und schnürten Vorladungen, Bescheide und ärztliche Diagnosen mit Bindfäden zu kleinen Büchern, die am Körper getragen würden, um sie bei passender Gelegenheit vor Gericht als subversive Geste hervorzuholen und aus ihnen vorzulesen.⁷ Diese Beschwerdeführer verlasen ihre selbst geschriebenen Anklageschriften nicht lediglich in Gerichten, sondern versendeten eine Vielzahl von schriftlichen Eingaben, wodurch sie das psychiatrische Aufschreibesystem mit einer Masse an Dokumenten konfrontierten: „Zahlreiche Schriftstücke“,⁸ „massenhafte Schreibereien“,⁹ „viele [...] hundert Schriftstücke“,¹⁰ „unzählige Briefe und Eingaben“,¹¹ eine „kolossale Correspondenz“¹² und „massenhafte Beschwerden“¹³ wurden von Ärzten gesammelt und abgelegt, um sie später auszuwerten. Aufgrund des Ansturms von Schreiben – auch darüber berichten die einschlägigen psychiatrischen Studien – wurde die Arbeitskapazität eines der wichtigsten Aufzeichnungs- und Ordnungsmedien der Bürokratie des Rechts geschwächt: „Massenhaftes Actenmaterial“,¹⁴ „Akten, [...] die [...] das ansehnliche Gewicht von 23 kg“¹⁵ erreichen, „Actenmaterial [...] über 1000 beschriebene Seiten“¹⁶ und „grosse Aktenstöße“¹⁷ erschwerten die Papierarbeit der

⁷ Richard von Krafft-Ebing: Über den sogenannten Querulantenwahnsinn. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin 35 (1879), S. 395–419, hier: S. 410; Max Köppen: Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 28 (1896), S. 221–239, hier: S. 223; Friedrich Scholz: Zwei psychiatrische Gutachten. Vom Dr. Friedr. Scholz, K. Kreis-Physikus u. dirigir. Arzt des Hospitals der Barmh. Brüder zu Steinau a./O. [...] 2. Ein wahnsinniger Querulant. In: Vierteljahrschrift für gerichtliche und öffentliche Medicin. Unter Mitwirkung der königlichen wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen im Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten 8 (1868), S. 343–355, hier: S. 348; Carl Georg Kruska: Ein Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn. Berlin 1898, S. 11.

⁸ Johann Ludwig Casper: Practisches Handbuch der Gerichtlichen Medizin nach eigenen Erfahrungen bearbeitet, Bd. 1. Berlin ³1860, S. 571.

⁹ Droste: Ein widerwärtiger lästiger Querulant. In: Vierteljahrsschrift für Psychiatrie in ihren Beziehungen zur Morphologie und Pathologie des Central-Nervensystems, der physiologischen Psychologie, Statistik und gerichtlichen Medicin 2 (1868) 1, S. 73–77, hier: S. 76.

¹⁰ Scholz: Gutachten (wie Anm. 7), hier: S. 343f.

¹¹ Emil Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Bd. 1: Allgemeine Psychiatrie. Leipzig ⁸1920, S. 450.

¹² Richard von Krafft-Ebing: Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie mit Berücksichtigung der Gesetzgebung von Österreich, Deutschland und Frankreich. Stuttgart ³1892, S. 144.

¹³ Julius Raecke: Der Querulantenwahn. München 1926, S. 44.

¹⁴ Eduard Hitzig: Über den Querulantenwahnsinn, seine nosologische Stellung und seine forensische Bedeutung. Eine Abhandlung für Ärzte und Juristen. Leipzig 1895, S. 14.

¹⁵ Karl John: Hypomanie und Querulantenwahn. Berlin [Diss.] 1910, S. 10.

¹⁶ Muhr: Querulantenwahnsinn. In: Jahrbücher für Psychiatrie 7 (1887), S. 166–196, hier: S. 178.

¹⁷ Köppen: Querulantenwahnsinn (wie Anm. 7), hier: S. 233.

psychiatrischen Gutachter. Was an dieser Auflistung aus psychiatrischen Abhandlungen über den Querulantenwahnsinn evident wird, ist, dass der Schriftgebrauch, Verfahren des Schreibens und mit ihnen verbundene verwaltungstechnische Vorgänge sowie die Zirkulation von Nachrichten einen wesentlichen Anteil bei den Nachweisverfahren und der spezifischen Codierung der psychiatrischen Krankheit beziehungsweise Störung hatten. Angesprochen sind damit die Modellierung der Auftretensformen der psychiatrisierten Querulanz sowie jene Entscheidungsprozeduren, die für die Ausformung von psychiatrischen Wissensformen über sie zentral sind.

Die Frage nach den Ursachen des Querulantenwahnsinns wurde im Laufe der Zeit unterschiedlich beantwortet. Nicht lediglich die Akten wucherten, sondern auch die verschiedenen Krankheitsbezeichnungen und -ursachen. Das Krankheitsbild wurde als Monomanie,¹⁸ fixe Idee¹⁹ beziehungsweise fixe Wahnidee,²⁰ Affektreaktion bei angeborener psychopathischer Veranlagung²¹ und abnormer Gehirnorganisation,²² als Unterform der chronischen Paranoia und später als psychogene Psychose,²³ als Rechtskränkung eines streitsüchtigen Menschen²⁴ oder als eine psychotische Steigerungsform des querulatorischen Verhaltens²⁵ gefasst. In dem kurzen Zeitraum zwischen 1880 und 1920 wurden mindestens 250 Studien publiziert, die sich mit der psychiatrischen Einhegung des querulatorischen Verhaltens beschäftigten. Divergierende Meinungen über die Krankheitsform und die teilweise hitzigen Diskussionen über verschiedene Lehrmeinungen bestimmten das unsichere psychiatrische Wissen über den Querulantenwahnsinn. Jacques Lacan, der die unterschiedlichen psychiatrischen Auffassungen in seiner 1932 erschienenen Dissertation „Über die paranoische Psychose in ihren Beziehungen zur Persönlichkeit“ akribisch sammelte und untersuchte, bemerkte ironisch, dass sein Doktorvater aufgrund des ausufernden Untersuchungsmaterials an ihn schrieb: „Wenn Sie das alles gelesen haben, tun Sie mir leid.“ Ich hatte in der Tat alles gelesen.“²⁶

Es geht sicherlich eine eigenartige Faszination von der Vielzahl der psychiatrischen Studien aus, die versuchten, das querulatorische Verhalten psychiatrisch zu durchleuchten und zu reglementieren. Zu einem guten Teil hängt sie mit der wissenschaftlichen Sprachverwirrung zusammen und damit, dass die Psychiatrie den so-

¹⁸ Casper: Practisches Handbuch (wie Anm. 8), S. 574; Carl Wernicke: Über fixe Ideen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 18 (1892), S. 581f.

¹⁹ Droste: Querulant (wie Anm. 9), hier: S. 76.

²⁰ Scholz: Gutachten (wie Anm. 7), S. 343–355.

²¹ Hitzig: Querulantenwahnsinn (wie Anm. 14), S. 63.

²² Von Krafft-Ebing: Querulantenwahnsinn (wie Anm. 7), S. 395–419.

²³ Jacques Lacan: Über die paranoische Psychose in ihren Beziehungen zur Persönlichkeit und Frühe Schriften über die Paranoia. Hg. von Peter Engelmann. Wien 2002, S. 29ff.

²⁴ Raecke: Querulantenwahn (wie Anm. 13).

²⁵ Eugen Bleuler: Affektivität, Suggestibilität, Paranoia. Halle a. d. S. 21926.

²⁶ Jacques Lacan: Über eine Frage, die jeder möglichen Behandlung der Psychose vorausgeht. In: ders.: Schriften II. Hg. von Norbert Haas/Hans-Joachim Metzger. Berlin/Weinheim 31991, S. 61–117, hier: S. 69, Fn. 5; vgl. auch Anm. 23.

wohl feinfühligsten als auch oft brachialsten Diskurs über Querulanten entstehen ließ. Seitdem der juristisch-bürokratische Typus des Querulanten in der alchemistischen Küche der gerichtlichen Medizin von dem Arzt Johann Ludwig Casper untersucht wurde, konzentriert sich die Untersuchung des Wissens über ihn auf Kommunikationsversuche sowie die Frage, ob Querulanten zurechnungsfähig sind.²⁷ Die Psychiatrie wurde damit beauftragt, festzustellen, ob Einzelne, die beleidigende Briefe an die Bürokratie des Rechts schrieben, weiter in Freiheit schreiben dürfen oder sanktioniert werden müssen – bis heute.²⁸

Dabei ist zu beachten, dass die große psychiatrische Pathologisierungswelle der Querulanz im 19. Jahrhundert gegen Ende des 18. Jahrhunderts vorbereitet wurde. In dieser Zeit, in der Ärzte zunehmend als Richtergehilfen in Erscheinung traten – „Wer für wahn- oder blödsinnig zu achten sey? muß der Richter, mit Zuziehung sachverständiger Aerzte, prüfen und festsetzen.“ (§ 13, ALR, 2. Theil, 18) –, wurde die Prozesssucht und das querulatorische Verhalten als eine „Gemüths-Krankheit“²⁹ klassifiziert. Sie wurden als Gefahrenquellen untersucht und bestraft, weil befürchtet wurde, sie seien der Ausgangspunkt eines verstärkten Widerstandes oder eines Aufruhrs gegen die Obrigkeit. Als die Psychiatrie später das Krankheitsbild „Querulantenwahnsinn“ erfand, verknüpfte sie diese bürokratischen Vorarbeiten mit ihren Erkenntnisinteressen. Der Querulantenwahnsinn äußere sich in seltsamen Schriftstücken; er sei (psychisch) infektiös, übertrage sich leicht auf den Nächsten und betreffe die unteren sozialen Schichten.³⁰ Dies sind die Elemente einer bürokratischen Begutachtung der wahnsinnigen Querulanz, die im 18. Jahrhundert festgelegt und von der Psychiatrie im 19. Jahrhundert gefestigt und erweitert wurden. Die Psychiatrie wurde verstärkt als eine Hilfswissenschaft des Rechts aufgefasst, die die Querulanz besser als die Richter oder Bürokraten beurteilen könne. Voraussetzung dafür war, dass der Querulantenwahnsinn als eine soziale Gefahr codiert wurde.³¹ Über die psychiatrisierte Querulanz

²⁷ Casper: *Practisches Handbuch* (wie Anm. 8), S. 567–577; Scholz: *Gutachten* (wie Anm. 7), S. 343–355.

²⁸ Henning Saß: *Der Exzess einer Tugend. Querulanz zwischen Persönlichkeit, Strukturverformung und Wahn*. In: *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* 4 (2010), S. 223–232.

²⁹ Lemma „Land-Mann“. In: Johann Georg Krünitz (Hg.): *Ökonomisch-technologische Encyclopädie, oder allgemeines System der Staats-, Stadt-, Haus- und Land-Wirthschaft, und der Kunst-Geschichte*. 60. Teil. Berlin 1793, S. 366–633, hier: S. 517.

³⁰ Alexander Pilez: *Spezielle gerichtliche Psychiatrie für Juristen und Mediziner*. Leipzig 1908, S. 37; Heinrich Unger: *Die Schrift der Querulanten*. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 130 (1930), S. 116–131, hier: S. 122; O. Riedel: *Über psychische Infektion und induziertes Irresein*. In: *Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen* 14 (1897), S. 235, S. 240, S. 243; Raecke: *Querulantenwahn* (wie Anm. 13), S. 57; von Krafft-Ebing: *Querulantenwahnsinn* (wie Anm. 7), S. 395–419.

³¹ Zum rechts- und psychiatrietheoretischen Begriff der Gefahr siehe Michel Foucault: *Die Entwicklung des Begriffs des „gefährlichen Menschen“ in der forensischen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts*. In: Michel Foucault: *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Bd. 3: 1976–1979. Frankfurt a. M. 2003, S. 568–594; ders.: *Die Wahrheit und die juristischen Formen*. In: Michel Foucault: *Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits*. Bd. 2: 1970–1975. Frankfurt a. M. 2002, S. 669–792, hier: S. 733f.; ders.: *Die Anormalen. Vorlesungen am College de France (1974–1975)*. Frankfurt a. M.

erhielt die Psychiatrie einen nicht zu unterschätzenden Zugang zur politischen Macht, wie dies an aufsehenerregenden Rechtsfällen um 1900 – etwa dem des Orchesterdieners Zacharias Nigg³² oder des Senatspräsidenten beim Königlichen Oberlandesgericht in Dresden a. D. Dr. jur. Daniel Paul Schreber³³ – beobachtet werden kann. Dabei ist von Interesse, dass Zacharias Nigg, Daniel Paul Schreber und Johannes Georg Lehmann-Hohenberg Publizisten waren, die mit ihren Analysen und Kommentaren zu aktuellen rechtlichen, psychiatrischen und politischen Debatten an der öffentlichen Meinungsbildung beteiligt waren: Nigg, der 1893 drei Wochen in der Basler Irrenheil- und Pflegeanstalt Friedmatt festgehalten wurde, publizierte psychiatriekritische Broschüren. Schreber kommentierte in seinen Memoiren Fragen der Zurechnungsfähigkeit und publizierte die Akten aus seinem Entmündigungsprozess. Und Lehmann-Hohenberg veröffentlichte eine unbeeinträchtigte Kritik an Beamten und Psychiatern in seinen Zeitschriften und Broschüren. Die Querulanz ist seit ihrer Erfindung in der preußischen Bürokratie des 18. Jahrhunderts, unter jeweils variierenden medialen Voraussetzungen, ein Phänomen des Austauschs von Nachrichten.

Nachrichten

Der „Rechtshort“, dies betonte bereits der Zeitschriftenname, wollte ein publizistisches Organ sein, das das Recht schützte. Der Hort *des* Rechts wollte besonders bedürftigen Personen – bei Lehmann-Hohenberg sind dies zumeist Angeklagte in Beleidigungsprozessen – einen sicheren und festen Publikationsort bieten, um über das vermeintliche oder tatsächliche Versagen der Justiz zu berichten. Darüber hinaus, auch dies hob der Zeitschriftenname hervor, wurde in einem übertragenen Sinn eine kostbare Sache aufbewahrt und sorgfältig gepflegt. Dabei handelte es sich um das *deutsche Recht*. Der „Rechtshort“ war ein periodisches Nachrichtenblatt psychiatriekritischer Ereignisgeschichten und radikal-politischer Agitationen gegen das bestehende Rechtssystem. Zwischen 1905 und 1909 wurden jährlich 24 Ausgaben veröffentlicht, wobei die Jahrgänge zwischen beachtlichen 430 und 600 Seiten variierten.

2003, S. 51, S. 143–177; Robert Castel: Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens. Frankfurt a. M. 1983, S. 195–201.

³² Martin Stingelin: Gehirntelegraphie. Die Rede der Paranoia von der Macht der Medien 1900. Falldarstellungen. In: Friedrich A. Kittler/Georg Christoph Tholen (Hg.): *Arsenale der Seele. Literatur- und Medienanalyse seit 1870*. München 1989, S. 51–69; ders.: Die Seele als Funktion des Körpers. Zur Seelenpolitik der Leipziger Universitätspsychiatrie und Paul Emil Flechsig. In: Friedrich A. Kittler/Manfred Schneider/Samuel Weber (Hg.): *Diskursanalysen 2. Institution Universität*. Opladen 1990, S. 101–115; Hans Jakob Ritter: Bürgerlicher Tod. In: Stefan Nellen/Martin Schaffner/Martin Stingelin (Hg.): *Paranoia City. Der Fall Ernst B. – Selbstzeugnis und Akten aus der Psychiatrie um 1900*. Basel 2007, S. 63–77.

³³ Friedrich Kittler: Flechsig/Schreber/Freud. Ein Nachrichtennetzwerk der Jahrhundertwende. In: *Der Wunderblock. Zeitschrift für Psychoanalyse* 11/12 (1984), S. 56–69; Friedrich Kittler: *Aufschreibesysteme 1800·1900*. München ³1995, S. 367–396.

Lehmann-Hohenberg war ein publizistischer Projektmacher und der „Rechtshort“ war nicht sein erstes Zeitschriftenprojekt: Er gab gemeinsam mit Moritz von Egidy die Zeitschrift „Einiges Christentum“ (1892–1893) heraus und gründete in Kiel die Tageszeitung „Kieler Neueste Nachrichten“ (1894–1897). Es folgten die Publikationsprojekte „Sprechsaal des ‚Deutschen Volks-Bundes‘. Vereinigung zur Förderung deutscher Volkserziehung, deutscher Rechtsanschauung und allgemeiner Volkswohlfahrt durch Einwirkung auf die Tagespresse“ (1895–1896), die „Deutsche Volksstimme. Wochenschrift für Jedermann im Volke“ (1896–1897), „Der Volksanwalt. Unabhängiges Organ im Kampf um eine neue Weltanschauung und deutsches Recht“ (1898–1902) – ab dem Jahr 1901 mit dem modifizierten und bezeichnenden Untertitel „Unabhängiges Organ für den Kampf um volksthümliches Recht und zur Abwehr der Juristenherrschaft – Reindeutsche Erziehung und Volksveredelung“ –, die „Flugblätter aus Thüringen für das deutsche Volk“ (1911) und „Flugblätter des Allgemeinen Deutschen Kulturbundes“ (1917–1920). Lehmann-Hohenberg als publizistischen Projektmacher zu betrachten, ist deswegen entscheidend, weil unter dieser Prämisse gezeigt werden kann, dass das querulatorische Verhalten, für das sich Justiz und Psychiatrie interessierten, nicht ohne die Berücksichtigung zeitgenössischer Verfahren und Medien der Distribution von Nachrichten verstanden werden kann. Seit der Typus des Querulanten in der preußischen Bürokratie des 18. Jahrhunderts als Sollbruchstelle installiert³⁴ und später psychiatrisiert wurde, lässt sich beobachten, dass das Querulieren ein mediales Phänomen der Nachrichtendistribution (und damit verbunden ein machtpolitisches Symptom) darstellt. Die medialen Möglichkeitsbedingungen für eine fokussierte Psychiatrie- und Bürokratiekritik waren um 1900 jene papiernen Übertragungsmedien, die es ermöglichten, kurzfristig Nachrichten zu verfassen, zu speichern und zu übermitteln. Von Interesse ist also hier die Beobachtung der Prozesshaftigkeit der Nachrichtenverbreitung, die gesellschaftliche Kommunikation, die der Zeitschriftenmacher Lehmann-Hohenberg zu erreichen versuchte und zu deren Realisierung er das Medium Zeitschrift beziehungsweise Broschüre einsetzte.

Zeitschrift und Broschüre waren um 1900 jene Medien, mit denen in kurzen Erscheinungintervallen politische Bekenntnisse und gesellschaftliche Kritik öffentlich gemacht wurden. Die Möglichkeiten des günstigen Drucks ließen in dieser Zeit eine Vielzahl von psychiatrie- und bürokratiekritischen Kommunikationswegen entstehen, sie erlaubten publizistischen Laien, eine Vielzahl von Broschüren und Flugblättern zu drucken, die über Schicksale in den Mühlen der Bürokratie und der Gefangenschaft der Psychiatrie berichteten. Am Ende des 19. Jahrhunderts kam es zu einem rasanten Anstieg von Zeitungs- und Zeitschriftengründungen, zugelassen durch die Entwicklung der maschinellen Druck- und Satztechniken sowie durch die preisgünstigere Papierherstellung. Zudem wurde mit dem vom Reichstag im Jahr 1874 beschlossenen „Reichspressegesetz“ der Zugang zum Pressegewerbe er-

³⁴ Rupert Gaderer: Querulanz. Skizze eines exzessiven Rechtsgefühls. Hamburg 2012, S. 19–32; ders.: Schatten der Bürokratie. Ein mediales Phänomen des Rechts. In: Archiv für Mediengeschichte 13 (2013), S. 45–55.

leichtert, da Zeitungsstempel und Kauttionen für die Zulassung zum Pressegewerbe nicht mehr notwendig waren. Darüber hinaus hatten Zeitschrift und Broschüre gegenüber umfangreicheren Publikationen den Vorteil, dass die einzelnen Ausgaben schnell zusammengestellt werden konnten, leicht zu versenden waren und die Kosten der mechanischen Vervielfältigung sich in Grenzen hielten. Im Fall des „Rechtshorts“ muss jedoch festgehalten werden, dass es sich um ein Zeitschriftenprojekt handelte, bei dem die wesentlichen medialen Parameter des Zeitungsgeschäfts – Aktualität, Periodizität, Publizität und Universalität (Kollektivität)³⁵ – wegen arbeitstechnischer, ökonomischer und thematischer Probleme keine voneinander abhängenden Beziehungen bilden konnten. Zwar hatte das Zeitschriftenprojekt eine gewisse Periodizität (im Sinne einer Verstetigung des Nachrichtenflusses) und Aktualität (im Sinne gegenwärtiger Berichterstattung), jedoch keine hohe Publizität und nur einen kleinen Adressatenkreis. Außerdem fehlte der Zeitschrift eine Universalität, das heißt der „Rechtshort“ bot keine Nachrichten, die allgemein beziehungsweise an eine breite Leserschaft adressierbar waren. Die Zeitschrift hatte ein eingegrenztes Nachrichtenspektrum und die Berichterstattung in den Artikeln war zumeist redundant. Eine große Adressatenreichweite war wegen der niedrigen Publizität und Universalität des „Rechtshorts“ nicht realisierbar, obgleich Lehmann-Hohenberg anderen Zeitungen anbot, seine Artikel kostenfrei nachzudrucken.

Lehmann-Hohenbergs Zeitschrift kann der psychiatriekritischen Bewegung im Deutschen Reich zugerechnet werden.³⁶ Dies betrifft seine Berichte über tatsächliche oder vermeintliche Rechtsbeugungen in Beleidigungsprozessen. Dazu zählt der Fall des Pfarrers Gottfried Schwarz, der sich wegen „Beschimpfungen der katholischen Kirche“ vor Gericht verantworten musste,³⁷ sowie der Fall des Oberst A. Hüger – Verfasser mehrerer Petitionen an den König von Württemberg und den deutschen Kaiser sowie Autor der gerichtlich verbotenen Broschüre „Wie es meiner Petition im Reichstag erging“ (1904) –, gegen den Strafanzeige wegen Beleidigung gestellt und bei dem Querulantenwahnsinn diagnostiziert wurde.³⁸ Zu-

³⁵ Zum Begriff des „magischen Quadrats“ siehe Lothar Müller: Deadline. Zur Geschichte der Aktualität. In: Merkur 4 (2013), S. 291–304, hier: S. 294; siehe auch: Otto Groth: Geschichte der deutschen Zeitungswissenschaft. Probleme und Methoden. München 1948, S. 339f.

³⁶ Zur Verschränkung von Öffentlichkeit, Justiz, Psychiatrie und Psychiatriekritik siehe die wesentlichen psychiatriehistorischen Erkenntnisse zum Fall Lehmann-Hohenberg bei Rebecca Schwach/Heinz-Peter Schmiedebach: „Querulantenwahnsinn“, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit um 1900. In: Medizinhistorisches Journal 42 (2007), S. 30–60, hier: S. 36–43; siehe ferner Ann Goldberg: A Reinvented Public. „Lunatics’ Rights“ and Bourgeois Populism in the Kaiserreich. In: GH 21 (2003) 2, S. 159–182, hier: S. 176f.

³⁷ Johannes Lehmann-Hohenberg: § 166 im Reichstag. In: Rechtshort 1 (1905) 5, S. 75–78, hier: S. 75.

³⁸ Johannes Lehmann-Hohenberg: Wohin treiben wir in unserer Rechtspflege. In: Rechtshort 1 (1905) 5, S. 69–74; ders.: Die Anfrage über den „Fall Hüger“ im Reichstage. In: Rechtshort, 1 (1905) 6, S. 90–95; ders.: Das militärische Süddeutschland und der Fall Hüger. In: Rechtshort 1 (1905) 15, S. 277–281; ders.: Im Zeichen der Unwahrheit. (Hüger-Prozeß). In: Rechtshort 2 (1906) 10, S. 248–252; ders.: Offenes Schreiben an den Vorsitzenden im Prozeß gegen den Oberst a. D. Hüger, den Herrn Landesgerichtsdirektor Seyffarth in Dortmund. In: Rechtshort 1 (1905) 13, S. 233–253; ders.: Die Wahrheit über die zweite Gerichtsverhandlung im Hüger-Pro-

dem unterstützte er den zwangspensionierten Realschuldirektor Rudolf Heine aus Cottbus, Verfasser der Schrift „Kaum glaublich, aber wahr“ (1877), bei dem Gutachter „Verfolgungswahn“ und „Gehörstäuschungen“ diagnostiziert hatten.³⁹ Ebenso setzte er sich für Gertrud Hirschberg ein, Verfasserin der Broschüre „17 Tage Irrenhaus“ (1904), die dem Leiter der Neckargemünder Privat-Irrenanstalt Dr. Richard Fischer vorwarf, sie in der Psychiatrie unrechtmäßig festgehalten zu haben.⁴⁰ Zu Lehmann-Hohenbergs Rechts- und Psychiatriekritik zählen ebenso Berichte über den Konstrukteur Richard Witt aus Schwetz an der Weichsel, der für sechs Wochen zur Untersuchung in die Provinzialirrenanstalt Schwetz eingewiesen werden sollte, da er umfangreiche Beschwerdeschriften wegen Besitzentziehung verfasst und seine Kontrahenten beleidigt hatte.⁴¹ Zuletzt sei auf Lehmann-Hohenbergs Artikel über den Schweizer Fr. Guttenberger verwiesen, der mit der Diagnose „Querulantum“⁴² in der psychiatrischen Universitätsklinik Burghölzli in Zürich interniert worden war und in seiner Schrift „Irrenanstalten! Ein Beitrag zur Beurteilung moderner Irrenpflege auf Grund persönlicher Erlebnisse“ (1907) Diagnosen und die Zustände in der Psychiatrie vehement kritisiert hatte. Die Zeitschrift „Rechtshort“ war ein Sammelbecken für Kläger, die von der Psychiatrie und der Bürokratie des Rechts als „Querulanten“ beobachtet wurden.

Die Berichte und Diskussionen über diese bekannten und weniger bekannten Fälle verband Lehmann-Hohenberg in seinem programmatischen Artikel „Paranoia psychiatica“. Wahnsinn und Gewissenlosigkeit bei Psychiatern“ zu einer grundlegenden Psychiatrie- und Justizkritik.⁴³ Nicht die von der Diagnose „Querulantenwahnsinn“ Betroffenen seien wahnsinnig, sondern diejenigen, die den selbigen attestierten. Die Psychiater wurden von dieser Psychiatriekritik selbst für wahnsinnig erklärt, um ihnen die Legitimität zu entziehen, über andere zu urtei-

zeß. In: Rechtshort, 2 (1906) 11, S. 257–274; ders.: Die Wahrheit im Hüger-Prozeß (2). In: Rechtshort 2 (1906) 13, S. 307–317; ders.: Die Wahrheit im Hüger-Prozeß (3). In: Rechtshort 2 (1906) 17, S. 367–373; ders.: Die Wahrheit im Hüger-Prozeß (4). In: Rechtshort 2 (1906) 17, S. 393–403; ders.: Die Wahrheit im Hüger-Prozeß (5). In: Rechtshort 2 (1906) 20, S. 457–465; ders.: Die Wahrheit im Hüger-Prozeß (6). In: Rechtshort 2 (1906) 22, S. 587–594; ders.: „Paranoia psychiatica“. Wahnsinn und Gewissenlosigkeit bei Psychiatern. In: Rechtshort 3 (1907) 21/22, S. 433–463; ders.: Herr Justizminister! In: Rechtshort 4 (1908) 5, S. 65–70.

³⁹ Johannes Lehmann-Hohenberg: Notwendigkeit und Neuregelung des Irrenwesens. Die Fälle Real-Schuldirektor Dr. Heine und Frau Gertrud Hirschberg. In: Rechtshort 1 (1905) 10, S. 146–154, hier: S. 147.

⁴⁰ Ebd.; ders.: Die Psychiatrie und Dr. Richard Fischer-Neckargemünd. In: Rechtshort 1 (1905) 16, S. 305–309; ders.: Wiederum Jena! Weckruf an das deutsche Volk zum neuen Freiheitskampfe. Berlin 1905, S. 30–40.

⁴¹ Johannes Lehmann-Hohenberg: Sind wir wirklich der Willkür der Behörden schutzlos preisgegeben? In: Rechtshort 2 (1906) 22, S. 536–540, hier: S. 538.

⁴² Fr. Guttenberger: Entgegnung auf die Kritik über meine Schrift „Irrenanstalten“ in Heft 9, Jahrgang 1907 der Zeitschrift „Die Gesundheit in Wort und Bild“. In: Rechtshort 3 (1907) 21, S. 442–449, hier: S. 446.

⁴³ Johannes Lehmann-Hohenberg: „Paranoia psychiatica“. Wahnsinn und Gewissenlosigkeit bei Psychiatern. In: Rechtshort 3 (1907) 21/22, S. 433–463.

len. Damit wurde ein System von angeblich wahnsinnigen Psychiatern beschrieben, die wegen ihrer Gewissenlosigkeit und Oberflächlichkeit ihren Anspruch auf Wissenschaftlichkeit verloren hätten. Lehmann-Hohenbergs Berichterstattung über die oben genannten Fälle und seinen eigenen Fall lässt sich in die Bewegung der „Irrenbroschüren“ mit ihren subjektiven Beschreibungen und Bewertungen psychiatrischer und rechtlicher Verhältnisse einordnen.⁴⁴ Für die Diskussionen über die Reformen des Irrenrechts um 1900 waren psychiatriekritische Broschüren wesentlich, um öffentliches Interesse zu erregen. Kern der Forderungen war, eine reichseinheitliche „Irrengesetzgebung“ zu verabschieden, in der Bestimmungen der Einweisung, der Entlassung, aber auch der Entmündigung neu geregelt werden sollten. Gefordert wurde auch eine stärkere Einbindung medizinischer Laien in diese institutionalisierten Operationen. Dabei richtete sich die Kritik sowohl gegen die namenlose Gesetzgebung als auch gegen namhafte Psychiater.

Lehmann-Hohenbergs Ziel war es, mittels der Zeitschriften und Broschüren eine öffentliche Adresse für seine Psychiatrie- und Justizkritik zu erhalten. Wenn dieses Projekt vor dem Hintergrund betrachtet wird, dass Kommunikation soziale „Adressen“ benötigt, also Punkte der Zurechnung und Instanzen der Mitteilung,⁴⁵ kann man das Dilemma der querulatorischen Nachrichtendistribution erkennen. Es besteht darin, dass der querulatorischen Kommunikation von anderen Instanzen – etwa: Psychiatrie und Justiz – die Sinnhaftigkeit und der Status einer Adresse abgesprochen wird. Die Adressabilität, das heißt eine eigene Adresse von der Kommunikation zugewiesen zu bekommen, ist für den Zeitschriftenherausgeber wesentlich. Lehmann-Hohenberg kämpfte dagegen an, dass er lediglich eine beschränkte Anzahl von Adressen bekam und dass psychiatrische Gutachten ihm beschieden, nicht adressabel zu sein. Dabei sind Verfahren der *Inklusion* und *Exklusion* wesentlich, denn hier entscheidet sich, wer oder was als Adresse wahrgenommen wird. Der von der Psychiatrie als paranoider Querulant aufgefasste Zeitschriftenherausgeber ist unter diesem kommunikationstheoretischen Aspekt eine Figur der Exklusion, die ab einem bestimmten Zeitpunkt als Kandidat für Adressen ausgeschlossen wird. Er wird nicht als kommunikationsfähig betrachtet, ihm wird, aufgrund der Vielzahl von publizierten Beleidigungen, ein Recht auf eine Adresse versagt. Um das Recht auf eine Adresse kämpft jedoch der Querulant – deswegen publizierte Lehmann-Hohenberg derart exzessiv. Der Wille, adressabel zu bleiben, führt jedoch noch mehr in die Tiefen der Adresslosigkeit.

Nichtsdestotrotz betrachtete Lehmann-Hohenberg die Zeitschrift als ideales Medium, als Resonanzverstärker, dessen innerstes Ziel es war, mittels der Berichterstattung über die Verfehlungen der Psychiatrie und Justiz eine Reformbewegung zur Neuorientierung und Umgestaltung des deutschen Kaiserreichs anzuführen.

⁴⁴ Cornelia Brink: „Nicht mehr normal und noch nicht geisteskrank...“. Über psychopathologische Grenzfälle im Kaiserreich. In: WerkstattGeschichte 33 (2002), S. 22–44.

⁴⁵ Zum Folgenden siehe die wesentlichen Überlegungen von Peter Fuchs: Adressabilität als Grundbegriff der soziologischen Systemtheorie. In: Soziale Systeme. Zeitschrift für soziologische Theorien 3 (1997) 1, S. 57–79.

Seine Forderungen reichten jedoch weit über die Ansprüche herkömmlicher psychiatriekritischer Publikationen hinaus. Was in einer Vielzahl von Artikeln und Broschüren entworfen wurde, kann als eine querulatorisch-paranoische Politik bezeichnet werden. Das Leben des gesamten Deutschen Reichs – so der megalomane Plan – sollte umgewandelt werden. Dies ist unverkennbar ein ambivalentes Projekt, das davon handelt, von der Peripherie der Macht in ihr Zentrum zu gelangen.

Regierungskunst

Lehmann-Hohenberg war nicht lediglich frühzeitig entlassener Universitätsprofessor, Angeklagter in mehreren Beleidigungsprozessen und ein Kläger, der von der Psychiatrie verdächtigt wurde, ein paranoider Querulant zu sein – er war ebenso politischer Wortführer des sogenannten Deutschen Rechtsbundes.⁴⁶ Am 6. Oktober 1901 gründete er in Frankfurt am Main die politische Vereinigung, deren Ziel es war, eine „zeitgemäße, volkstümliche und dem deutschen Empfinden entsprechende Umgestaltung und Erneuerung des Rechtswesens“⁴⁷ durchzusetzen. Dies sollte dadurch erreicht werden, das „anzutreffende Scheinwesen“ durch „Mut der Wahrheit und Ehrlichkeit“ zu ersetzen, die verloren gegangene Verbindung zwischen „Volk und Fürst“ wiederherzustellen, eine Konzentration auf „staatsbürgerliche Erziehung“ zu legen, eine „Gesellschaftsverfassung“, die das „Bürgerliche Gesetzbuch“ ersetzt, zu schaffen, ein „allgemeines Anrecht an die materiellen und geistigen Güter des Vaterlandes“ zu garantieren und dem Volk mehr Einfluss bei der Rechtsprechung zuzusprechen.⁴⁸ Später, nach einer erfolglosen Kandidatur als Parteiloser bei den Reichstagswahlen (Wahlkreis Schleswig/Eckernförde), gründete er am 2. November 1906 den Allgemeinen Deutschen Kulturbund, dessen Aufgabe es war, unterschiedliche völkische und nationale Bewegungen zu vereinen. Was Lehmann-Hohenberg imaginierte war ein Großprojekt der Regierungskunst, das er als „Germanisches Erwachen“ bezeichnete und dessen politische Ordnung und Konvergenz er in dem gleichnamigen Artikel konzipierte: In einem „Eroberungsplan“ arbeitete er aus, wie „eine Armee von zwei Millionen Reichstagswählern“ gebildet wird, um zwischen 1906 und 1913 den „Reichstag und die Regierung in die richtigen Bahnen zu bringen und eine geistig-sittliche Neugeburt des deutschen Volkes einzuleiten“.⁴⁹

⁴⁶ Der Deutsche Rechtsbund war aus einem früheren Projekt Lehmann-Hohenbergs hervorgegangen, nämlich aus dem sogenannten Deutschen Volks-Bund, den er 1895 gegründet hatte.

⁴⁷ Johannes Lehmann-Hohenberg: Weckruf an das deutsche Volk zum neuen Freiheitskampfe. In: Rechtshort 1 (1905) 1, S. 1–6, hier: S. 6.

⁴⁸ Ders.: Naturwissenschaft und Bibel. Beiträge zur Weiterbildung der Religion, Ausblicke auf eine neue Staatskunst, eine naturwissenschaftliche Antwort auf das Glaubensbekenntnis Kaiser Wilhelm II. Jena 1904, S. 141f.

⁴⁹ Bildtafel zum Artikel Johannes Lehmann-Hohenberg: Germanisches Erwachen. (Allgemeiner Deutscher Kulturbund und die Mittelstandsvereinigung. Mit Bildtafel). In: Rechtshort 2 (1906) 20, S. 499–512.



Abbildung 1: „Wie ein Eroberungsplan aussehen muß“. Bildtafel zu dem Artikel „Germanisches Erwachen“. In: Rechtsort 2 (1906) 20/21, o. S.

Das argumentative Zentrum dieses staatsumwälzenden Programms, von dem die Kraft für die zukünftigen völkisch-nationalistischen Anstrengungen ausgehen sollte, ist in Lehmann-Hohenbergs Ausführungen eine politisch modifizierende Grundvorstellung, die er als „Germanisierung des Rechts“⁵⁰ bezeichnete. Institutionell sollten die ideologischen Pläne sowohl vom Deutschen Rechtsbund als auch vom Allgemeinen Deutschen Kulturbund ausgeführt werden. Beide sollten die Aufgabe übernehmen, eine zivile Streitmacht zu formieren, um dringend benötigte Reformbestrebungen durchzuführen, da das „jüdische Großkapital“, „Aktiengesellschaften“ und „Bankenschwindel“ das Volk „ausgepowert“⁵¹ hätten. Lehmann-Hohenberg plante eine Vereinigung mehrerer deutschnationaler und volkstümlicher Bewegungen zu einem großen politischen Block, um seine Vorstellungen eines gesellschaftlichen Zusammenlebens realisieren zu können: „Endziel: ein in Wahrheit freies deutsches Volkstum“.⁵² Die politische *idée fixe* einer „Germanisierung des Rechts“ ist ein wesentliches Element seiner imaginierten querulatorisch-paranoischen Regierungskunst – neben der exaltierten Stellung des Weimarer Wortführers, des Gefühls, von einer unüberblickbaren feindlichen Masse umzingelt zu sein, der Imagination des Aufgehens der Bevölkerung (Landwir-

⁵⁰ Ders.: Germanisches Erwachen. (Allgemeiner Deutscher Kulturbund und die Mittelstandsvereinigung. Mit Bildtafel). In: Rechtsort 2 (1906) 20, S. 499–512, hier: S. 507; aus der Vielzahl von Artikeln siehe zudem exemplarisch ders.: Ein neues Arbeitsjahr! In: Rechtsort 4 (1908) 1, S. 1–6.

⁵¹ Ders.: Germanisches Erwachen. (Allgemeiner Deutscher Kulturbund und die Mittelstandsvereinigung. Mit Bildtafel). In: Rechtsort 2 (1906) 20, S. 499–512, hier: S. 505.

⁵² Bildtafel zu dem Artikel „Germanisches Erwachen“. In: Rechtsort 2 (1906) 20, o. S.

te, Arbeiter, Kaufleute, Beamte, Techniker, Ärzte, Akademiker, Lehrer, Künstler etc.) im Deutschen Rechtsbund und der Vorahnung einer nahenden Katastrophe.⁵³ Dabei werden politische Kohortation und politischer Radikalismus von der fixen Idee getrieben, dass mittels einer „Germanisierung des Rechts“ das deutsche Kaiserreich verjüngt werde. Die „Germanisierung des Rechts“ ist der politische Grundgedanke und das Kernthema, das sich durch sämtliche Argumentationen, Illustrationen und Rapporte der unterschiedlichen Lebenswelten des Zeitschriftenherausgebers und agitatorischen Wortführers zieht: „Den Kernpunkt aller Kultur bildet aber das Recht; soll Wandel geschaffen werden, so muß zur Änderung im Recht, zur Gesetzgebung geschritten werden. Das bestehende Recht ist der Rahmen, ist die Schranke, die allem erziehlischen, ökonomischen und politischen Willen Grenzen setzt.“⁵⁴ Derartige Nachrichten und Botschaften des „Rechtshorts“ sind durchdrungen von der Vorstellung, dass das Rechts- und Justizwesen nicht lediglich den Dreh- und Angelpunkt der Gesellschaft bildet, sondern dass die beiden der alleinige Brennpunkt sind, von dem alle Lebenswelten einer Gemeinschaft abhängig sind.

Die Informationen über feindselige Absichten, die nach Lehmann-Hohenbergs Meinung *noch* nicht jeder erkennen konnte, sollten mithilfe des Publikationsmediums „Rechtshort“ mitgeteilt werden. Das Wissen über die Bedrohung der Gesellschaft, das der querulatorisch-paranoische Blick zu kennen vorgibt und das in den Publikationen protokolliert wurde, sollte die gesamte Staatsgemeinschaft erreichen: Hohe Entscheidungsträger (der Kaiser und seine Minister), Justizbeamte (thüringische Richter und Staatsanwälte), medizinische Gutachter (Psychiater), Kläger und Angeklagte (vermeintliche „Querulanten“) sollten mittels des „Rechtshorts“ über Rechtsbeugungen und den Kampf für eine „Germanisierung des Rechts“ informiert werden. Dabei ging es jedoch nicht lediglich um eine Beobachtung und Darstellung der rechtsfeindlichen Machenschaften, also der Intrigen und Winkelzüge des wie auch immer aufgespürten und erahnten Feindes, sondern dezidiert um dessen Auslöschung. Der Feind, der sich hinter einer Unzahl von Masken verberge, müsse vernichtet werden, da er existenziell bedrohlich sei. Der „Rechtshort“ war ein psychiatrie- und justizkritisches Publikationsorgan und zugleich eine Zeitschrift, in der dazu aufgerufen wurde, zu den „germanischen Fahnen“ und „Waffen“ zu greifen, um den dämonisierten Feind zu besiegen.

Dabei spielt eine zeitliche Dimension, die der querulatorisch-paranoischen Politik eingeschrieben ist, eine entscheidende Rolle. Lehmann-Hohenbergs Appelle wurden nicht grundlos von seriell produzierten Zeitschriften und rasch verteilten Broschüren transportiert. Günstiger Druck und bestehende Vertriebsysteme bildeten für Lehmann-Hohenberg die Voraussetzung, dass die Bevölkerung *zeitnah*

⁵³ Zu diesen Elementen, die einen Zusammenhang zwischen Paranoia und totalitärer Führerschaft erkennen lassen, siehe Canettis Ausführungen zu D. P. Schrebers Memoiren: Elias Canetti: Masse und Macht. Frankfurt a. M. 2010, S. 516–549.

⁵⁴ Johannes Lehmann-Hohenberg: Rechts- und Kulturhort. In: Rechtshort 3 (1907) 13, S. 257–260, hier: S. 257.

über ihren eigenen Untergang informiert wurde. Die Zeitschrift war für Lehmann-Hohenbergs Agenda das optimale Medium, weil die querulatorisch-paranoische Politik immer von der Angst begleitet wurde, dass zu spät gehandelt und der Plan, gegen Unrecht zu kämpfen und Widersacher zu beseitigen, bereits im Keim erstickt werde. Dieser Mangel an Zeit – der sich auf die politisch-paranoische Formel „Time is forever just running out“⁵⁵ bringen lässt – wurde mittels der raschen seriellen Produktion der Zeitschrift und der kurzen Erscheinungsintervalle von Broschüren zu kompensieren versucht. Das publizistische Handeln des politischen Wortführers Lehmann-Hohenberg war – unter diesen medialen Bedingungen betrachtet – eine ununterbrochene (zumeist) textuelle Erstellung benötigter Evidenzerzeugung, die keinen Aufschub duldete. Ein Projekt der Sichtbarmachung, dessen Beweggründe darin lagen, zu präsentieren, was von dem Zeitschriftenherausgeber längst erkannt worden war: die Vorstellung einer enormen und unheilvollen Verschwörung und einer gigantischen Maschinerie von Einflussmechanismen, die eine gewisse Lebensweise auslöschten. Lehmann-Hohenberg rief deswegen seine Leser wiederholt zur „Selbsthilfe“⁵⁶ auf. Der Nukleus dieses möglichen Regierens ist der querulatorisch-paranoische Verdacht und die publizierte Gewissheit, dass das Rechtssystem von korrumpierbaren Beamten durchsetzt sei, eine jüdische Presse mittels der Okkupation der Nachrichtenkanäle politische Entscheidungen reguliere und die Gesetzeskraft des Bürgerlichen Gesetzbuches (in Kraft getreten am 1. Januar 1900) auf einer „römisch-rechtlichen Rücksichtslosigkeit“⁵⁷ basiere. Es sind paranoide Transparenzphantasien über ein System der Rechtsverschwörung und -bedrohung, getrieben von der politischen fixen Idee einer „Germanisierung des Rechts“, mit der die Verfehlungen der Rechtsprechung und der Psychiatrie korrigiert werden könnten.

Schluss

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Lehmann-Hohenbergs Kampf um sein Recht auf bestimmten medialen Möglichkeitsbedingungen basierte. Angesprochen ist damit der Umstand, dass Störungen der Kommunikation als Symptome des Krankheitsbildes „Querulantenwahnsinn“ aufgefasst wurden. In das Blickfeld geraten damit jene Schriftmedien und Infrastrukturen, die einerseits von Klägern aufgebracht wurden, um ihre Anliegen und Beschwerden zu übertragen. Andererseits berührt dies medientechnische Verfahren, wie sie von der Justiz und Psychiatrie angewendet wurden, um den „Querulantenwahnsinn“ festzustellen.

⁵⁵ Richard Hofstadter: *The Paranoid Style in American Politics and Other Essays*. New York 1967, S. 30.

⁵⁶ Johannes Lehmann-Hohenberg: *Carnegie – Wilhelm II. – Ernst Abbe*. Allgemeiner Deutscher Kulturbund. In: *Rechtshort* 3 (1907) 7, S. 145–152, hier: S. 152; ders.: *Ein neues Arbeitsjahr!* In: *Rechtshort* 4 (1908) 1, S. 1–6, hier: S. 3.

⁵⁷ Ders.: *Ein neues Arbeitsjahr!* In: *Rechtshort* 4 (1908) 1, S. 1–6, hier: S. 2.

Zudem macht der Fall Lehmann-Hohenberg auf den politischen Gehalt des querulatorischen Verhaltens aufmerksam, womit spezifische Elemente einer paranoid-querulatorischen Kunst des Regierens ins Zentrum des Erkenntnisinteresses gerückt werden. Dabei können Lehmann-Hohenbergs publizistische Protokollierungen für eine Analyse der politischen Macht herangezogen werden, weil sie beständig von institutionellen Machtreflexen, gesellschaftlichen Machtverhältnissen und deren Imaginationen berichten. Zuletzt kann hervorgehoben werden, dass die Beobachtung der erwähnten Störpraktiken und Störmedien – wie etwa der Vertrieb der Zeitschrift „Rechtshort“ – es ermöglichen, Prozeduren der Ausschließung und die entwickelten Rituale des Wahrsprechens zu untersuchen. Dies erscheint deswegen dringlich, da gerade sie es sind, die eine Rede als querulatorische Rede, einen Text als querulatorischen Text, eine Politik als querulatorische Politik und die damit verbundenen Handlungen als querulatorische Handlungen übertragen und gleichermaßen eine Grundlage für unterschiedliche Sanktionierungsmaßnahmen bilden. Unter diesen Aspekten wurden die Abhängigkeiten und Überlagerungen zwischen Wahnsinn, Presse und Politik am Beispiel des völkisch-nationalistischen Projektemachers herausgearbeitet. Eine Querulantologie, wie sie anhand des Falls Lehmann-Hohenberg skizziert wurde, fragt also nach kalkuliert angelegten juristischen und psychiatrischen Sollbruchstellen, deren Aufgabe es ist, bei einer möglichen Überlastung zu brechen.

Abstract

Taking the spectacular trial against völkisch-nationalist professor a. D. Dr. nat. Johannes Georg Lehmann-Hohenberg (1851–1925) as a starting point, the article deals with three aspects which may be considered as essential for the relationship between legislation, psychiatry and politics at around 1900: First, the author analyses the contemporary media environment which served as a precondition for the psychiatric invention of ‘paranoid-querulent insanity’. Second, the role played by magazines and leaflets as distribution media employed by critics of psychiatry and judicial conditions is scrutinized. And third, the different aspects of a ‘querulent-paranoid style of politics’, as formulated by renowned project leader Lehmann-Hohenberg in his journal ‘Rechtshort’ (‘judicial stronghold’) (1905–1909), are considered.

Sonja Mählmann/Cornelius Borck

Der Querulantenwahn – oder wie die Psychiatrie zu ihrem Recht kam

„Die heutigen Zeitverhältnisse fordern dringend die Psychiater dazu auf, sich über alle Fragen zu einigen, die sie vor der Öffentlichkeit zu vertreten haben und unter diese Fragen gehört vor Allem auch die über den Querulantenwahnsinn.“¹ Mit dem bereitwillig angenommenen Auftrag, die Gesellschaft vor gefährlichen Kranken und jene vor sich selbst zu schützen, konnte die Psychiatrie kaum auf eine ähnlich unhinterfragte Anerkennung wie andere Zweige der Medizin hoffen. Aber gegen Ende des 19. Jahrhunderts hatten sich die Auseinandersetzungen zugespitzt, und die fachinternen Diskussionen taten ein Übriges, um den Konflikt weiter anzuhetzen. Mit den eingangs zitierten Worten forderte Max Köppen, Privatdozent und Erster Assistent an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Berliner Charité, 1895 bei der 31. Versammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte in Hamburg endlich Klarheit. Die Psychiatrie war in die Kritik, ja regelrecht ins Gerede gekommen. Im Sommer 1892 hatte ein Aufruf in der „Neuen Preußischen Zeitung“ – besser bekannt unter dem Namen „Kreuzzeitung“ – Aufsehen erregt, der eine Reform der Irrengesetzgebung mit dem Ziel forderte, die unselige Allianz von Gerichten und Psychiatern bei der Entmündigung abzuschaffen: „Auf keinem Gebiet unseres Rechtslebens ist dem Irrthum, der Willkür und der bösen Absicht ein solcher Spielraum gewährt, als auf dem der Irrsinnserklärung. [...] Dem als geisteskrank Angeschuldigten ist die Vertheidigung so gut wie unmöglich gemacht, dem im Irrenhause Begrabenen ist sie vollständig genommen.“²

Mehr als hundert Unterzeichner hatte dieser Aufruf gefunden, vor allem Offiziere und Adlige, darunter sogar Mitglieder des Preußischen Herrenhauses. Für noch mehr Furore hatte wenig später der Düsseldorfer Gastwirt Heinrich Mellage mit seiner anonym erschienenen Streitschrift „39 Monate bei gesundem Geiste als

¹ Max Köppen: Der Querulantenwahnsinn in nosologischer und forensischer Beziehung. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 28 (1895), S. 221–243, hier: S. 221. Er hatte sich bereits mit zwei Arbeiten zum Thema einen gewissen Namen gemacht: Max Köppen: Beitrag zur forensischen und klinischen Beurtheilung des sogenannten Querulantenwahnsinns. In: Charité-Annalen 19 (1894), S. 606–666; ders.: Querulantenwahnsinn bei einem Entarteten; dem Gericht abgegebenes Gutachten. In: Charité-Annalen 20 (1895), S. 612–651.

² Aufruf in der Neuen Preußischen Zeitung vom 9. 7. 1892, zit. nach: Klemens Dieckhöfer: Frühe Formen der Antipsychiatrie und die Reaktion der Psychiatrie. In: Medizinhistorisches Journal 19 (1984), S. 100–111, hier: S. 110f., dort auch die Informationen zu den Unterzeichnern.

irrsinnig eingekerkert“ gesorgt, woraufhin eine regelrechte „antipsychiatrische Bewegung“ entstanden war, wie sie schon damals genannt wurde.³ Mit Einweisungen und Entmündigungen intervenierten Psychiater in den Diskurs des Rechts, erwirkten statt einer Bestrafung der Angeklagten deren Unterbringung in eine Irrenanstalt – was nach Meinung der Kritiker einer Verurteilung ohne die Möglichkeit zur Verteidigung wie in einem Gerichtsverfahren gleichkam, aber in den Augen der Anstaltsärzte und Psychiater eine Therapie der Betroffenen ermöglichen sollte. Wenigstens unterstrichen sämtliche Psychiater der Zeit, dass Anstalten längst keine Gefängnisse mehr, sondern spezialisierte Krankenhäuser seien, die gerade durch eine frühe Hospitalisierung helfen könnten.⁴ Die Psychiater positionierten sich damit als autoritative Experten der Zurechnungsfähigkeit im Rechtsstaat – und umso empfindlicher reagierten sie auf Vorwürfe mangelhafter Wissenschaftlichkeit und fehlender Rechtsstaatlichkeit, wie sie im Streit um die Querulanz kulminierten.

Genese eines Krankheitsbildes: Wie der Querulant zum pathologischen Fall wurde

Der Querulant gilt als Grenzgänger zwischen Psychiatrie und Recht. Er insistiert so vehement auf Anerkennung des ihm geschehenen Unrechts, dass er zum Sand

³ Bernhard Beyer: Reform des Irrenwesens. Material zu einem Reichs-Irrengesetz. Für Laien und Ärzte. Halle a. d. S. 1912, bes.: S. 9–26 („Der Ursprung der antipsychiatrischen Bewegung“); vgl. Heinz-Peter Schmiedebach: Eine „antipsychiatrische Bewegung“ um die Jahrhundertwende. In: Martin Dinges (Hg.): Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870–ca. 1933) (= MedGG, Beiheft, Bd. 9). Stuttgart 1996, S. 127–159; Rebecca Schwoch/Heinz-Peter Schmiedebach: „Querulantenwahnsinn“, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit um 1900. In: *Medizinhistorisches Journal* 42 (2007), S. 30–60; Ann Goldberg: A Reinvented Public: Lunatics' Rights and Bourgeois Populism in the Kaiserreich. In: Eric J. Engstrom/Volker Roelcke (Hg.): *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*. Basel 2003, S. 189–217; Ann Goldberg: The Mellage Trial and the Politics of the Insane Asylums in Wilhelmine Germany. In: *JModH* 74 (2002), S. 1–32; Brigitta Bernet: „Der bürgerliche Tod“. Entmündigungsangst, Psychiatriekritik und die Krise des liberalen Subjektentwurfs um 1900. In: Marietta Meier u. a. (Hg.): *Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich 1870–1970*. Zürich 2007, S. 116–153; Cornelia Brink: „Nicht mehr normal und noch nicht geisteskrank“. Über psychopathologische Grenzfälle im Kaiserreich. In: *WerkstattGeschichte* 33 (2002), S. 22–44.

⁴ So betont etwa Johannes Finckh in seinem „Leitfaden für Angehörige“ 1907 die frühzeitige Aufnahme, weil die „moderne Anstalt“ schon längst kein Gefängnis, sondern ein Krankenhaus sei; vgl. Johannes Finckh: *Das heutige Irrenwesen: Leitfaden für Angehörige und Pfleger von Geisteskranken*. München 1907. Ähnlich betont der Lübecker Anstaltsleiter Johannes Enge in seinem „Ratgeber für Angehörige von Geisteskranken“, den er kurz nach der Eröffnung der nach modernen Prinzipien neu erbauten Heilanstalt Strecknitz veröffentlichte, dass Geisteskrankheiten heutzutage kein „bürgerliches Todesurteil“ mehr darstellten, weil sie „ihrem innersten Wesen nach körperliche Erkrankungen“, nämlich Erkrankungen des „Zentralnervensystems“ seien, weshalb an die Stelle der „Bewahrungsanstalt“ eine Anstaltsbehandlung mit dem „Endziel der Heilung“ getreten sei. Vgl. Johannes Enge: *Ratgeber für Angehörige von Geisteskranken*. Halle a. d. S. 1916, S. 3–6.

im Getriebe des Rechtssystems wird und von dort an die Psychiatrie abgeschoben wird.⁵ In historischer Perspektive bilden Querulanten dabei gleichsam ein Scharnier, das Recht und Psychiatrie an der Schwelle zur Herausbildung des modernen Fürsorgestaates miteinander verzahnt und gleichzeitig die Professionalisierung der Psychiatrie vorantreibt. Das Wort „querulieren“ stammt aus dem Bereich des Rechts, wo das Verb *queri* (klagen, jammern) zunächst ohne Wertung eine Rolle beschreibt: das Klagen vor Gericht.⁶ Aber bereits Zedler definierte Mitte des 18. Jahrhunderts querulieren als „zancken, unnöthige Händel anfangen“,⁷ und in diesem Sinne tauchte 1793 dann personalisiert auch „der Querulant“ in § 30 der Allgemeinen Gerichtsordnung für die Preußischen Staaten als Bezeichnung für solche Personen auf, die durch Rechthaberei dem Gericht Schwierigkeiten bereiten: „Sie belästigen Collegia und deren Vorgesetzte mit offenbar grundlosen und widerrechtlichen Beschwerden gegen bessere Wissenschaft und Ueberzeugung und fahren, nachdem sie ihres Unrechts bedeuget sind, mit ihren Klagen dennoch fort und suchen durch wiederholtes ungestümes Suppliciren etwas, so gegen Recht und Ordnung ist, durchzusetzen und zu erzwingen, endlich unterfangen sie sich sogar das Justizdepartement oder Sr. Königl. Majestät Allerhöchste Person mit unrichtigen Darstellungen ihrer Angelegenheiten oder mit unwahren und erdichteten Beschuldigungen der Collegien und Gerichte zu behelligen.“⁸

1810 schuf Heinrich von Kleist mit Michael Kohlhaas, der aus erlittenem Unrecht zum Rechthaber und schließlich zum Rächer des Rechts wird, ein literarisches Vorbild für den Querulanten, das in der juristischen und psychiatrischen Literatur bis heute zum festen Referenzpunkt avancieren sollte.⁹ Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts hatte Casper das fortgesetzte Anzetteln von Rechtsstreitereien als „übersteigertes Rechtsgefühl“ gedeutet und als krankhaft eingestuft.¹⁰ Aufgrund der engen Beziehungen des Querulantenwahns zum modernen Rechtssystem hatte Krafft-Ebing ihn bereits 1879 als spezifisch „modernen Irreseinszustand“ charakterisiert.¹¹

⁵ Gemäß ICD-10 ist der Querulantenwahn inzwischen zu einer „sonstigen anhaltenden wahnhaften Störung“ (F22.8) geschrumpft.

⁶ Zur Geschichte der Querulanz vgl. Rupert Gaderer: Querulanz. Skizze eines exzessiven Rechtsgefühls. Hamburg 2012.

⁷ Zedler Universallexikon, Bd. 30, S. 219; siehe auch: Heinz Dietrich: Querulanten. Stuttgart 1973.

⁸ Zit. nach: Köppen: Querulantenwahnsinn (wie Anm. 1), S. 225.

⁹ Im „Basiswissen Psychiatrie“ etwa heißt es: „Aus einer oft tatsächlich erfolgten Kränkung und der zunächst überwertigen Idee, dieses Unrecht nicht auf sich beruhen lassen zu können, entwickelt sich der Querulantenwahn. Er ist gekennzeichnet durch einen absolut uneinsichtigen, selbstgerechten Kampf ums Recht, der sich allmählich vom ursprünglichen Gegner auf die ganze Gesellschaft ausweitet (klassisches Literaturbeispiel eines Rechtsparanoikers: Michael Kohlhaas von Heinrich v. Kleist).“ Volker Arolt/Christian Reimer/Horst Dilling: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg ⁶2007, S. 43.

¹⁰ Johann Ludwig Casper: Practisches Handbuch der gerichtlichen Medicin. Berlin 1858.

¹¹ Richard von Krafft-Ebing: Über den sogenannten Querulantenwahnsinn. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 35 (1879), S. 395–419, hier: S. 396.

Im Zuge der massiven Hospitalisierung psychiatrischer Patienten stieg im Laufe des 19. Jahrhunderts auch die Zahl der Querulanten, die als geisteskrank entmündigt und in Anstalten eingewiesen wurden. Aber zu einem wissenschaftlichen Diskurs über den Krankheitswert des Querulierens kam es erst gegen Ende des Jahrhunderts, als einerseits die Psychiatrie hinlänglich fachlich ausdifferenziert war, um überhaupt in eine entsprechende diagnostisch-nosologische Diskussion einzutreten, und als andererseits mit der Zivilprozessordnung des Deutschen Reiches von 1879 eine Situation geschaffen war, die erstmals formal allen Bürgern ein Klage-recht garantierte.¹² Die Zulässigkeit immer neuer Eingaben im reformierten Prozesswesen und die von den Psychiatern ermöglichte Ausgliederung des Querulierens aus dem juristischen System entfachten bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs eine umfängliche Diskussion über die epistemische und ontologische Dignität der Diagnose „Querulantenwahn“. Von Anfang an war die Debatte durch ihre Abhängigkeit vom juristischen System und die daraus resultierende Frage nach der Gültigkeit und Stellung des Querulantenwahnsinns als klinischer Entität geprägt.¹³

Um dem Verdacht zu entgehen, lediglich ein stigmatisiertes Verhalten als pathologisch zu klassifizieren, zielten die Psychiater darauf, das Querulieren als Manifestation einer grundsätzlich bestehenden Geisteskrankheit zu erweisen. August Cramer bringt diesen Aspekt in seiner klassischen Lehrbuchdarstellung auf den Punkt, wenn er einleitend schlicht feststellt, dass beim Querulantenwahnsinn neben dem aktenkundig gewordenen Querulieren auch noch Wahnsinn vorliegen müsse.¹⁴ In dem Psychiater zwischen den Anlass im erlittenen Unrecht und den nachfolgenden endlosen Rechtsstreit die Krankheit als Drittes einschoben, erhoben sie nicht nur sich selbst zu den Experten für dieses neue Konfliktfeld moderner, juristisch organisierter Gesellschaften, sondern die Konzeptualisierung dieser Störung ließ sie auch zu Akteuren werden, zu Diskursproduzenten, die im fortgesetzten Schreiben erst jene Einförmigkeit des Querulantendiskurses herstellten, die rasch als das Hauptzeichen dieser Wahnform anerkannt wurde. Bereits Casper hatte eine besondere Gleichförmigkeit in der sprachlich fixierten Form des Krankheitsbildes konstatiert, „als hätte ein Kranker den anderen kopiert“.¹⁵ Das gilt in ähnlicher Weise für den psychiatrischen Diskurs zu diesem Thema. An die Stelle einer Hinterfragung des eigenen Vorgehens oder einer Reflexion über geeignete Darstellungsmittel trat eine schier endlose Abfolge von Wiederholungen und Variationen.

¹² Knut Wolfgang Nörr: Hauptthemen legislatorischer Zivilprozeßreform im 19. Jahrhundert. In: ders. (Hg.): *Iudicium est actus trium personarum*. Beiträge zur Geschichte des Zivilprozeßrechts in Europa. Goldbach 1993, S. 277–283.

¹³ Emil Kraepelin: *Psychiatrie*. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig 1893; Eduard Hitzig: *Ueber den Quärlantenwahnsinn, seine nosologische Stellung und seine forensische Bedeutung*. Eine Abhandlung für Ärzte und Juristen. Leipzig 1895.

¹⁴ August Cramer: *Gerichtliche Psychiatrie: Ein Leitfaden für Mediziner und Juristen*. Jena 21900, S. 167f.

¹⁵ Dietrich: *Querulanten* (wie Anm. 7), S. 8, unter Bezugnahme auf Johann Ludwig Casper: *Johann Ludwig Casper's Handbuch der gerichtlichen Medicin*. Neu bearb. und verm. von Carl Liman. Berlin 1889.

Ein „moderner Irreseinszustand“ als Effekt divergenter Systemlogiken

Im Folgenden kann es nicht darum gehen, die historischen Akteure ihrer Schuld beziehungsweise ihrer wahren Erkrankung zu überführen oder die Psychiater retrospektiv für eine autoritäre und oftmals inhumane Ausübung ihrer Rolle als Experten vor Gericht anzuklagen und wohlfeil die Gutachtenfälle als Opfer von Justiz und Psychiatrie nachträglich zu rehabilitieren. Vielmehr soll das diagnostische Vorgehen im Fall einer gerichtlich angeordneten Begutachtung anhand der Spuren, die sich davon in den Untersuchungsakten erhalten haben, rekonstruiert werden.¹⁶ Auf diese Weise tritt das Ineinandergreifen von Rechtssystem und psychiatrischem Diskurs in buchstäblich fragwürdiger Effektivität zutage, in der die Rollen von Ankläger und Angeklagtem, Anwalt und Richter, Patient und Arzt, Sachverständigem und Zeugen auf so unauflösliche Weise ineinander verschränkt waren, dass sich daraus vielfältige Verwerfungen ergaben. Das kann im vorgegebenen Rahmen nur exemplarisch geschehen, anhand der Analyse von drei Fällen auf der Basis der überlieferten Patientenakten. Dabei weisen wenigstens diese Fälle in Richtung einer unerwarteten Bestätigung von Krafft-Ebings Diagnose des Querulantenwahnsinns als „modernem Irreseinszustand“:¹⁷ In dem Maße, in dem Recht und Verwaltung das Problem des Querulierens mit eigenen Mitteln nicht lösen konnten,¹⁸ offerierten sie der Psychiatrie eine professionelle Bewährungsmöglichkeit an der Nahtstelle von Recht und Medizin. Im formalisierten Zusammenstoß von Gericht, Beschuldigtem und Sachverständigem entstand eine Maschine zur perpetuierenden und differenzierenden Bestätigung des Bestehenden, mit der auch Psychiater ähnlich stereotype Texte zu produzieren anfangen, wie sie die für das Kennzeichen des Wahnsinns ihrer Probanden hielten. Damit kann am Querulantenwahn ein weitgehend verselbstständigter Ausdifferenzierungsprozess nachgezeichnet werden, der neue Einsichten in die Verfahrenslogik der Psychiatrie und in die Funktionsweisen wissenschaftlicher, institutioneller und gesellschaftlicher Modernisierungsprozesse verspricht. Während die Psychiatrie in der Auseinandersetzung mit dem Querulieren eine Differenzierung von Symptomen in immer weitere Klassifikationen erzielte, blieb unbeachtet, dass diese Kategorien erst durch psychiatrische Verfahren zu wissenschaftlichen Entitäten und epistemischen Objekten geformt wurden. Der Querulantenwahn wurde so zum Anlass für eine permanente Diskussion diagnostischer und nosologischer Fragen, welche

¹⁶ Zur psychiatrischen Krankenakte als Gegenstand der Wissenschaftsgeschichte vgl. u. a. Sophie Ledebur: Schreiben und Beschreiben. Zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten. In: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 34 (2011), S. 102–124; Volker Hess/J. Andrew Mendelsohn: Case and Series. Medical Knowledge and Paper Technology, 1600–1900. In: *History of Science* 48 (2010), S. 287–314.

¹⁷ Richard von Krafft-Ebing: Ueber den sogenannten Querulantenwahnsinn. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* 35 (1879), S. 395–419, hier: S. 396.

¹⁸ Siehe Andrea Dinger-Broda u. a.: *Querulanz in Gericht und Verwaltung*. München 1992, S. 14–21.

die ontologische Dignität, den Konstruktcharakter und die Abgrenzung klinischer Einheiten betrafen. Weil diese Diskussion nicht nur psychiatriern geführt wurde, sondern an der Nahtstelle zweier auf Handlung orientierter Wissenschaften inmitten einer kritischen Öffentlichkeit, resultierte aus dem sich gegenseitig hochschaukelnden Zusammentreffen differenter Eigenlogiken der Wahnsinn eines eisern fixierten Realitätsprinzips.

Paradoxien einer Diagnose am Rande des Wahnsinns

Die besondere diagnostische Herausforderung beim Querulantenwahnsinn lag in der Schwierigkeit, im scheinbar Normalen das Abwegige, im gesteigerten Rechtsgefühl dessen Fehlen, in erhaltener Rationalität den Schwachsinn und hinter der verursachenden Niederlage die angeborene Störung freizulegen. Deshalb lässt sich an diesem Diskurs in besonderer Weise die paradoxe Struktur psychiatrischer Handlungs- und Aussageketten beobachten, wie dies zum Beispiel schon Heinrich Schüle's Beschreibung des Querulantenwahnsinns in Ziemssens Handbuch von 1880 offenbart: „Früh schon [...] verrathen sich die Candidaten dieser Störung durch Verschrobenheit des Charakters, grossen Jähzorn und Eigensinn und oft brutale Rechthaberei. Anderemale aber hält sich der angeborene Defect verdeckter: eine anscheinend reiche Gelehrtheit täuscht oft Jahre lang über gering begabte Productionskraft, sowie nicht minder eine formale Pedanterie über das kümmerlich veranlagte Rechtsgefühl, dessen Triebfeder trotz aller Declamationen doch immer nur Egoismus bleibt. [...] Alle Gerichte und Instanzen werden in der Folge durchlaufen, immer wieder appellirt und verklagt, und lieber Hab und Gut geopfert, als ein Fingerbreit von dem erträumten Recht gewichen [...]. Die begleitende Folie raisonnante kann dabei grosse und verhängnissvolle diagnostische Täuschungen bereiten, wenn [...] der organische Zwang übersehen wird, welcher den Kranken unaufhaltsam über alle Entscheidungen und Rechtssprüche hinweg zu immer neuen Denunciationen und Amtsehenbeleidigungen antreibt.“¹⁹

Das verletzte Rechtsgefühl zeigt sich im Querulantenwahnsinn also einerseits „früh schon“ als „brutale Rechthaberei“, andererseits bleibt er verdeckt, weil „Gelehrtheit oft Jahre lang über gering begabte Productionskraft“ hinwegtäuscht; das Rechtsgefühl ist gleichzeitig übersteigert und „kümmerlich veranlagt“; formale Pedanterie kontrastiert mit einer Unfähigkeit, „geschlossener Logik“ zu folgen. Aus solchen diagnostischen Paradoxien resultierten notwendigerweise „verhängnissvolle Täuschungen“. Diesen sachlichen Schwierigkeiten begegneten Psychiater in der Regel mit einer umso zielstrebigeren Selbstpositionierung als unhinterfragbare Autoritäten, insbesondere wenn die „hochtrabenden Redensarten“ eines Querulierers nicht so deutlich aus den Fugen geraten waren wie im folgenden Stenogramm: „Die Basis der Thatsache, dass Krankenrecht Voraussetzung der Men-

¹⁹ Heinrich Schüle: Handbuch der Geisteskrankheiten (= Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Bd. 16. Hg. von Hugo von Ziemssen). Leipzig ²1880, S. 444f.

schenrechte bildet und dass konsultativ-kompetenzlich die Dispen (Dispositionen), die getroffen werden, einerseits auf Basis der Krankenrechtsverhältnisse konstituiert werden dürfen, u.s.w. (Worte des Patienten selbst) Dieses Momentes wegen sollte auch ich die Gesundheit in Verbindung mit dem Krankenberuhigungsrecht den Schutz des Kranken und des Krankengewissensrechts gewahrt sehen, die ja ... (Pat. macht eine Pause) und nur unter Päpsten – Unfehlbarkeitsdünkel ... Den Gedanken, den ich denke, jedes Wort, das ich denke, trotzdem ich den Gedanken nicht festhalten konnte, wählt man in Art Schoppenstädt'scher Disposition unter Visionen von Päpsten in wiederholter Form.“²⁰

Vorzugsweise mäanderte die Diskussion über den Querulantenwahnsinn auf der Scheidelinie zwischen „normal“ und „irrsinnig“, suchte im Normalen die unabweisbaren Zeichen des Pathologischen, hinter „formaler Korrektheit des Denkens“ und „woherhaltener Logik“ die Symptome der Krankheit. Für Oswald Bumke wurde der Querulantenwahnsinn deshalb für die Diagnose „Paranoia“ modellbildend, weil er Wahnvorstellungen „bei erhaltener Besonnenheit“ und auch keine Affektstörung zeige und damit eine genaue und scharfe Abgrenzung sowohl zu den affektiven Krankheitsbildern der Manie und Melancholie auf der einen Seite sowie auch zur halluzinierenden Dementia praecox auf der anderen Seite erlaube. Auf diese Weise wurde der Querulantenwahn zur Reinform eines Wahnsinns ohne affektive oder halluzinatorische Anteile destilliert – ein ganz normaler Wahnsinn sozusagen. Solcher Scharfsinn führte Bumke zu einer in ihrer paradoxalen Argumentation bemerkenswert geradlinigen Schlussfolgerung: Zum Kennzeichen des Querulantenwahnsinns gehöre, dass ihm „alle grob sichtbaren und handgreiflichen Merkmale des Irreseins fehlen“, weshalb verständlicher Weise „viele Ärzte greifbare Symptome der Krankheit übersehen und verkennen“. Deshalb führe insbesondere der Umstand, dass es auch „Pseudo-Querulanten“ gebe, die von echtem Mitleid angetrieben zu einem Michael Kohlhaas werden, deren Verhalten gleichwohl „nicht aus krankhafter Ursache“ entstanden sei, zu besonderen Schwierigkeiten selbst für den „erfahrenen Psychiater“.²¹

Weil der Querulantenwahnsinn als das Pathologische des Rechtmäßigen galt, standen die Psychiater vor dem Problem, das Pathologische, das sie scheinbar greifbar vor Augen hatten, aus dem Normalen sichtbar machen zu müssen. Deshalb entsteht in der historischen Distanz allzu leicht der Eindruck, die Verfahren der Beobachtung und Begutachtung seien kaum mehr gewesen als moderne Varianten einer Inquisition, bei der schon zu Beginn das Urteil feststand und die Begutachtung allein darauf angelegt war, jene Zeichen des Beweises zu produzieren, die zur Legitimation der Entmündigung benötigt wurden. Eine solche Logik des Verdachts mag in einigen Fällen die Begutachtungen durchaus angetrieben haben, aber eine Lokalisierung der Diagnose „Querulantenwahn“ im willfährigen Han-

²⁰ Albert Liebmann/Max Edel: Die Sprache der Geisteskranken. Nach stenographischen Aufzeichnungen. Halle a. d. S. 1903, S. 34.

²¹ Oswald Bumke: Landläufige Irrtümer in der Beurteilung von Geisteskrankheiten (= Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Bd. 58). Wiesbaden 1908, S. 30, S. 44-48.

deln der Psychiater gegenüber dem Rechtssystem greift zu kurz. Denn damit würde die Argumentation nicht nur auf die problematische Ebene von Motiven und Handlungsabsichten verschoben, sondern implizit wäre damit eine strukturelle Analogie bei der Pathologisierung des Querulanten im juristischen, öffentlichen und psychiatrischen Diskurs vorausgesetzt. Der Blick auf die materielle Überlieferung der psychiatrischen Praxis zeigt hingegen, dass gerade die strukturellen Differenzen bei diesen Pathologisierungen überhaupt erst die psychiatrisch verwerteten Zeichen der Querulanz generierten. Der Querulant war nicht nur Sand im Getriebe des Rechts, er verursachte vielmehr besondere diskursive und praktische Störungen in dem Moment, als sich die Psychiatrie seiner zu ihrer Selbstermächtigung anzunehmen trachtete. Denn diese sekundären Störungen bildeten das Material, welches die Psychiater vorrangig als klinisch verwertbare Zeichen veranschlagten.

Im Folgenden sollen beispielhaft dafür zwei Fälle aus der Charité herangezogen werden, die von Köppen begutachtet wurden. Quasi als Kontrollfall soll abschließend die Krankengeschichte eines weiteren Patienten herangezogen werden, dem Köppen die Diagnose „Querulantenwahnsinn“ verweigerte, obwohl er von sich aus alle Zeichen des Querulantenwahnsinns produzierte.

Als das charakteristische Zeichen des Querulantenwahnsinns par excellence galt bekanntlich die endlose Produktion von Schriftstücken: „Ihre schriftlichen Ergüsse füllen grosse Aktenstöße und sind wieder oft ohne Rücksicht auf den Leser geschrieben, den seine Amtspflicht verurtheilt, von ihnen Kenntnis zu nehmen“, hatte Köppen in seinem Hamburger Vortrag gestöhnt.²² Tatsächlich fallen alle drei hier näher betrachteten Akten schon durch ihren Umfang auf, obwohl sie lediglich die für eine Begutachtung damals üblichen, gerichtlich angeordneten sechs Wochen Beobachtungszeit dokumentieren. Aber schon ein flüchtiger Blick verrät, dass in den beiden ersten Fällen die Masse der Aufzeichnungen gerade nicht auf die untersuchten Personen zurückgeht, sondern auf die beobachtenden Ärzte. Dies mag seinen Grund in den Kontingenzen der Überlieferung oder im ephemeren Zustandekommen der Akten haben. Manches ging vermutlich einfach verloren, während anderes eher zufällig den Weg in die Akten fand. Aber der Querulantenwahnsinn trieb hier offenbar in besonderer Weise eine ärztliche Schriftproduktion an. Das mag vor dem Hintergrund der geringen Fallzahl eine Ausnahme sein, aber auch als Ausnahme treten hier wie in einem Vergrößerungsglas besondere Regeln des Systems hervor: Auf der Suche nach Beweisen, die den Erfordernissen des juristischen Systems standhielten, generierten Psychiater aus ihrem Wissen um den Querulantenwahnsinn mit besonderen Techniken der Befragung, Testung und Schriftproduktion neue Zeichen des Wahnsinns. Die Pathologisierung des Querulanten auf dem Wege der klinischen Beobachtung und Begutachtung veränderte zugleich also die materiellen Bedingungen der Akte und der Aktenführung. Wenn die Psychiatrie im Zuge der Psychiatrisierung der Querulanz Teile des Rechts zu inkorporieren versuchte, wurde auf diesem Weg zunächst die psychiatrische Akte transformiert.

²² Köppen: Querulantenwahnsinn (wie Anm. 1), S. 233.

Fallgeschichte Augustin W.: Das Testen mit der eigenen Biografie

„W. ist ein typisches Beispiel eines Menschen, der an einer querulatorischen Verücktheit (*Paranoia chronica simplex querulatoria*) leidet“, so begann Oberarzt Köppen sein Gutachten über den Patienten Augustin W., der am 20. Mai 1908 aus dem Moabiter Untersuchungsgefängnis zur sechswöchigen Beobachtung wegen des Verdachts auf „Querulantenwahn“ in die Psychiatrische und Nervenklinik der Charité überwiesen worden war.²³ Tatsächlich trägt auch die zugehörige Akte auf ihrem Deckel diese Diagnose. Allerdings war sie dort an der Stelle eingetragen, die seit 1905 eigentlich für „vorläufige“ Diagnosen reserviert war und als vorläufiger Eintrag gerade erst jene Routinen der Untersuchung und Prüfverfahren in Gang setzen sollte, die für eine gesicherte Diagnose erforderlich waren, denn bis in die Methoden der Aktenführung und Patientenbeobachtung war die Charité als Forschungsinstitution auf Wissensgenerierung ausgerichtet. An dieser Akte lassen sich daher typische Formen der Wissensproduktion zum Thema „Querulanz“ im psychiatrischen Aufschreibesystem nachzeichnen. Im Falle von W. sollten sie zu dem Zusatz „Internierung“ unterhalb der Diagnose auf dem Aktendeckel führen.

Der Fall bot in der Tat die klassische Verkettung eines tatsächlich erlittenen (beziehungsweise subjektiv erlebten) Unrechts mit dem Auftreten des Querulierens. Allerdings erwähnte Köppen diesen Auslöser in seinem Gutachten gar nicht mehr, wenn er gleich mit dem Querulieren, hier in Form von Polizistenbeleidigungen begann. Erst ein Blick in die Akte verrät, dass diesen Polizistenbeleidigungen ein Diebstahl vorausgegangen war, bei dem Augustin W. selbst das Opfer gewesen war. Dem Geschäftsmann war im Juli 1907 sein Fuhrwerk gestohlen worden, zusammen mit anderen war er dem Dieb nachgelaufen, man hatte diesen gefasst und anschließend zur Polizei gebracht, wo der Dieb aber zu W.s Entrüstung nach Feststellung der Personalien wieder laufen gelassen wurde. Der Bestohlene hatte wenigstens eine Vorladung für einen Gerichtstermin erwartet, aber nichts war passiert. Als er kurze Zeit darauf obendrein ein Strafmandat wegen „Schnellfahrens“ erhielt, verweigerte er konsequent dessen Bezahlung, bis der Dieb seines Fuhrwerks bestraft wäre. „Als man ihn jedoch zwingen wollte, weigerte er sich u. wollte sich nicht verhaften lassen; soll dann die Beamten noch bedroht haben.“²⁴ – W.s Geschichte als Opfer eines Diebstahls steht auf einem Fremdanamnesebogen für Angehörige, seine Frau hatte diese Informationen geliefert, die dann vermutlich von einem untersuchenden Arzt auf dem üblichen Formular in indirekter Rede in der Rubrik „Auslösende Ursache“ notiert worden waren.

Erst vor diesem Hintergrund wird freilich das Verhalten verständlich, das der Patient bei einem Test an den Tag legte, dessen Ergebnisse Köppen ausführlich in seinem Gutachten darlegte: Ob absichtlich oder nicht, konfrontierte Köppen W. in einem Intelligenz- und Gedächtnistest mit seiner eigenen Geschichte. Angesto-

²³ Historisches Psychiatriearchiv der Charité (HPAC), 811/1908, A. W.

²⁴ Ebd.

ßen von Diskussionen über die Frage einer Abgrenzung des Querulantenwahnsinns von anderen Formen der Paranoia und außerdem vor dem Hintergrund der zeitgenössischen Forschungen zu Intelligenz, Gedächtnis und Denkvermögen hatte Köppen zusammen mit Arnold Kutzinski Testreihen zur Reproduktion von kleinen Geschichten begonnen, bei denen sie den Patienten der Charité zunächst bekannte Märchen und Fabeln, dann – nach kritischen Erwägungen über einen adäquateren Gedächtnisreiz aus der vertrauten Lebenswelt der Patienten – alltägliche Geschichten aus Berliner Zeitungen vorlasen und um deren schriftliche Reproduktion baten.²⁵ Brauchbare Geschichten fanden sich fast täglich in der Zeitung in der Rubrik „Vermischte Nachrichten“, sie waren anschaulich und prägnant und ließen sich obendrein einfach ausschneiden und in die Akte einkleben, um die Abweichung von der Vorlage zu dokumentieren. Der besondere Vorteil dieses Verfahrens, die lebensweltliche Nähe, sollte allerdings im Falle von W. eine folgenreiche Rekursion in Gang setzen, als er im Test indirekt mit seiner eigenen Geschichte konfrontiert wurde.

In der Akte findet sich ein Stück Papier, auf dem der Patient eine solche Meldung aus der Zeitung nacherzählt. In dieser kleinen Meldung, die im Lokalteil der „Vossischen Zeitung“ am Sonnabend, den 30. Mai 1908, erschienen war, ging es um ein Mädchen namens Johanna Schirrving, die „im Norden der Stadt“ Berlin wegen schweren Diebstahls in Untersuchungshaft genommen worden war. „Die übel beleumundete Schöne“, so wurde die Täterin in dem Zeitungsartikel benannt, „hatte ‚ausbaldowert‘, wenn ein Musiker in seiner Wohnung in der Gleimstraße nicht zu Hause war“. Unter falschem Vorwand schloss ihr ein Schlossermeister die Wohnung des Musikers auf, worauf Schirrving Geld und Wertsachen an sich nahm und verschwand. „Um die Wertsachen versetzen zu können, benutzte sie zum Ausweis eine Invalidenkarte, die sie einem Manne gestohlen hatte. Dadurch geriet der Bestohlene in den Verdacht, den Einbruch bei dem Musiker verübt zu haben. Er konnte sich aber bald reinigen und lenkte die Spur auf die Schirrving, die dann auch ermittelt, von dem Schlossermeister wieder erkannt und in Untersuchungshaft genommen wurde.“²⁶

Wenige Tage nach der Veröffentlichung in der Zeitung wurde die Nachricht dem Patienten Augustin W. als Testgeschichte zur Prüfung seiner Intelligenz vorgelegt. Der Patient sollte die Geschichte vorlesen und dann in eigenen Worten schriftlich wiedergeben, wobei auch die dafür verwendete Zeit gemessen wurde. In diesem Fall führte das Nacherzählen der kleinen Meldung aus der Zeitung zu einem ungewollt produktiven Zusammentreffen der Testperson mit dem Justizopfer, auf das die Ärzte jedoch gar nicht eingingen – es möglicherweise nicht einmal wahrnahmen. Der Moment der Konfrontation mit der Zeitungsgeschichte wird in der Krankenakte W.s als Zusammentreffen von zwei Diebstählen dokumentiert:

²⁵ Max Köppen/Arnold Kutzinski: Systematische Beobachtungen über die Wiedergabe kleiner Erzählungen durch Geistesranke. Ein Beitrag zu den Methoden der Intelligenzprüfungen. Berlin 1910.

²⁶ Vossische Zeitung, Nr. 251, 30. 5. 1908, Morgenausgabe.

einerseits von Johanna Schirrvings Einbruch in die Wohnung des Musikers, andererseits vom versuchten Fuhrwerkdiebstahl, der Augustin W. widerfahren war und ihn in seine missliche Lage gebracht hatte. Beide Geschichten überlagern und vermischen sich im vom Test erhaltenen Dokument: Augustin W. schrieb auf einem losen Blatt Papier, welches, am oberen Rand mit „Berlin den 4 Juni 1908“ versehen, in die Akte eingelegt wurde: „Bedaure das ich die zeile welche der Herr Schiebe mir vorgelesen hat nicht beschreiben [?] kann weil wil ich mir für Gestohlene Sachen nicht interessiere, und sehr zu frieden bin das ich selber nicht bestohlen wurde und nochmals bedaure über die ungerregelte[n] Verhältniße wo der Eigentümer ins Gefängniß und zur beobachtung kommt und die Diebe draußen unbestraft herum laufen. Achtungsvoll A. [...]“²⁷

Am unteren Rand drängte sich noch ein weiterer Eintrag, in dem ein Arzt erklärte: „Nachdem ihm die kriminelle Geschichte zur Hälfte vorgelesen ist, fängt Pat. an zu schimpfen u. sagt: ‚Man könne ihm mit allem andern kömen, nur nicht mit solchen Spitzbubereien. [.] Schreibt dann das obige auf.“²⁸

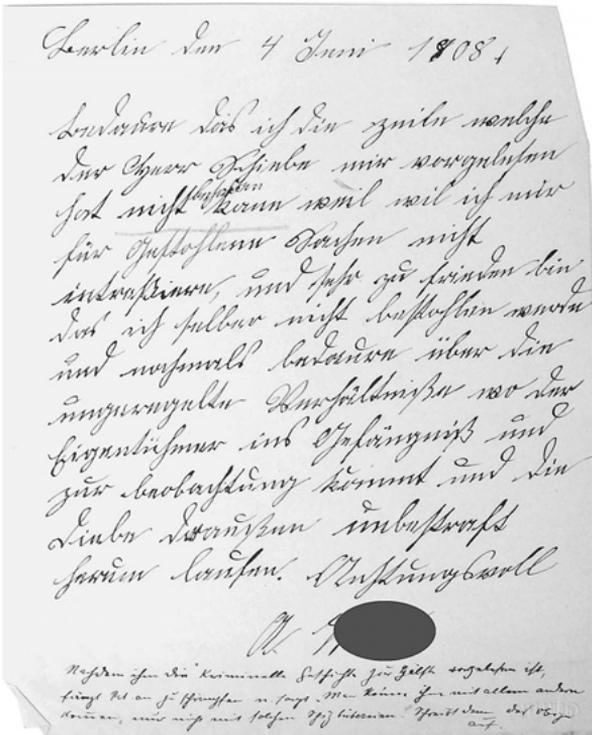


Abbildung 1: Das vom Test erhaltene Dokument. Historisches Psychiatriearchiv der Charité Berlin, 811/1908, A. W.

²⁷ HPAC, 811/1908, A. W.

²⁸ Ebd.

Die Konfusion seiner Erfahrungen mit der Testgeschichte löste bei Augustin W. offensichtlich eine Verstörung aus, in der er Zeichen produzierte, welche die Psychiater im Gutachten als Symptome des Wahnsinns deuteten. So heißt es abschließend in Köppens Gutachten: „Und als er zur Prüfung seines Gedächtnisses irgendeine kriminelle Mitteilung aus der Zeitung vorgelesen bekommt, fängt er sofort an zu schimpfen, äußert, man dürfe ihm alles vorlegen als solche Spitzbubereien. Er zeigt also bei jeder Gelegenheit, wie sehr seine Beeinträchtigung sein Denken, Fühlen u. Handeln verdrängen, sobald er in eine Erregung gerät, welche ihm jede Besonnenheit raubt. [...] W. ist ein typisches Beispiel eines Menschen, der an einer querulatorischen Verrücktheit (*Paranoia chronica simplex querulatoria*) leidet.“²⁹

Die Akte W. belegt, wie Patienten vonseiten der Psychiater regelrecht dazu gedrängt wurden, die ihnen zugewiesenen Stereotype zu erfüllen. Obendrein enthält sie entgegen der Lehrbuchmeinung nur wenig Ego-Material, darunter ein seitenlanges Anschreiben an den zuständigen Arzt, in dem sich Augustin W. über den Diebstahl seines Fuhrwerks und über die Polizei beklagt und darüber, dass der Dieb laufen gelassen wurde, während er zur Beobachtung in die Psychiatrie eingeliefert wurde. Aber auch hier war es nicht Augustin W. selbst, auf den dieses Schreiben zurückging, vielmehr war er zum Schreiben eines Aufsatzes darüber aufgefordert worden, ob er sich vom Gericht ungerecht behandelt fühle.

Fallgeschichte Friedrich M.: Verhandlungen im Medium der Akte

Auch im Fall von Friedrich M. täuscht die Akte mit ihrem Umfang von mehr als 120 Seiten: Bloß zwei Seiten davon hatte der Patient selbst geschrieben, wobei er sich „auf Anordnung von Theodore Ziehen“ (also ähnlich wie im Fall W.) zu seiner Strafsache äußerte.³⁰ Den größten Schreibanteil hingegen hatten wiederum die Psychiater: Neben zwei seitenlangen Gutachten umfasste allein das Krankenjournal 90 Seiten, wobei ungefähr 60 Seiten auf eine sogenannte Aktenbefragung entfielen, wie sie auch in anderen Akten aus der Charité überliefert ist – also eine Befragung des Patienten zu den Details seiner Gerichtsakte.

Die Gerichtsakten wurden von den Psychiatern zur Erstellung ihrer Gutachten benötigt und deshalb regelmäßig vom Gericht angefordert, vor allem um die Vorgeschichte der Krankheit in Erfahrung zu bringen. Bei der Aktenbefragung mag es sich zunächst also um ein heuristisches Verfahren gehandelt haben, wenn die Durchsicht der umfangreichen juristischen Akte dem in Rechtsfragen unkundigen Psychiater zu viel Mühe abverlangte und mit einer persönlichen Befragung des Angeklagten sich die komplizierte Aktenlage besser erschließen ließ, um sozusagen aus erster Hand Kohärenz in ein undurchsichtiges Verfahren zu bringen. Im Fall von Friedrich M. ist die Aktenbefragung aber ganz ins Zentrum der ärztli-

²⁹ Ebd.

³⁰ HPAC, 547/1908, F. M.

chen Begutachtung gerückt. Im Modus eines wiederholenden Durchgangs durch das juristische Verfahren förderten Psychiater mittels der Aktenbefragung nicht nur neues medizinisches Wissen zutage, vielmehr kommt hinter der Rekonstruktion des juristischen Sachverhalts eine genuin psychiatrische Verfahrensweise zum Vorschein. Die Akte dokumentiert deshalb, wie ein heuristisches Verfahren zur Erschließung des Hintergrunds sich zu einem psychiatrischen Testverfahren verselbstständigte und damit neue Effekte generierte, die nicht mehr der Rekonstruktion des juristischen Tatbestands dienten, sondern der medizinischen Diagnostik. Zur Methode der Aktenbefragung existiert keinerlei Literatur oder zeitgenössische Diskussion, aber alles deutet darauf hin, dass sich die Funktion der Aktenbefragung als Diagnoseverfahren erst nachträglich als ein Effekt der Aufschreibep Praxis ergeben hat.³¹ Die Akte von Friedrich M. zeigt außerdem, wie die Gerichtsakte die Psychiater im Umgang mit ihrem Patienten selbst zu Simulanten eines juristischen Prozesses werden ließ – worauf die Patienten beziehungsweise Angeklagten allein schon wegen der Rollenüberblendung nur mit Verstörung reagieren konnten.

Zum Fall: Der Fabrikant für Präservative Friedrich M. war 1901 nach einem Strafverfahren wegen Beleidigung (schon damals auf der Grundlage eines Gutachtens von Köppen) entmündigt worden. Nun wurde er am 6. Mai 1908 auf Beschluss des Königlichen Landgerichts Berlin II wegen des Verdachts auf Querulantenwahn mithilfe der Polizei zur Beobachtung in die psychiatrische Abteilung der Charité eingewiesen, denn gegen ihn lief eine Voruntersuchung wegen Verbreitung unsittlicher Bilder sowie wegen wiederholten Betrugs. Am Ende der sechswöchigen Beobachtung erstellte Köppen erneut ein Gutachten, das in seinem Aufbau für die Zeit ab 1900 typisch ist:³² In einem ersten Teil wurde eine Zusammenfassung des Verfahrensstands gegeben, den der gutachtende Psychiater allein aus den ihm vorliegenden Gerichtsakten rekonstruiert hatte. An diese „Vorgeschichte“ schloss ein zweiter Teil unter der Überschrift „Hiesige Beobachtung“ an, welcher die Befunde der ärztlichen Beobachtung anführte und im Fall von Friedrich M. mit der Empfehlung an die Staatsanwaltschaft endete, den Angeklagten dauerhaft in einer Irrenanstalt unterzubringen. Im Zentrum der Begutachtung standen die Ergebnisse der Aktenbefragung, aber sie begründeten das Urteil Köppens nicht im Sinne einer Rekonstruktion des juristischen Sachverhalts, sondern als Beweis der gemeingefährlichen Geisteskrankheit (wobei die Gefährlichkeit wohl vor allem auf dem Felde der Verbreitung vermeintlich unsittlicher Bilder lag).

³¹ Hier lässt sich an Stefan Nellen anknüpfen, der die Konstituierung der wissenschaftlichen Psychiatrie als einen „Akt der Trennung“ (Foucault) rekonstruiert, der sich vor allem in Akten der Übertragung und Umschreibung materialisiert habe; vgl. Stefan Nellen: Klinische Verwaltungsakte. Kulturtechniken der Aktenführung und der Wille zum Nicht-Wissen in der Psychiatrie um 1900. In: Martina Wernli (Hg.): Wissen und Nicht-Wissen in der Klinik. Dynamiken der Psychiatrie. Bielefeld 2012, S. 67–86.

³² Vgl. Armin Schäfer: Das psychiatrische Gutachten um 1900. In: Yvonne Wübben/Carsten Zelle (Hg.): Krankheit schreiben. Aufzeichnungsverfahren in Medizin und Literatur. Göttingen 2013, S. 283–302.

Situation reagierte, die er vor allem als permanente Rechtsverletzung wahrnahm – zumal als ein der Querulanz Angeklagter. Denn bei der klinikinternen Wiederholung des Verhörs konnte er sich auf keine Rechte berufen, die ihm jeder Untersuchungsrichter zugesprochen hätte. Im Innenraum der Psychiatrie gab es keinerlei Verteidigung, weil es hier gar nicht um die Rekonstruktion des Sachverhalts oder der dabei ausgeführten Handlungen ging, sondern um die Symptome einer sich darin manifestierenden Geisteskrankheit. Das Nachstellen des juristischen Prozesses musste dem Patienten insofern zum Verhängnis werden, als er es mit gesundem Menschenverstand für eine Wiederholung der Gerichtsverhandlung unter schlechten Bedingungen halten musste und gerade damit aus dieser Situation nicht wieder herauskommen konnte. Weil er die Tragweite dieses „Verfahrens“ erkannte, verlangte er nach einem juristischen Beistand, verweigerte seine Aussage und forderte, eigenes Beweismaterial vorzubringen: „Das nützt nichts, dass Sie mir die Akten vorhalten, wenn Sie mir meine Akten nicht vorbringen lassen. Ich verweigere jede weitere Auskunft. Das ist doch keine Kunst nach den Akten mich hier abzuurteilen und mich für einen gemeingefährlichen Geisteskranken zu erklären. Eine solche Voruntersuchung ohne mein Beweismaterial ist gar nicht aussagend.“³⁵

Als Simulanten des Rechtssystems setzten sich die Psychiater mit dem Hinweis darauf, dass es sich um keine gerichtliche Untersuchung handle, über jene Verfahrensregeln hinweg, die ein solcher Prozess in den Augen der zu Untersuchenden eigentlich verlangt hätte. Gleichwohl sprachen die Psychiater ihrer Nachahmung eines juristischen Verfahrens eine entscheidende Bedeutung zu, zum Beispiel wiederholten sie im Gutachten wortgetreu Äußerungen des Patienten zu den Aussagen in der Gerichtsakte.³⁶

Gericht und Psychiatrie kamen so aber nur scheinbar zum selben Ergebnis. Denn die Psychiater profitierten von der Aktenbefragung insofern, als der Patient durch das „Verhör am falschen Ort“ zu Aussagen provoziert wurde, die seinen Wahnsinn vermeintlich hervorkehrten, etwa wenn er ohne Einsicht in die Spezifika der Örtlichkeit darauf insistierte, seinen Anwalt sprechen zu wollen.³⁷ Mit der Feststellung, dass es sich um keine gerichtliche Untersuchung handle, konnten

³⁵ HPAC, 547/1908, F. M.

³⁶ So hatte Köppen z. B. im ersten Teil des Gutachtens zum juristischen Verfahrensstand geschrieben: „Den Ausdruck ‚Armeelieferant‘ begründet er damit, dass er für das Garde-Schützenbataillon in Gr. Lichterfelde, sowie für den Garde-Jägerball in Potsdam, Luftballons zu Schießzwecken geliefert habe.“ Im anschließenden zweiten Teil des Gutachtens zur „hiesigen Beobachtung“ wiederholte er dann, „dass er sich Armeelieferant nennt, begründet er damit, dass er Luftballons und Schwimmapparate für das Militär geliefert habe“. Außerdem nahm er im zweiten Teil des Gutachtens mit den Ergebnissen der psychiatrischen Begutachtung des Patienten immer wieder mit Formulierungen wie „Er bleibt dabei, dass ...“ auf den ersten Teil zum juristischen Verfahrensstand Bezug. Ebd.

³⁷ „Vor Gericht lassen Sie mich nicht, darum weil ich sonst vor Gericht Beweise bringen würde[,] die sie prüfen müssten, und dann müsste die ganze falsche Beschuldigung hinfällig werden, weshalb lassen sie mich hier in die Irrenanstalt und lassen hier die Voruntersuchung machen, wo das Beweismaterial nicht geprüft werden braucht.“ Ebd.

Friedrich M. solche Rechte schlicht verweigert werden. Aber das war in den Augen der Gutachter auch gar nicht der Punkt, vielmehr bewies der Proband seine Geisteskrankheit, wenn er diesen Unterschied nicht anerkannte: „M. verlangt die Aufnahme dieser Aussage, trotz dem ihm vorher ausdrücklich erklärt war, das sei keine gerichtliche Untersuchung.“³⁸ Zog sich der Patient nun auf einen Rechtsstandpunkt zurück, machte ihn das nur noch verdächtiger, ein übersteigertes Rechtsbewusstsein zu besitzen.

Mit der Simulation des Verhörs stimulierten die Psychiater den Probanden also nicht einfach zur Kopie des bereits vor Gericht Geäußerten, sondern zur repetitiven Beschwerde, zum stereotypen Insistieren und zu kommentierenden Aussagen über seine Situation – was dann prompt als Krankheitszeichen gewertet wurde. Es waren solche Aussagen, die im Protokoll vermerkt wurden und die besondere Aufmerksamkeit des Psychiaters erregten, weil sie das Belastungsmaterial für ihre medizinische Beweisführung ergaben. Sein Recht dort zu verlangen, wo kein Recht gesprochen wurde, stellte unter Beweis, dass eine Krankheit vorlag. Bei dem Transfer der Gerichtsakte in die Psychiatrie blieben die Systemlogiken des Rechts untergründig wirksam, durchkreuzten sich aber mit psychiatrischen Verfahrensweisen. Die Gerichtsakte wirkte als Stimulanz, um querulierendes Verhalten in der Psychiatrie zu produzieren. Und es erforderte die ganze Aufmerksamkeit des gutachtenden Psychiaters beziehungsweise geschickte Testverfahren, um hinter der formalen Schlüssigkeit der Argumente den Wahnsinn zu erkennen, denn „bei manchen Kranken dieser Art ist es gerade die formale Korrektheit ihres Denkens, die wohlerhaltene Logik, der zu Liebe so viele Ärzte greifbare Symptome der Krankheit übersehen und verkennen“³⁹ – wie Bumke ebenso sachkundig wie hintersinnig geschrieben hatte.

Ein Lackmустest als Gegenprobe: Selbsteinweisung als Ausschlusskriterium

Die klassischen Symptome des Querulantenwahns, fixe Ideen, krankhaftes Misstrauen und eine schier endlose Produktion von Eingaben und Schriftstücken, finden sich in der Akte von Max R., von dem abschließend kurz die Rede sein soll. Auch hier war ein subjektiv beziehungsweise tatsächlich erlebtes Unrecht Auslöser der Erkrankung, weshalb sich der Kontorist sogar freiwillig in die Psychiatrie hatte einweisen lassen. Er hatte einen angehenden Arzt eines „Sittlichkeitsverbrechens“ an einem 13-jährigen Mädchen beschuldigt, worauf dieser ihm 25 Mark Schweigegeld zahlte und jeden Monat zusätzlich 10 Mark versprach. Max R. hat das Geld zunächst angenommen, schließlich zurückgegeben und den Arzt zur Selbstanzeige aufgefordert. Während für Letzteren aus der Sache nichts weiter folgte, wurde Max R. 1903 wegen Erpressung zu einer Freiheitsstrafe von vier

³⁸ Ebd.

³⁹ Bumke: Irrtümer (wie Anm. 21), S. 30.

Jahren verurteilt, wobei die Strafe nach eineinhalb Jahren wegen nervöser Beschwerden und Wahnvorstellungen aufgehoben wurde.

Max R.s Gedanken schienen unaufhörlich um den Prozess zu kreisen, weshalb er sogar seinen Beruf aufgeben musste. In der Charité weigerte er sich, seine Zunge herauszustrecken, weil er befürchtete, dass man sie dann abschneiden würde; er glaubte, dass ein Pfleger ihm Gift habe verabreichen wollen. Ein Drittel seiner umfangreichen Akte, immerhin 90 Seiten, war dabei von ihm selbst verfasst. Er bezeichnete sich darin mehrmals als Opfer eines Justizmordes, wollte erst aufhören zu prozessieren, wenn ihm Gerechtigkeit widerfahren sei – auch wenn er daran „zu Grunde“ gehen würde:⁴⁰ „Er habe bereits 50–60 Mal [...] an den Justizminister und Staatsanwaltschaft geschrieben, aber man wolle ihn nur vernichten.“ Von den Ärzten verlangte er noch mehr Papier, was ihm jedoch verweigert wurde: „Geben Sie mir 10 Bogen Papier, ich muss an den Landrat schreiben.“ Oder: „Will einen Bericht von 50 Bogen an den Bundesrat schreiben.“⁴¹

Max Köppen attestierte diesem Patienten, der von sich aus alle Zeichen des Querulantenwahns produzierte, eine Hysterie. Es fragt sich also, warum dieser Fall, obwohl er alle Symptome bot und im Vergleich zu den beiden anderen Fällen als einziger vermeintlich querulatorische Schriftstücke in der typischen, größeren Menge produzierte, die entsprechende Diagnose verpasste? Retrospektiv können wir nur spekulieren. Aber im Sinne der hier freigelegten paradoxen Logik fehlte dem Patienten R. vermutlich gar nichts zum Querulantenwahnsinn, weder das übersteigerte Rechtsgefühl noch die „Prozesssüchtelei“. Vielmehr mangelte es dem Fall an Paradoxalität. Mit seiner Selbsteinweisung zeigte R. Leidensdruck unter seinem Querulieren und damit Krankheitseinsicht, während in den Beobachtungsfällen immer aus dem erzwungenen Widerspruch gegen die begutachtenden Psychiater die Beweise für die Diagnose geschmiedet worden waren. Die Psychiatrie verweigerte R. die Diagnose offenbar, weil er nicht als Querulant vor Gericht aufgefallen war, sondern für sich daran litt, zu Unrecht verurteilt worden zu sein. Seine Selbsteinweisung wirkte als Ausschlusskriterium für Querulantenwahn, weil die Psychiatrie in diesem Fall schon längst im Recht war.

Pathologische Normalität im Spiegel der Aktenüberlieferung

Auf der Suche nach unabweisbaren Zeichen des Wahnsinns im „normalen“ Querulieren stießen die Psychiater auf Normalität als einziges pathognomonisches Zeichen. Entsprechend verstrickten die Psychiater sich selbst, die ihnen zur Beobachtung anvertrauten Klienten und ihre Wissenschaft in sich wechselseitig verstärkende Schleifen der Beweisführung. Das historische Material offenbart komplexe Strategien im Dickicht der diagnostischen Unsicherheit. Wo es kein sicheres Verfahren der Diagnosestellung gab, weil sich die Krankheit hinter der Normalität

⁴⁰ HPAC, 6461/1906, M. R.

⁴¹ Ebd.

entzog, generierten Psychiater Methoden, um Patienten eines typisch krankhaften Verhaltens zu überführen. Der psychiatrische Umgang mit einer umstrittenen klinischen Entität, vielleicht auch die Unsicherheit im Umgang mit juristischen Beweisverfahren und die Differenzen der juristischen Fallbearbeitung zur medizinischen Diagnostik führten zu Operationalisierungen, welche die Querulanten dazu trieb, sich auf den gesunden Menschenverstand und ihre alltäglichen Wirklichkeits-erfahrungen zu berufen. Freilich hatten sie damit kaum eine andere Chance, als genau das zu offenbaren, was von den Psychiatern als das Pathologische des Normalen registriert wurde. Gelegentlich waren es nicht zuletzt die Psychiater selbst, welche jene Kennzeichen des Insistierens und Repetierens initiierten, mit denen sie die Krankheit zu beweisen suchten. Am Beispiel des Umgangs mit der Querulantenproblematik lässt sich deshalb eine besondere Form der Entgrenzung der Psychiatrie an der Wende ins 20. Jahrhundert freilegen: Die Modernisierung der Gesellschaft, die Demokratisierung des Rechtssystems und die Ausdifferenzierung der Psychiatrie verschränkten sich hier zu einer Pathologisierung des Normalen.

Abstract

The querulous person is regarded as a border crosser between psychiatry and law. He tends to insist so vehemently on the recognition of wrongs done to him that he becomes an obstacle to the smooth functioning of the judicial system and is, not rarely, shunted into psychiatric institutions. Seen from this perspective, querulous people form a hinge which interlocks between the judicial system and psychiatry as the modern social state was in the process of development while, at the same time, advancing the professionalization of the psychiatric sciences. The article scrutinizes this image of psychiatry's institutional professionalization as it interconnected with the judicial field. This is achieved by analyzing psychiatric praxis as it is documented in the health records of the Charité: indeed, the patient's entanglement in the judicial system generates more-than-average and detailed source material. However, the analysis of these files reveals doctors' active involvement in their production, as well as a rather unexpected interaction between psychiatric and judicial institutions. This interaction subliminally reveals itself along the lines of the sociological and discursive-theoretic professions: in order to identify the pathognomonic signs of querulent delusion, psychiatrists developed test procedures which relied, of all things, on the plasticity of criminal cases as testing material for memory tests or on the fussiness of judicial texts to check linguistic abilities; all this without giving any thought whatsoever to the specific effect these test materials took on the probands. A marvelously ambiguous case is represented by so-called 'file interviews', which resulted in psychiatrists themselves turning into simulants of a judicial process by dealing with their patients via judicial files. From this it follows that such files document less a functionalization of psychiatry in regard to the judicial system rather than the pathologization of the querulous person within the professionalized psychiatric file system.

Gabriele Dietze

„Heller Wahn“

Echoräume zwischen Genie-und-Wahnsinn-Diskursen
in Psychiatrie und künstlerischen Avantgarden der Moderne

Konstellation

Der Dresdner Arzt und Medizinhistoriker Johannes Grosse sprach 1899 in seinem Aufsatz „Nietzsches Geisteskrankheit“ vom „hellen Wahnsinn“, mit dem der Philosoph als „psychopathisch veranlagte[s] Genie mehr auf dem Wege der ekstatischen Empfindung [...] als auf dem Wege logisch-systematischen [...] Denkens [...] Entdeckungen von ungeheurer Tragweite und Zukunftsperspektive“ erzielt habe.¹ Ganz entgegengesetzt äußerte sich sein Kollege Paul Möbius 1906 zu Nietzsches philosophischem Wert: „Wenn ihr Perlen findet, so denkt nicht, daß das ganze eine Perlenschnur wäre. Seid mißtrauisch, *denn dieser Mann ist ein Gehirnkranker.*“² Der Philosoph Oskar Ewald hielt 1910 dagegen: „Es führt uns einem Phänomen wie Nietzsche um keinen Schritt näher, wenn wir hören, dass er Paralytiker oder Luetiker war. Damit wird nichts von der Entstehung des ‚Zarathustra‘ [...] erklärt.“³ Ewald glaubte, eine gefährliche Tendenz zur Psychiatrisierung der Moderne zu beobachten: „Überall begann man nun pathologische Züge zu wittern, und eine geschäftige Regsamkeit entwickelte sich, die *Literatur in eine psychiatrische Klinik zu verwandeln.*“⁴

In der Tat ist es um die Jahrhundertwende im deutschen Kaiserreich zu einer Renaissance des eigentlich viel älteren Genie-Themas gekommen. Die Konzentration und Masse der Publikationen war dermaßen dicht, dass Julia Köhne in ihrer jüngst erschienenen Studie „Geniekult in Geisteswissenschaften und Literaturen

¹ Johannes Grosse: Nietzsches Geisteskrankheit. In: Die Zukunft 28 (1899), S.208–214, hier: S.208f.

² Paul J. Möbius: Nietzsche. Ausgewählte Werke, Bd. 5. Leipzig 1904 (Hervorhebung durch die Verfasserin); vgl. zu Möbius und Nietzsche auch Susanne Hilken/Matthias Bormuth/Michael Schmidt-Degenhard: Psychiatrische Anfänge der Pathographie. In: Matthias Bormuth/Klaus Podoll/Carsten Spitzer (Hg.): Kunst und Krankheit. Studien zur Pathographie. Göttingen 2007, S.11–26.

³ Oskar Ewald: Psychiatrie und Kultur. In: März. Wochenschrift für Deutsche Kultur 4 (1910), S.208–213, hier: S.213.

⁴ Ebd., S.210 (Hervorhebung durch die Verfasserin).

um 1900 und seine filmischen Adaptionen“ von einem „neuen epistemischen Objekt“ spricht.⁵ Die zum großen Teil huldigenden Genie-Befassungen der Zeit, die sich neben Dichtern und Künstlern auch mit Staatenlenkern sowie zunehmend mit Wissenschaftlern beschäftigten, wurden von wenigen zeitgenössischen Kritikern der Genie-Konjunktur auch als „Geniereligion“ problematisiert, die zur Abwertung der „Massen“ und der Feier des meist toten, bürgerlichen Einzelindivids ein antidemokratisches Element enthalte.⁶

Zu diesem allgemeinen Diskurs der Geniebegeisterung gesellte sich ein sehr spezifischer Seiten-Diskurs, nämlich die Rede von Genie und Wahnsinn, der weitgehend vom Berufsstand der Psychiatrie getragen wurde. Dieser entwickelte dafür auch ein besonderes Genre, nämlich das der Pathografie. Wurden psychische Ausnahmezustände in der Frühzeit der Geniebefassung – etwa in der Beurteilung der „Originalgenies“ des Sturm und Drang oder der unordentlichen Genies der Romantik – als notwendiger Bestandteil künstlerischer Inspiration gefasst, mündete die Expertise der Psychiater fast immer in eine Pathologisierung der als normbrechend empfundenen künstlerischen Leistung oder vielmehr in die „Pathologisierung des Künstlers“.⁷ Bevorzugte Gegenstände der analytischen Bemühungen waren aber *nicht* die etablierten Gestalten des Genie-Kultes wie Goethe, Kant oder Napoleon, die weiterhin als Leitfiguren betrachtet wurden, sondern Denker und Künstler der Moderne.

Diese im Auge der Psychiatrie und des kulturkonservativen Bürgertums „unwillkommene[n] Moderne“⁸ zeigte sich zunächst nicht beeindruckt, sondern literarische/künstlerische Avantgarden der Zeit pflegten im Gegenteil eine affirmative Beziehung zum Wahnsinn in Text, Artefakt und Habitus. Unwillkommen jedoch waren die „Modernen“ aus ästhetischen und moralisch-politischen Gründen. Vertraut mit der Ausgewogenheit und „Erhabenheit“ des klassischen Bildungsgutes wurden zum Beispiel die gewaltsame Drastik und das Unterklassenpersonal des Naturalismus ebenso wie die Wort- und Sinnzertrümmerung und die großstädtischen Settings des Expressionismus weitgehend abgelehnt. Auf der Ebene der politischen Kultur erinnerten avantgardistische Aufmüpfigkeiten das saturierte Bürgertum daran, dass es demokratische Ambitionen aufgegeben hatte und mit dem

⁵ Julia Köhne: Geniekult in Geisteswissenschaften und Literaturen um 1900 und seine filmischen Adaptionen. Wien 2014, S. 16. Der Pathograf, Psychiater und Historiker des Genres, Wilhelm Lange-Eichbaum, verzeichnet in seinem umfassenden Kompendium 857 Titel zum Thema „Genie und Wahnsinn“ seit den 1890er Jahren; vgl. Wilhelm Lange-Eichbaum: Genie, Irrsinn und Ruhm. München 1928.

⁶ Vgl. Edgar Zilsel: Die Geniereligion. Ein Versuch über das moderne Persönlichkeitsideal mit einer historischen Begründung. Wien/Leipzig 1918; vgl. auch eine Auseinandersetzung mit Zilsel bei Köhne: Geniekult (wie Anm. 5), S. 190–227.

⁷ So der Titel einer Studie von Bettina Gockel; vgl. Bettina Gockel: Die Pathologisierung des Künstlers. Berlin 2010. Der Romanist Henning Mehnert sprach schon 1978 vom „Druck der Psychiatrisierung des poetischen Genies“; vgl. Henning Mehnert: Melancholie und Inspiration. Begriffs- und wissenschaftsgeschichtliche Untersuchungen zur poetischen „Psychologie“ Baudelaire, Flauberts und Mallarmés. Heidelberg 1978, S. 14.

⁸ Heinz-Peter Schmiedebach: „Zerquälte Ergebnisse einer Dichterseele“ – Literarische Kritik, Psychiatrie und Öffentlichkeit um 1900. In: MedGG (2006), S. 259–283.

Aufstieg der Sozialdemokratie eher eine Revolution des Proletariats fürchtete als eine eigene anzustreben. Der Genie-Wahnsinn-Komplex wurde zu einem Echoraum für die versäumte bürgerliche Revolution.

Avantgarden wie der Expressionismus oder später der Dadaismus wählten Wahnsinn als bevorzugtes künstlerisches Motiv. Zudem hatten viele Dichter/Künstler direkte Berührung mit der Psychiatrie als Ärzte (Gottfried Benn, Alfred Döblin, Richard Hülsenbeck) oder als Patienten (Jakob van Hoddis, Carl Einstein, Franz Jung, Johannes Baader) und polemisierten sozusagen aus eigener Anschauung und Position gegen die Psychiatrie als Disziplinierungsapparat. Viele Künstler/Dichter nahmen zudem performativ wahnsinnige Positionen ein, zum Beispiel schilderten sie Wahnsinn aus der Ich-Perspektive, oder sie pflegten „wahnsinnige“ expressive oder dadaistische Verhaltensstile oder Bühnenperformances.

Die Affinität der literarischen Moderne zum Thema Wahnsinn und die Neigung der Psychiatrie der Jahrhundertwende, sich in pathologisierender Geste mit dem Genie als wahnsinnig zu beschäftigen, werden in der Forschungsliteratur als voneinander weitgehend unabhängige Phänomene betrachtet. Bislang sind einige kritische Werke zur Psychiatrie als Agent einer allgemeinen Pathologisierung von Modernität erschienen.⁹ Darüber hinaus existiert ein großer und vielfältiger Textkorpus zur „Wahnsinnsgeschichte“ der literarischen Moderne.¹⁰ Einzelne Studien befassen sich mit den Auswirkungen der Psychiatrie auf Literatur und Kunst,¹¹ einige betrachten den literarischen Autor selbst als im Wissenschaftsdiskurs implementiert¹² oder diskutieren den Autor als Arzt oder Mediziner.¹³

⁹ Joachim Radkau: *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Hitler und Bismarck*. München 1998; Volker Roelcke: *Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter 1790–1914*. Berlin 1999; Jutta Person: *Der pathographische Blick. Atavismus, Physiognomik und atavistische Kulturkritik 1870–1930*. Würzburg 2005.

¹⁰ Als Beispiele für die Vielzahl der Veröffentlichungen zu Wahnsinn in der Literatur der Zeit vgl. Wolfgang Rothe: *Der Geisteskranke im Expressionismus*. In: *Confinia Psychiatrica* 15 (1972), S. 195–211; Thomas Anz (Hg.): *Phantasien über den Wahnsinn. Expressionistische Texte*. München 1980; Edith Ihekweazu: *Verzerrte Utopie. Bedeutung und Funktion des Wahnsinns in expressionistischer Prosa*. Frankfurt a. M. 1982; Georg Reuchlein: *Bürgerliche Gesellschaft, Psychiatrie und Literatur. Zur Entwicklung der Wahnsinnsthematik in der deutschen Literatur des späten 18. und frühen 19. Jahrhunderts*. München 1986; Wolfgang Lange: *Der kalkulierte Wahnsinn. Innenansichten ästhetischer Moderne*. Frankfurt a. M. 1992; zur Kultur insgesamt vgl. Louis A. Sass: *Madness and Modernism. Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought*. London 1992; zur Malerei im Besonderen vgl. Griselda Pollock: *Artists Mythologies and Media Genius, Madness and Art History*. In: *Screen* 21 (1980), S. 57–96; Gemma Blackshaw/Leslie Topp (Hg.): *Madness and Modernity. Kunst und Wahn in Wien um 1900*. Wien 2009; Gockel: *Pathologisierung (wie Anm. 7)*.

¹¹ Gerhard Scharbert: *Dichterwahn. Über die Pathologisierung von Modernität*. München 2010.

¹² Vgl. Michael Hagners Studien zu Zola: Michael Hagner: *Gehirne. Zur Geschichte der Elitegehirnforschung*. Göttingen 2004, S. 182–195.

¹³ Zu Gottfried Benn vgl. Helmut Lethen: *Der Sound der Väter. Gottfried Benn und seine Zeit*. Berlin 2006; Thomas Gann: *Gehirn und Züchtung. Gottfried Benns psychiatrische Poetik 1910–1933/34*. Bielefeld 2007; zu Alfred Döblin vgl. Wolfgang Schöffner: *Die Ordnung des Wahns. Zur Poetologie psychiatrischen Wissens bei Alfred Döblin*. München 1995; Veronika Fuechtner: *Berlin Psychoanalytic. Psychoanalysis and Culture in Weimar Republic Germany and Beyond*. Berkeley 2011, S. 18–64.

Der hier unternommene Versuch setzt einen anderen Fokus, oder man könnte auch sagen, er liegt quer dazu. Er liest den Genie-Wahnsinn-Diskurs als Beziehungsgeflecht zwischen einem sich professionalisierenden Berufsstand, der akademischen Psychiatrie, dem kulturkonservativen Bürgertum in der geistigen Defensive und den antibürgerlich motivierten Avantgarden. Zu letzteren wird interessieren, inwieweit avantgardistische Literatur/Kunst mit dem Wahnsinnsthema auf den neuen Diskurs antwortet, inwieweit sie ihn möglicherweise beeinflusst und ob mit dem Ergreifen des Wahnsinnsthemas von der künstlerischen Seite eine alternative Epistemologie versucht wurde, oder ob, wie später genauer entwickelt werden wird, ein epistemischer Ungehorsam stattgefunden hat.

Der Begriff „alternative Epistemologie“ wird ins Spiel gebracht, weil es im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts mit der Durchsetzung naturwissenschaftlichen Denkens, der Evolutionstheorie und der Dekadenzhypothese zu einer „Verwissenschaftlichung des Sozialen“¹⁴ gekommen ist. Insbesondere Künstler waren von neuen Paradigmen wie der Morel'schen Degenerationslehre und unterschiedlichen Sozialdarwinismen negativ betroffen, da sie häufig in populärwissenschaftlichen Pathografien als Exemplum für Entartung vorgeführt wurden. Die „wissenschaftlichen“ Urteile trugen dazu bei, frühere Positivbesetzungen künstlerischen Außer-sichseins in der genialen Inspiration und die Idiosynkrasien charismatischer Persönlichkeiten jetzt als abnorm und pathologisch umzuschreiben. Im Gegenzug soll die künstlerische Wahnsinnsaffirmation hier als Modus gelesen werden, solche wissenschaftlich psychiatrischen Taxinomien zu unterlaufen oder, im Sinne von Karl Marx, die Verhältnisse „zum Tanzen [zu] zwingen“.¹⁵

Einer der berühmtesten expressionistischen Lyriker, Jakob van Hoddis, dem das Mottogedicht der Epoche „Weltende“ zu verdanken ist, lässt 1913 eine seiner dichterischen Figuren sagen: „Vielleicht bin ich verrückt“, dachte er, „aber –“. Er sah ein Schneefeld in klarer Luft. „Aber“, vollendete er seinen Gedanken, „es lohnt sich“.¹⁶ Van Hoddis hat wie einige seiner genialen Zeitgenossen wahrscheinlich mit einer wirklichen Psychose zu kämpfen gehabt. Trotzdem heroisiert ihn der dadaistische Nachfahre Petry als Vorbild: „[Van Hoddis] sitzt auf den Trümmern selbstzerschlagener Hoffnungen und singt Couplets. Er ist immerhin noch kein Dadaist, er hätte es werden können. Er zog es vor, verrückt zu werden, offiziell; nicht mit dem Siegtrotz, auch daraus noch ein Geschäft zu statuieren, er war ein Wegweiser, er zeigte ihn konsequent.“¹⁷ Aber es sind nicht nur die Dichter, die aus dem Wahnsinn Erleuchtung ziehen. Auch von der Mehrheitsmeinung der Be-

¹⁴ Lutz Raphael: Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung der Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts. In: GG 22 (1996), S. 165–193.

¹⁵ Karl Marx: Zur Kritik der Hegelschen Rechtsphilosophie. Einleitung. In: Karl Marx/Friedrich Engels: Werke, Bd. 1. Berlin/DDR 1976, S. 378–391, hier: S. 381.

¹⁶ Jakob van Hoddis: Doktor Hackers Ende. In: Paul Pörtner (Hg.): Literatur-Revolution 1910–1925. Dokumente – Manifeste – Programme. Bd. 1: Zur Aesthetik und Poetik. Darmstadt 1960, S. 36f., hier: S. 37.

¹⁷ Walter Petry: Die dadaistische Korruption. Klarstellung eines erledigten Philosophieversuches. Flugschrift. Berlin 1920, S. 3.

rufsgruppe abweichende Psychiater aus dem expressionistischen Milieu, wie Arthur Kronfeld, hofften, dass es sich bei van Hoddis vielleicht um einen psychotischen Prozess handle, der „Blüten treibt, die uns allen von großer Bedeutung sind“.¹⁸

Wenn hier davon die Rede ist, dass es zum Ende des 19. Jahrhunderts zu einer Diskursexplosion des Genie-und-Wahnsinn-Themas gekommen sei, ist ein wechselwirkender Diskursbegriff gemeint, wie ihn etwa Volker Roelcke formuliert hat: „Diskurse [sind ...] sowohl *bedingte* wie auch *bedingende* Konfigurationen individueller Erfahrung wie sozialen Handelns; sie haben damit eine abbildende ebenso wie eine wahrnehmungsstrukturierende und handlungsweisende Dimension.“¹⁹ Insofern wird ein spezielles Augenmerk auf Kommunikationsereignisse wie Antwort, Verhandlung und Rückkoppelung gerichtet sein. Da das gemeinsame Thema dieses Kräftefeldes²⁰ das Genie ist, wird zunächst eine kurze Skizze des deutschen Geniegedankens und seiner Funktion im Zuge bürgerlicher Emanzipation vorangestellt. Die beiden Hauptteile der Untersuchung gelten der Psychiatisierung des Genies im medizinischen Diskurs und wenden sich dann im Abschnitt „Der Genius schreibt zurück“ der Antwort darauf zu, nämlich der Stör-Figuration Wahnsinn im literarischen Diskurs. Vorauszuschicken ist, dass hier ausschließlich vom literarischen Genie und – in der besonderen Konfliktlage – dem Genie avantgardistischer Literaturen der Moderne die Rede sein wird. Andere Geniediskurse, wie zum Beispiel die der charismatischen politischen Führerschaft, die in der Weimarer Republik an Momentum gewannen, oder Geniediskurse zu großen Entdeckern und Naturwissenschaftlern, die um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert aufkamen, knüpften weniger oder gar nicht an die pathologisierenden Diskurse an.²¹

Genie und Bürgertum. Eine Ersatzgeschichte

In der deutschen Geschichte nimmt die Figuration des künstlerischen, dichterischen oder philosophischen Genies eine besondere Stellung ein. Im hier zu erläu-

¹⁸ Zit. nach Jakob van Hoddis: Dichtungen und Briefe. Hg. von Regina Nörtemann. Zürich 1987, S. 343f.

¹⁹ Roelcke: Krankheit (wie Anm. 9), S. 29f. (Hervorhebung im Original).

²⁰ „Kräftefeld“ ist ein Terminus der Bourdieu'schen Literatursoziologie für die Beziehung zwischen bürgerlichem Autor und Publikum. Vgl. dazu Pierre Bourdieu: Künstlerische Konzeption und intellektuelles Kräftefeld. In: ders.: Zur Soziologie der symbolischen Formen. Frankfurt a. M. 1974, S. 76.

²¹ Vgl. Zilsel: Geniereligion (wie Anm. 6); Thomas Macho: Stammbäume, Freiheitsbäume und Geniereligion. Anmerkungen zur Geschichte genealogischer Systeme. In: Sigrid Weigel (Hg.): Genealogie und Genetik. Schnittstellen zwischen Biologie und Kulturgeschichte. Berlin 2002, S. 15–44. In diesem Zusammenhang entstand auch die Idee, die Universitäten zu Züchtungsanstalten wissenschaftlicher Genies zu machen; vgl. Wilhelm Ostwalds Schriftenreihe: Grosse Männer: Studien zur Biologie des Genies. Zur Geschichte der Wissenschaften und der Gelehrten. Leipzig 1910–1932. Es erschienen 11 Bände.

ternden Zusammenhang wird die Genie-Figuration als Ersatzbildung für eine nicht stattgefundene bürgerliche Revolution gelesen. In der Vorstellung des Publikums mobilisierte das Genie als außergewöhnliches, nonkonformistisches Individuum, das mit besonderen Talenten und Einsichten begabt war, Fantasien einer zumindest geistigen Revolte. Das lässt sich in der Literaturgeschichte an den Jung-Genies des Sturm und Drang – etwa paradigmatisch an Goethes „Werther“ (1771) und Schillers „Räuber“ (1781) – zeigen, die vorrevolutionären Furor gegen deutsche Muckerei und Kleinstaaterei auf die Bühne und in einen Kultroman einbrachten. Spätestens seit dem Sturm und Drang war die Genie-Figuration mit Wahnsinn konnotiert, denkt man an die Selbstmordwelle, die das tragische Scheitern der Romanfigur „Werther“ am Kleingeist seiner Umgebung – verpackt in eine unglückliche Liebesgeschichte – ausgelöst hatte.²² Der ältere Goethe und Schiller ihrerseits zelebrierten, wie allseits bekannt, eine gesundete und staatstragende Genievorstellung, die Weimarer Klassik, und begannen damit die oben angerissene Ersatz-Geschichte der Figuration Künstlergenie auszufüllen. Der Germanist Eberhard Lämmert benutzt die Formulierung der „Dichterst als Bürgerheiliger“.²³

Mit der Romantik entstand eine erste Bohème-Kultur, und eine provokante Liederlichkeit wurde mit Genialität verbunden: „Das sind Elemente der Reaktion auf die Etablierung einer provinziellen Biedermeier-Bürgerlichkeit“, schreibt der Historiker des deutschen Genie-Gedankens, Jochen Schmidt.²⁴ Damit war das zeitgenössische „Dichter-Genie“ als Leitfigur und Ersatzrevolutionär für das inzwischen saturierte Bürgertum nicht mehr brauchbar. Die Fantasien zum Genie verdunkelten sich. Zur Jahrhundertwende wurde dies in der Rezeption des „geistig umnachteten“ Dichters Friedrich Hölderlin exemplarisch. Hier fehlte auch die politische Dimension nicht, denn Hölderlin war in seiner Jugend Jakobiner und damit offener Anhänger der Französischen Revolution gewesen.²⁵ Anlässlich einer geplan-

²² Klaus Rüdiger Scherpe: Werther und Wertherwirkung. Zum Syndrom bürgerlicher Gesellschaftsordnung im 18. Jahrhundert. München 1970.

²³ Eberhard Lämmert: Bürgerlichkeit als literarische Kategorie. In: Jürgen Kocka (Hg.): Bürger und Bürgerlichkeit im 19. Jahrhundert. Göttingen 1987, S. 196–219, hier: S. 214.

²⁴ Jochen Schmidt: Die Geschichte des Geniegedankens in der deutschen Literatur, Philosophie und Politik 1750–1945. 2 Bde. Darmstadt 1985, hier: Bd. 2, S. 63; vgl. auch Andreas Reckwitz: Die Erfindung der Kreativität. Zum Prozess gesellschaftlicher Ästhetisierung. Frankfurt a. M. 2012.

²⁵ Diese Tatsache wurde allerdings erst im 20. Jahrhundert zum Skandalon. Aufsehen erregte die 1969 zuerst erschienene Studie von Pierre Bertaux: Hölderlin und die Französische Revolution. Berlin 1990. In dieser wird behauptet, der Dichter sei nicht wahnsinnig gewesen, sondern habe sich nur vor der politischen Repression (ein Hochverrats-Prozess war angestrengt worden) im Wahnsinn versteckt; vgl. auch Pierre Bertaux: Hölderlin. Eine Biographie. Frankfurt a. M. 2000. Bertaux' Interventionen sind im Zusammenhang mit einer zweiten anti-psychiatrischen Bewegung im Zuge der Kulturrevolutionen der 1960er Jahre zu lesen, die die Deutungsmacht der Psychiatrie gegenüber psychischen Ausnahmezuständen bestritt und den „politischen“ Charakter des Irreseins herausarbeitete. Zur ersten anti-psychiatrischen Bewegung, die sich mit der „Großen Einschließung“ zum Ende des 19. Jahrhunderts und mittels einer publizistischen Revolte mit zu Unrecht Internierten beschäftigte, vgl. Heinz-Peter Schmiedebach: Eine „antipsychiatrische“ Bewegung um die Jahrhundertwende. In: Martin Dinges: Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870–1933) (= MedGG, Beiheft, Bd. 9). Stuttgart 1966, S. 127–159.

ten Gesamtausgabe wurde der Psychiater Robert Eugen Gaupp um ein Gutachten der späten Gedichte gebeten und gefragt, ob sie sinnlose Fabulationen eines Kranken oder eigenständige Kunstwerke seien. Sein Assistent Wilhelm Lange-Eichbaum, der bei Kraepelin über *Dementia Praecox* promoviert hatte, gutachtete sodann, dass die inkriminierten späten Gedichte Emanationen einer seit 1801 als sicher zu diagnostizierenden schizophrenen Erkrankung seien und damit „sinnfrei“.²⁶

Diese Diagnose markierte ein Schlachtfeld von Zuständigkeiten.²⁷ Es war nun nicht mehr die Philologie (Dichtung/Philosophie), der die höchste Kompetenz für die Beurteilung eines literarischen Kunstwerkes beigemessen wurde, sondern die Psychiatrie ergriff (auf Aufforderung) die Deutungsmacht. Die geistige Emanation wurde klinischen Kriterien unterworfen und anhand der Binaritäten „normallesenswert“ versus „verrückt-unlesbar“ sortiert. Es gab zwar heftigsten Widerstand gegen dieses Urteil vonseiten der Philologie, aber die geplante Gesamtausgabe verfuhr nach dem psychiatrischen Rat.²⁸

Die Geschichte dieses Konfliktes lässt erahnen, wie sich der konventionelle Teil der bürgerlichen Geschmackskultur entwickeln würde. Sozusagen mit psychiatrischer Expertise im Rücken konnten jetzt ungeliebte sprachexperimentelle Avantgarden, wie der Expressionismus eine war, für „sinnfrei“ und damit für „unlesbar“ und damit für verrückt erklärt werden. Ein sogenanntes Bildungsphilistertum zog sich auf „die Klassik“ zurück und stellte sie am laufenden Meter in Leder und Goldschnitt in den Bücherschrank.²⁹ Damit wurden lärmige Debatten, wie sie in Caféhäusern und neuen Zeitschriften mit kämpferischen Namen wie „Der Sturm“ oder „Die Aktion“ ausgetragen wurden, für irrelevant erklärt. Allerdings wurde auch die expressionistische Moderne von einer anderen, kleineren, restliberalen Fraktion des Bürgertums gestützt, wobei es durch Kunstrezeption zu einer „paradoxen Verschränkung des Un- oder Antibürgerlichen mit dem Bürgerlichen“ kam.³⁰

²⁶ Wilhelm Lange: Hölderlin. Eine Pathographie. Stuttgart 1906; zu Lange-Eichbaums psychiatrischer Verdammung von Hölderlins Spätwerk vgl. Klaus Schonauer: Germanistisch-psychiatrische Deutungs rivalität um Hölderlin in erster Instanz: Wilhelm Lange und Norbert von Hellingrath. In: Uwe Gonthert/Jann E. Schlimme (Hg.): Hölderlin und die Psychiatrie (= Schriften der Hölderlin-Gesellschaft, Bd. 25). Bonn 2010, S. 140–176. Lange-Eichbaum sollte dann in der Folge zu dem Monografen der Genie-und-Wahnsinn-Publikationsflut werden; vgl. Wilhelm Lange-Eichbaum: Genie, Irrsinn und Ruhm. München 1928.

²⁷ Einige Psychiater hatten sich schon 1890 mit der Dichtkunst beschäftigt, damals mit dem Naturalismus. Die Zeitschrift „Deutsche Dichtung“ hatte 1890 eine Umfrage unter Psychiatern durchgeführt und herausfinden wollen, ob naturalistische Dichtung über psychische Sondersituationen dem Stand der Wissenschaft entspräche; vgl. den Aufruf an die Psychiater von Karl Emil Franzos: Die Suggestion und die Dichtung. In: Deutsche Dichtung 9 (1890/1891), S. 71–80. Vgl. auch eine Polemik gegen den Versuch, „dem Naturalismus mit den Waffen strenger Psychiater auf den Leib zu rücken“ von Gustav Wolff: Psychiatrie und Dichtkunst (= Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, Bd. 22). Wiesbaden 1903, S. 2.

²⁸ Dokumentation des Konfliktes in: Gonthert/Schlimme (Hg.): Hölderlin (wie Anm. 26).

²⁹ Zu Kauf, Besitz und Konfirmationsgeschenken von Klassikerausgaben vgl. Thomas Nipperdey: Wie das Bürgertum die Moderne fand. Berlin 1988, S. 19.

³⁰ Ebd., S. 9.

„Künstlerische Moderne“ versus „Psychiatrische Moderne“

Die neuere deutsche Geschichtswissenschaft stimmt darin überein, dass der bürgerliche Liberalismus nach der Reichsgründung 1871 gegenüber den vaterländischen Konservativen weitgehend die Segel gestrichen hatte und sich die politische Partizipation und damit eine Hoffnung auf Demokratie buchstäblich abkaufen ließ, da das Kaiserreich mit einer „reaktionären Modernisierung“³¹ alle Möglichkeiten zur wirtschaftlichen Entfaltung bereitgestellt hatte. Hans-Ulrich Wehler summiert knapp: „Der Preis: Gesinnungskonservatismus bis hin zur Staatsfrömmigkeit wurde durchweg bereitwillig bezahlt.“³² Dementsprechend änderte sich auch das Verhältnis zu zeitgenössischer Kunst und Literatur. Naturalismus, Symbolismus und Expressionismus waren keine sakralisierten „Bildungsreligionen“ mehr,³³ sondern wurden als bedenkliche Provokationen gesehen, die nicht selten – wie im Falle von Gerhart Hauptmann, Frank Wedekind oder Oskar Panizza – mit Zensur und vor allem mit Gotteslästerungs- und Majestätsbeleidigungsanklagen bekämpft wurden.³⁴ Die Aversion des Kaisers gegenüber künstlerischer Moderne als „Rinnsteinkunst“ war allgemein bekannt, und seine Neigung zu Historienmalerei und Herrschaftsskulptur (siehe die Galerie der Heerführer, die er bei der Anlage der Siegesallee 1901 aufstellen ließ) zeitigte im In- und Ausland ironische Kommentare.³⁵

Die abgelehnte Avantgarde, so der Chronist der Berliner Bohème, Julius Bab, pflegte eine „kriegerisch-hämische[n] Stimmung gegenüber der Gesellschaft, in der sie lebte“.³⁶ Dieser Gestus der jungen expressionistischen Künstler entspricht der Einschätzung von Pierre Bourdieu, moderne Künstler/Dichter als Akteure eines bestimmten „Legitimationstypus“ zu sehen, der darauf basiere, dass die Schaffenden sich „ökonomisch und sozial der Vormundschaft von Aristokratie und Kirche mitsamt deren ethischen und ästhetischen Normen“³⁷ entwunden hätten. Demnach wäre politische Opposition mit einem modernen Künstlertypus quasi naturwüchsig verbunden. Zu dieser Künstleridee gehörte ein affirmativ besetztes Genie-Konzept: „Jeder war ein Dichter, umflattert vom Genius“,³⁸ beschreibt

³¹ Georg Bollenbeck: *Bildung und Kultur. Glanz und Elend eines deutschen Deutungsmusters*. Frankfurt a. M. 1994.

³² Hans-Ulrich Wehler: *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*. Bd. 3: Von der „Deutschen Doppelrevolution“ bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges 1849–1914. München 1995, S. 123.

³³ Ebd., S. 378.

³⁴ Jutta Kolkenbrock-Netz: *Der Mann als Statthalter des Normalen. Kriterien literarischer Zensur von der Jahrhundertwende bis zum Ersten Weltkrieg*. In: *kultuRRévolution. zeitschrift für angewandte diskurstheorie* 9 (1983), S. 15–21.

³⁵ Vgl. die berühmte Rede Kaiser Wilhelms II., unter dem Titel „Kunst und Rinnsteinkunst“ bekannt, die er 1901 beim Festmahl zur Eröffnung der Siegesallee hielt. In dieser wendete er sich gegen moderne Strömungen und kritische Richtungen; dokumentiert in: Bernhard Pollmann (Hg.): *Lesebuch zur deutschen Geschichte*, Bd. 3. Dortmund 1983, S. 80.

³⁶ Julius Bab: *Die Berliner Bohème*. Paderborn 1994, S. 9.

³⁷ Vgl. Bourdieu: *Konzeption* (wie Anm. 20), S. 77.

³⁸ Zit. nach: Helmut Kreuzer: *Die Bohème. Beiträge zu ihrer Beschreibung*. Stuttgart 1968, S. 15.

Ludwig Meidner die expressionistische Generation. Auch wenn insbesondere im Expressionismus die Genievorstellung tragisch umflort war.³⁹

An dieser Diskurskreuzung brachte sich die Psychiatrie ins Spiel. Als sich neu formierende Profession hatte sie sich mit der großen Reform von Wilhelm Griesinger auf naturwissenschaftliche, das heißt auf neurologische und hirnanatomische Füße gestellt. Die Profession war Mitte des 19. Jahrhunderts von der Anstaltsmedizin der Irrenärzte zu einer nunmehr akademischen Lehrdisziplin auf klinischer Basis übergegangen,⁴⁰ und ihre Vertreter waren zu Mitgliedern einer „staatstragenden Schicht“⁴¹ von Akademikern und Beamten geworden. Sie fühlten sich dem gehobenen kaisertreuen Bürgertum angehörig. Zum neuen Status und der akademischen Profilierung gehörte auch, ihre Zuständigkeit zu bereinigen und zu monopolisieren. Mit einem gewissen Triumphalismus schrieb 1899 Emil Kraepelin in der Vorrede zu seinem berühmten Lehrbuch der Psychiatrie: „Es dauerte Jahrhunderte, bevor die klare Erkenntnis sich überall Geltung zu erringen vermochte, dass die Seelenstörungen nur vom ärztlichen Standpunkte aus richtig erforscht und erkannt werden können.“⁴² Der zeitgleich neu belebte Genie-und-Wahnsinn-Diskurs kam dem Wunsch nach Profilierung und Popularisierung des neuen naturwissenschaftlich argumentierenden Psychiatrie-Selbstverständnisses entgegen und unterfütterte gleichzeitig das Unbehagen, das weite Teile des Bürgertums gegenüber den zeitgenössischen Avantgarden empfand.

Das psychiatrische Interesse am Genie, oder, anders gesagt, die Fixierung auf das künstlerische Genie beruht auch auf älteren Konkurrenzen zwischen Arzt und Künstler. In der Einleitung zu „Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“, vertrat Wilhelm Griesinger 1845 die Auffassung: „Alle nicht-ärztlichen, *namentlich alle poetischen und moralistischen* Auffassungen des Irreseins sind für dessen Erkenntnis nur von allergeringstem Werthe.“⁴³ Hier ist daran zu erinnern, dass es nur zehn Jahre vor dieser Aussage für den Irrenarzt Karl Wilhelm Ideler in seinem Werk „Grundriss der Seelenheilkunde“ noch völlig selbstverständlich war, die Werke Shakespeares auf Expertise in Sachen Wahnsinn zu befra-

³⁹ Zum „tragischen Genie“ des Expressionismus vgl. Wolfgang Rothe: Tänzer und Täter. Gestalten des Expressionismus. Frankfurt a. M. 1979.

⁴⁰ Für den Übergang der Irrenheilkunde in die medizinische Spezialdisziplin Psychiatrie vgl. Eric Engstrom/Volker Roelcke: Die „alte Psychiatrie“? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert. In: Eric Engstrom/Volker Roelcke (Hg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum (= Medizinische Forschung, Bd. 13). Basel 2003, S. 9–25.

⁴¹ Zwischen 1846 und 1890 hatten von 90 Psychiatern 42 % freiberufliche Väter (Ärzte, Kaufleute, Industrielle und Rechtsanwälte), 54 % stammten aus Beamtenfamilien; vgl. Klaus Dörner: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt a. M. 1969, S. 355f.

⁴² Emil Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Bd. 1: Allgemeine Psychiatrie. Leipzig ⁶1899, S. 1.

⁴³ Wilhelm Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Aerzte und Studierende. Stuttgart 1845, S. 8 (Hervorhebung durch die Verfasserin).

gen.⁴⁴ Zum Jahrhundertende wurde das Künstlerwissen über den Wahnsinn nicht mehr geschätzt. 1894 schrieb William Hirsch in „Genie und Entartung“: „Um einen Krankheitsfall genau und naturgetreu zu schildern, braucht ein Dichter heutzutage nicht, wie Shakespeare, in der Erkenntnis der Wahrheit seiner Zeit weit voraus zu sein, sondern er hat nur nötig, eine gut geführte Krankengeschichte abzuschreiben, um seinem Zweck gerecht zu werden.“⁴⁵ Willy Hellpach dagegen verspottete die Ansicht, dass der Autor entweder klinisch korrekt oder überhaupt nicht über Wahnsinn zu schreiben habe: „Nun, ich bin wirklich ein Bewunderer des Kraepelin'schen Lehrbuches, aber dass die Dramatiker sich jeweils nach der letzten Auflage richten müssten, das schiene mir doch zu viel verlangt.“⁴⁶ In eine andere Richtung dachte schon 1903 der Psychiater Gustav Wolff. In „Psychiatrie und Dichtkunst“ wollte er dem Dichter sogar die klinische Korrektheit verbieten. Er fand, dass jener das „Psychopathische gar nicht nach der Wirklichkeit“⁴⁷ schildern *dürfe*, um seine künstlerische Vision nicht zu verleugnen.

Hier scheint der alte Streit zwischen Kunst und Wissenschaft, wer als legitimer Erbe der Religion anzusehen sei, noch einmal aufzuflammen.⁴⁸ Wolff betätigte sich in diesem Sinne als Grenzpolizei. Seine Besorgnis um die dichterische Vision, die angeblich von klinischer Korrektheit behindert werde, kann man auch als Platzverweis für den Dichter verstehen, um diesen, ganz im Sinne Griesingers, aus jeglichem professionellen Kompetenzanspruch in Sachen Wahnsinn herauszuhalten und die Psychiatrie als einzige Deutungsmacht zu inthronisieren. William Hirsch schrieb 1903 selbstgewiss: „Die Psychiatrie kann daher durch ein richtiges Urteil die Welt vor vielem Unheil und grossen Verirrungen bewahren.“⁴⁹ Er begründete seine Aussage mit dem Sieg der Naturwissenschaft als Wahrheitsagentur: „Mit dem Aufblühen und Fortschreiten der gesamten Naturwissenschaften während des 19ten Jahrhunderts hat sich auch die bis dahin fast gänzlich vernachlässigte Psychiatrie zu hoher Bedeutung und heilbringendem Nutzen emporgearbeitet.“⁵⁰

Von der Konkurrenz zwischen Psychiatrie und Literatur in Sachen Deutungsmacht über den Wahnsinn und gesellschaftliche Norm führt ein direkter Weg zur Pathologisierung des Genies. Zur Abwertung naturalistischer Wahnsinnsschilderung gegenüber der psychiatrischen schreibt der Wissenschaftshistoriker Michael Hagner: „Wenn ein Mediziner in einer Fallgeschichte sexuelle Aberrationen schil-

⁴⁴ Karl Wilhelm Ideler: Grundriss der Seelenheilkunde, Bd. 1. Berlin 1835, S. 124; vgl. Allen Thier: Revels in Madness. Insanity in Madness and Literature. Ann Arbor 2002, S. 177–182 (Unterkapitel „Ideler and Allegories of Drives and Instincts“).

⁴⁵ William Hirsch: Genie und Entartung. Eine psychologische Studie. Berlin/Leipzig 1894, S. 332.

⁴⁶ Willy Hellpach: Psychopathologisches in moderner Kunst und Literatur. In: Julius Carl Edmund Boedecker/Wilhelm Falkenberg (Hg.): IV. Internationaler Kongress zur Fürsorge für Geistesranke. Berlin, Oktober 1910. Offizieller Bericht. Halle a. d. S. 1910, S. 130–156, hier: S. 147.

⁴⁷ Wolff: Psychiatrie (wie Anm. 27), S. 12; zum Geniekult als Ersatzreligion vgl. auch Zilsel: Geniereligion (wie Anm. 6).

⁴⁸ Nipperdey: Bürgertum (wie Anm. 29), S. 24f.

⁴⁹ Hirsch: Genie (wie Anm. 45), S. 2.

⁵⁰ Ebd., S. 1.

derte, so war er der objektive, nicht beteiligte Chronist; wenn ein Schriftsteller das gleiche in einem Roman tat, so war das Ausdruck seiner eigenen Entartung.⁵¹ Ursula Link-Heer geht in der Interpretation dieser Entwicklung noch einen Schritt weiter und behauptet, dass die positivistischen Ärzte Angst davor gehabt hätten, dass der fiktionale Anteil ihrer eigenen Arbeit zum Vorschein kommen könnte,⁵² da die Erfolge naturwissenschaftlicher Verfahren noch auf sich warten ließen.⁵³

Psychiatrische Deutungsmacht und Volkspädagogik

Der Grundstein zur psychiatrischen Avantgardekritik wurde mit der deutschen Übersetzung des Werkes „Genie und Irrsinn in ihren Beziehungen zum Gesetz, zur Kritik und zur Geschichte“ des italienischen Psychiaters und Kriminalanthropologen Cesare Lombroso gelegt.⁵⁴ Lombroso konzentrierte sich auf die amerikanische (Walt Whitman), französische (Émile Zola) und russische Moderne (Fjodor Michailowitsch Dostojewski). Gleichzeitig positionierte er seine Abhandlung als Gründungstext „wissenschaftlicher“ Psychiatrie in Verbindung mit der ebenfalls neuen Vererbungs- und Degenerationslehre. Das Werk unterstreicht damit die vielfach beobachtete Zeitgleichheit und Bedingtheit von naturwissenschaftlich argumentierender Medizin und künstlerischer Avantgarde.⁵⁵

Man hört bei Lombroso noch das Echo der bürgerlichen Geniebegeisterung, wenn er sich in der Einleitung dafür entschuldigt, dass es die „traurige Aufgabe des Wissenschaftlers“ sei, das „Seziermesser der Analyse“ ausgerechnet beim Genie anzusetzen, auf das „der Mensch in seiner eiteln Nichtigkeit [...] so stolz“ sei.⁵⁶ In Dichterbiografien unterschied Lombroso „gesunde“ und „kranke“ Genies. In den Werken und Physiognomien der Moderne findet er Züge von Atavis-

⁵¹ Hagner: Gehirne (wie Anm. 12), S. 191f.

⁵² Ursula Link-Heer: Über den Anteil der Fiktionalität an der Psychopathologie des 19. Jahrhunderts. In: Zeitschrift für Literaturwissenschaft und Linguistik 13 (1983), S. 280-301.

⁵³ Für diesen Verdacht spricht eine Aussage des Arztes Gustav Wolff, der die neue naturwissenschaftliche Autorisierung der Psychiatrie stark in Zweifel zog: „Auf die Frage: was sind Geisteskrankheiten? antwortet die Psychiatrie: Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten. Und sie ist stolz auf diese Antwort; denn diese Antwort ist es, welche die Gleichstellung mit anderen medizinischen Disziplinen ihr verbürgen soll, deren Grundlagen ja die pathologische Anatomie und Physiologie bilden. Wenn wir aber ehrlich sein wollen, so müssen wir bekennen, dass der Satz: ‚Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten‘ etwas behauptet, was wir auf Grund einer grossen Reihe von Thatsachen mit grosser Sicherheit vermuten, *was wir aber dem einzelnen Falle gegenüber am Sektionstisch selten beweisen können*. Jeder andere Arzt ist meistens nach der Sektion klüger als vorher. Beim Psychiater ist das nicht häufig der Fall.“ Zitat: Wolff: Psychiatrie (wie Anm. 27), S. 10 (Hervorhebung durch die Verfasserin).

⁵⁴ Cesare Lombroso: Genie und Irrsinn in ihren Beziehungen zum Gesetz, zur Kritik und zur Geschichte. Leipzig 1887. Das Buch erschien sehr preiswert in der beliebten Reclam-Universalbibliothek, und es wurden innerhalb kürzester Zeit 100 000 Exemplare verkauft.

⁵⁵ Vgl. z. B. Thiher: Madness (wie Anm. 44), S. 205: „Literary modernity is born at the moment, when medical modernity comes into full-fledged existence.“

⁵⁶ Vgl. Lombroso: Genie (wie Anm. 54).

mus und Degeneration. Als Hauptsymptom genialen Wahnsinns sieht er die Epilepsie, die er damit zum klinischen Bild künstlerischer Inspiration macht.

Lombroso hatte sich hauptsächlich auf „kranke“ Genies der amerikanischen und französischen Moderne konzentriert. Eine Übertragung auf den deutschen Kulturraum besorgte dann Max Nordau. Er setzte in seinem zweibändigen Werk „Entartung“ den kulturkämpferischen Impetus programmatisch vor den ärztlichen: „Die Entarteten sind nicht immer Verbrecher, Prostituierte, Anarchisten und erklärte Wahnsinnige. *Sie sind manchmal Schriftsteller, Künstler.*“⁵⁷

Im Unterschied zu Lombroso, der ungeordnet einzelne „geniale“ Persönlichkeiten der Genie-Wahnsinn-Analytik unterwirft, pathologisiert Nordau ganze Kunstrichtungen. Im ersten Band „Fin de Siècle“ werden die Impressionisten als „Zitterer“, „Flimmerer“, „brüllende[n] Koloristen“ oder „Grau- und Fahlfärber“⁵⁸ zu Hysterikern erklärt, im Kapitel „Mystizismus“ geht es gegen englische Präraffaeliten und französische Symbolisten. Richard Wagner (Paranoia) und gleichermaßen der Wagner-Antagonist Nietzsche werden unter der Überschrift „Die Ich-Sucht“ im zweiten Band angegriffen.⁵⁹ Als Ich-Süchtige (und entsprechend Megalomane) werden auch Ibsen und, ebenso wie bei Lombroso, Zola verworfen, um dann die Philippika, verstanden als „lange und leidvolle Wanderung durch das Krankenhaus“,⁶⁰ mit den „jungdeutschen Nachäffern“ der französischen „Realisten“ (damalige Bezeichnung für Naturalisten), insbesondere Gerhart Hauptmann, zu beschließen.

Obwohl er selbst Gynäkologe war und damit nur begrenzt auf eine psychiatrische Expertise verweisen konnte,⁶¹ forderte Nordau Deutungshoheit für die Psychiatrie und mahnte seine Kollegen:⁶² „Auch die Irrenärzte haben noch nicht ihre Pflicht begriffen. Es ist Zeit, dass sie an die Front treten [, der Psychiater] spreche zu[r] Masse der Gebildeten, die weder Ärzte noch Rechtskundige sind. [...] Er zeige ihnen die Geistesstörungen der entarteten Künstler und Schriftsteller und belehre sie darüber, dass die Modewerke geschriebene und gemalte Delirien sind.“⁶³ Mit dem Untertanengeist seiner Zeitgenossen rechnend glaubte er an die

⁵⁷ Max Nordau: Entartung, Bd. 1. Berlin 1892, S. VII.

⁵⁸ Ebd., S. 44f.

⁵⁹ Max Nordau: Entartung, Bd. 2. Berlin 1893, S. 272–360. Diese „Respektlosigkeit“ hat viel Kritik auf sich gezogen. Beispielhaft hierfür Karl Kraus zu Nordaus Nietzschekritik: „Er [Nordau], der dem Umwerter aller Werte aufs Grab zu speien sich erkühnt hat, ist seit Jahren daran, alle Werte zu entwerten.“; Karl Kraus: Nordau: Laokoon oder Ueber die Grenzen der Schreiberei und Frechheit. In: Die Fackel 2 (1900/01), S. 15–22, hier: S. 15. Zu Kraus' besonderer Nordau-Aversion vgl. auch Christoph Schulte: Psychopathologie des Fin de Siècle. Der Kulturkritiker, Arzt und Zionist Max Nordau. Frankfurt a. M. 1997, S. 324–328.

⁶⁰ Nordau: Entartung, Bd. 2 (wie Anm. 59), S. 469.

⁶¹ Er hat allerdings wie Freud an der Salpetrière studiert und bei Charcot promoviert.

⁶² Am Beispiel Max Nordaus und dessen Kritik an junger Lyrik schreibt ein Glossist: „In ihm ist jener widerliche Typus hochnäsiger Ärzte am schärfsten ausgeprägt, der aus bornierter Gottähnlichkeit heraus nur seine eigene ‚Schneckenmeinung‘ für richtig erklärt. Der Mann [...] kann sich nicht genug tun in frechen Angriffen auf deutsche Dichter, denen er die Schuhriemen zu lösen nicht wert ist.“; Ludwig Jacobowski: Ein paar Hiebe. In: Die Gesellschaft. Münchner Halbmonatsschrift für Kunst und Kultur 14 (1898), S. 286.

⁶³ Nordau: Entartung, Bd. 2 (wie Anm. 59), S. 504.

Durchsetzung seiner Ideen, wenn sie nur von und mit der entsprechenden Autorität geäußert würden: „Das deutsche Volk glaubt an hohe Obrigkeit. [...] Es wird die von mir dargestellten Thatsachen sofort anerkennen und beherzigen, wenn sie ihm von Geheimräten und Professoren bestätigt werden.“⁶⁴

Nordau lebte in Paris und hat wie Lombroso aus Mailand von außen in die deutsche Gesellschaft hineingewirkt. Die Autoren erster einflussreicher deutscher Veröffentlichungen, wie Paul Radestock mit seiner Schrift „Genie und Wahnsinn. Eine psychologische Untersuchung“, hatten schon vor Nordau den Genie-und-Wahnsinn-Diskurs ebenfalls volkspädagogisch genutzt. Abschreckende Beispiele irrsinnig gewordener Genies sollten in diesem Text Eltern dazu anhalten, ihre Kinder von Fantasterei fernzuhalten und zu guten Untertanen zu machen: „Die Entstehung von heftigen Affecten und Leidenschaften sowie das Hingeben an diese soll verhindert, der Ehrgeiz in Schranken gehalten werden. Eitelkeit und Selbstüberschätzung darf die Erziehung nicht aufkommen lassen: schon früh muss dem Kinde *eine gewisse Achtung vor Autoritäten und bestehenden Verhältnissen* eingepflanzt werden.“⁶⁵ An dieser Äußerung wird der funktionale Charakter des Genie-Wahnsinn-Komplexes deutlich. Er sollte eine pädagogische Aufgabe in der Jugenderziehung erfüllen und der Disziplinierung neuer Generationen in bürgerlichem Untertanengeist dienen.

Die sicher imperialste Beanspruchung psychiatrischer Deutungsmacht mittels des Genie-und-Wahnsinn-Themas stammte von dem Publizisten und Psychiater Paul Möbius, der 1901 auf einen inzwischen etablierten Diskurs zurückblicken konnte: „Möge der Psychiater auf Eroberungen ausziehen und sein Reich ausdehnen, soweit es geht“,⁶⁶ schrieb er im Aufsatz „Psychiatrie und Literaturgeschichte“. Im Gegensatz zum heutigen Blick auf Möbius, der von seinem notorisch misogynen Werk „Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes“ geprägt ist,⁶⁷ galt er zeitgenössisch als Erfinder der sogenannten Pathografie und als ausgewiesener Experte des Problemkreises.

Möbius ging es nicht nur um die unangefochtene Expertise der Psychiatrie über das irrsinnige Genie, sondern er benutzte diese Qualifikation zur Beanspruchung von Deutungsmacht über die gesamte Breite menschlichen Lebens: „Will aber der Psychiater diese Aufgabe recht erfüllen, so darf kein Gebiet des geistigen Lebens ihm fremd sein, er muss überall zu Hause sein, um die Bedingungen geistiger Gesundheit zu kennen, wie der Hygieniker die verschiedenen Gewerbe, Fabrikbetriebe u.s.w. kennen muss als die Bedingungen körperlicher Gesundheit. Fasst man die Psychiatrie so auf, so wird *sie aus einer Magd zu einer Herrscherin*. Dann aber wird sie das, was sie ihrer Natur nach sein soll. *Der Psychiater wird ein Rich-*

⁶⁴ Ebd.

⁶⁵ Paul Radestock: Genie und Wahnsinn. Eine psychologische Untersuchung. Breslau 1884, S. 51 (Hervorhebungen durch die Verfasserin).

⁶⁶ Paul J. Möbius: Psychiatrie und Literaturgeschichte. In: ders.: Stachyologie. Weitere vermischte Aufsätze. Leipzig 1901, S. 53–56, hier: S. 55.

⁶⁷ Vgl. Paul J. Möbius: Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Halle a. d. Saale 1900.

ter in allen menschlichen Dingen, ein Lehrer des Juristen und des Theologen, ein Führer des Historikers und des Schriftstellers.“⁶⁸

Vom Bürgertum ermächtigt, die Abwicklung des Genie-Gedankens mittels der neuen Legitimation einer „positiven“ Wissenschaft zu übernehmen, schwangen sich wichtige Vertreter der psychiatrischen Zunft nun zur Leitinstanz auf, um zu *allen* gesellschaftlich relevanten Fragen ex cathedra zu sprechen. Als Spezialisten für Wahnsinn wurden sie auch gleichzeitig zu Wächtern, oder besser zu Produzenten der Norm. In Paul Radestocks Werk „Genie und Wahnsinn“ konnte man 1884 lesen: „Häufig bedürfen wir eben auffallender Abweichungen, um erst auf normale Erscheinungen [...] aufmerksam zu werden.“⁶⁹ Der junge Expressionist Rudolf Kurtz 1913 schreibt angewidert: „Zu den peinlichen Geschäften, die die Gesellschaft mit der Moral abschließt, gehört der Versuch, aus Defekten Normen herzustellen.“⁷⁰

So erfolgreich die „interdiskursive Konfiguration“⁷¹ „Genie und Wahnsinn“ in der Abwehr der literarischen Moderne auch war, traf sie doch auch auf innerpsychiatrischen Widerstand. Der bereits erwähnte und den Sozialdemokraten zugelegte Psychologe und Psychiater Willy Hellpach behielt einen positiven Genie-Begriff bei, den er mit Intuition, Explosion und Suggestion gleichsetzte.⁷² Dabei positionierte sich Hellpach insbesondere gegen Paul Möbius, dessen auf Morel und Lombroso zurückgehenden Entartungsbegriff er für „absurd“ erklärte, da er auch jede typusabweichende Entwicklung zum Neuen diskreditiere, und damit jedweden Fortschritt ausschließe.⁷³ An diese Überlegungen knüpfte er – für seine Zeit und für einen Mann ungewöhnlich – eine fulminante Verteidigung der Frauenbewegung und eine strenge Abweisung von Möbius' These vom „physiologischen Schwachsinn des Weibes“ an.⁷⁴ Für Hellpach war die Parallelisierung von Talent und Entartung ein zu korrigierender Irrweg.

Hellpach machte damit auf eine Paradoxie aufmerksam. Mit der geräuschvollen Pathologisierung des Genialen der Moderne hatte sich die Mehrheit des Bürgertums einer nicht-aristokratischen Selbst-Nobilitierung und Zukunftszugewandtheit (Progressivität) beraubt. Das Besondere, Unvergleichliche und Einmalige

⁶⁸ Ders.: Psychiatrie (wie Anm. 66), S. 54 (Hervorhebungen durch die Verfasserin). Seinerzeit galt die Möbius-Schule als die „tonangebend[e]“ Autorität, zwischen den Normal/Gesunden und den Abnormal/Kranken zu scheiden; vgl. Curt Corrinth: Auf der Trambahn. In: Wolfgang Rothe (Hg.): Deutsche Großstadtyrik vom Naturalismus bis zur Gegenwart. Stuttgart 1973, S. 196f., Zitat: S. 196.

⁶⁹ Radestock: Genie (wie Anm. 65), S. 49. Er bezieht sich an dieser Stelle auf andere Autoren, vgl. dazu: ebd., S. 77, Anm. 119.

⁷⁰ Rudolf Kurtz: Der junge Dichter. In: Pörtner (Hg.): Literatur-Revolution (wie Anm. 16), S. 34–36, hier: S. 34.

⁷¹ Jürgen Link: Literaturanalyse als Interdiskursanalyse. Am Beispiel des Ursprungs literarischer Symbolik in der Kollektivsymbolik. In: Jürgen Fohrmann/Harro Müller (Hg.): Literaturwissenschaft und Diskursanalyse. Frankfurt a. M. 1994, S. 284–307.

⁷² Willy Hellpach: Die Grenzwissenschaften der Psychologie. Leipzig 1902, S. 498.

⁷³ Ebd., S. 499.

⁷⁴ Ebd., S. 500–505.

auch bürgerlicher Akteure konnte sich nicht mehr im künstlerischen Genie spiegeln. Auch eine Erweiterung des Geniebegriffs, der bislang ausschließlich okzidentalen christlichen Männern vorbehalten war, blieb damit ausgeschlossen.⁷⁵ Außer Reichweite war damit auch ein meritokratisches Element, das insbesondere bürgerlichen Außenseitern – wie Frauen, Juden oder Homosexuellen – ermöglicht hätte, gewissermaßen einen Seiteneingang im Anerkennungsgefüge der Jahrhundertwende zu nehmen. In gewisser Weise reflektierte der pathologisierende Genie-Wahnsinn-Komplex eine bürgerliche Selbstentmächtigung, die mit dem oben beschriebenen Handel einherging, politische Partizipation und Freiheit gegen nationale Größe, kapitalistische Entfaltung und Wohlstand einzutauschen.

Der Genius schreibt zurück

Die Avantgarde der Jahrhundertwende war im Unterschied zu dem mehrheitlich kulturkonservativen Bürgertum weniger an Wohlstand interessiert als an „Freiheit“. Oder korrekter gesagt: Die meist recht jungen Protagonisten der Avantgarden stammten durchaus aus wohlhabenden bürgerlichen Familien, hatten sich aber zugunsten eines „freieren“ Bohème-Lebens von der autoritären, materialistischen und/oder national gesinnten Vatergeneration abgewandt. Für einige bedeutete das neben der dichterischen Freiheit auch im buchstäblichen Sinne die politische Freiheit – von den Expressionisten zeigten der Verleger der Zeitschrift „Die Aktion“ Franz Pfemfert, Franz Werfel, Kurt Hiller, Ludwig Rubiner, Yvan Goll Sympathien mit den Sozialisten – andere betonten als Freiheitsideal eher, unangefindet unkonventionelle Lebens- und Schreibstile zu entwickeln – das traf zum Beispiel auf Carl Einstein, Georg Heym, Gottfried Benn und Ernst Blass zu. Alle jedenfalls brauchten und suchten den Glanz des Genialen als Vehikel zur Selbstermächtigung. Es war aber gleichzeitig nicht zu übersehen, dass der Lärm und die Diskursmacht des ubiquitären Genie-und-Wahnsinn-Diskurses diskriminierende Effekte zeitigte, die es zu kontern galt.

Der amerikanische Theaterwissenschaftler Jorge Esteban Muñoz hat Strategien untersucht, wie Künstler (in seinem Beispiel Performance-Künstler aus sexuellen und „rassischen“ Minoritäten) diskriminierende Anrufungen⁷⁶ „überspielen“.⁷⁷ Denn man kann auf diskriminierende Zumutungen unterschiedlich reagieren. Man kann entweder das Gegenteil der Zumutung behaupten, also eine Strategie

⁷⁵ Köhne: Geniekult (wie Anm. 5), S. 164–171.

⁷⁶ Der Begriff der „Anrufung“ (an anderen Stellen häufig auch „Interpellation“ genannt) bezieht sich auf Louis Althusser, welcher Adressierung von Machtagenturen (Polizei, herrschende Institutionen) an den individuellen Bürger und deren gehorsame „Antwort“ als Alltagspraxis der Unterwerfung (Subjektivierung) beschreibt. Vgl. Louis Althusser: Ideologie und ideologische Staatsapparate. Hamburg 2010, S. 37–102 (Kapitel „Die Ideologie ruft Individuen als Subjekte an“).

⁷⁷ José Esteban Muñoz: Disidentifications. Queers of Color and the Performance of Politics. Minneapolis 1999.

der Counteridentifikation⁷⁸ verfolgen, oder man kann sich mit der Zumutung überidentifizieren, das heißt im Sinne von Muñoz disidentifizieren⁷⁹ und damit die Zumutung als solche herausstellen und gegebenenfalls parodieren.

Der ersten Strategie bediente sich in der Frühzeit des Genie-und-Wahnsinn-Konfliktes der Philosoph Wilhelm Dilthey. Gegen Lombroso schrieb er: „Das Genie ist keine pathologische Erscheinung, sondern der gesunde vollkommene Mensch.“⁸⁰ Als Befürworter einer klaren Trennung von Geistes- und Naturwissenschaften musste Dilthey sich nicht mit der szientifischen Logik von Mess- und Zählbarkeit von psychischer Abweichung beschäftigen, sondern konnte das Genie als positives Element seiner eigenen geistigen Sphäre beanspruchen. Ebenfalls auf der Achse „gesund/krank“ polemisiert Ernst Jolowicz im Essay „Expressionismus und Psychiatrie“ gegen die Pathologisierung der Moderne. Er kam den „wissenschaftlichen“ Argumenten von „Normalität und Abweichung“ mehr entgegen, schrieb aber der genialen Inspiration eine heilende Funktion zu. Die tendenziell gefährlichen genialen Ideen verlören „den krankmachenden Charakter, sobald sie sich in künstlerisch schaffende Tat umsetzen“.⁸¹

Den entgegengesetzten Weg – den der Disidentifikation mit der Zumutung – beschritten im Unterschied zu den Kulturphilosophen und Literaturkritikern eher die Dichter selbst. Im Anschluss an eine Lombroso-Lektüre drehte Hugo Ball das Urteil „das Genie ist irre“ um in die Aussage „der Irre ist ein Genie“.⁸² Vom schöpferischen Irrsinn spricht auch Wieland Herzfelde in seinem ironischen Pamphlet zur „Ethik des Geisteskranken“: „Der Geisteskranke ist künstlerisch begabt.“⁸³ Und einen seiner Protagonisten ließ Alfred Lichtenstein in „Der Selbstmord des Zöglings Müller“ sagen: „Die genialsten Menschen aller Zeiten sind gewiß in Tollhäusern und Gefängnissen geborsten. Wer von tausend Alltagsleuten verstanden wird, geliebt wird [...] gilt mir nicht.“⁸⁴ Man könnte hier auch davon sprechen, dass auf das „Irre“ referiert wird, um Anspruch auf den Titel „Genie“ machen zu können. Die Medizinanthropologin Anna Lavis spricht im Zusammenhang mit literarischen Wahnsinnsaffirmationen im französischen Symbolismus von einer „Muse Malade“ oder noch deutlicher von einer „fabricated Madness“.⁸⁵

⁷⁸ Ebd., S. 14.

⁷⁹ Ebd., S. 1–36.

⁸⁰ Wilhelm Dilthey: Dichterische Einbildungskraft und Wahnsinn. Rede, gehalten zur Feier des Stiftungstages der militärärztlichen Bildungsanstalten am 2. August 1886. Berlin 1886; vgl. zur Auseinandersetzung von Dilthey mit Lombroso: Lange: Wahnsinn (wie Anm. 10), S. 25–38.

⁸¹ Ernst Jolowicz: Expressionismus und Psychiatrie. In: Das Kunstblatt 4 (1920), S. 273–276, hier: S. 276.

⁸² Hugo Ball: Flucht aus der Zeit. Zürich 1992, S. 110.

⁸³ Wieland Herzfelde: Die Ethik des Geisteskranken (1914). In: Thomas Anz/Michael Stark (Hg.): Expressionismus. Manifeste und Dokumente zur deutschen Literatur 1910–1920. Stuttgart 1982, S. 183–186, hier: S. 183.

⁸⁴ Alfred Lichtenstein: Der Selbstmord des Zöglings Müller. In: Pörtner (Hg.): Literatur-Revolution (wie Anm. 16), S. 38f., hier: S. 38.

⁸⁵ Anna Lavis: „La Muse Malade“, „The Fools Perception“ & „Il Furor dell’Arte“. An Examination of the Socio-Cultural Construction of Genius through Madness. In: Anthropology and Medicine 12 (2005), S. 151–162.

Auf eine paradoxe Art und Weise erobert sich das pathologisierte Genie mit den Strategien der Counter- und Disidentifikation die Deutungsmacht über die Künstlernatur wieder zurück. Es nimmt die Pathologisierungsanrufung an, schlüpft in den Mantel „des Irren“ und trägt das „Irresein“ als Kostüm. Mehr noch: Einige machen den Wahnsinn zu einem schöpferischen Prinzip, oder wie zu Eingang beschrieben wurde, zu einer alternativen Epistemologie. Franz Werfel schrieb 1913 im Nachwort zu seinem Gedichtband „Wir sind“: „Die Katastrophen und Erschütterungen, durch die im normalen Menschen der göttliche, unfaßbare Willen handelt und die diesem gar nicht zum Bewußtsein kommen, im Dichter bestehen sie rund, für sich, als *kontrollierbarer Wahnsinn*, als jenes entformteste und daher wahrhaftigste Außersichsein, um dessentwillen der gnadenlose Philosoph die Dichter aus seinem Reiche vertreibt.“⁸⁶ Werfel deutet Wahnsinn zu einer besonderen Form von robuster Sensibilität um, zu einem epistemologischen Privileg und zu einer beherrschbaren Produktivitätsquelle.

Eine der größten Provokationen, die von der expressionistischen Disidentifikation ausgeht, ist, dass sie den „Wahrheitsbegriff“ herausfordert, der als Siegel „wissenschaftlichen“ Weltverständnisses gilt. Einer der delirantesten (und unbekanntesten) expressionistischen Dichter, Paul Adler, schreibt im Roman „Nämlich“: „Ich kann also den Satz, daß Recht Macht ist, auch als einfachen analytischen Identitätssatz dartun [...]. Ich füge hinzu, daß nur Trunkene, Unverantwortliche und Wahnsinnige unter meinem Einfluß die Wahrheit reden können.“⁸⁷ An dieser „irren“ Beanspruchung von Wahrheit lässt sich das Auseinanderfallen von bürgerlich-kulturkonservativer Selbstwahrnehmung und avantgardistischer Alternativ-Epistemologie am deutlichsten zeigen. Wie Foucault immer wieder demonstriert hat, ist die Zusammenfügung von „positivem“ Wissen und Wahrheitsanspruch das entscheidende Scharnier für die machtgestützte „Ordnung der Dinge“ in der Moderne. „Wissen“ wird über die Legitimation durch „Wahrheit“ sakrosankt. Oder um auf einen anderen bekannten Gedanken von Foucault zurückzukommen: Der Dialog der Vernunft mit dem Wahnsinn ist im 19. Jahrhundert durch den psychiatrischen Monolog der Vernunft über den Wahnsinn ersetzt worden.⁸⁸

Wie alle neuen Diskursformationen setzt sich der psychiatrisch-bürgerliche Wissensdiskurs mittels konstitutiver Ausschlüsse durch. Die Abspaltung des „Dichterwahnsinns“ (Maler, Musiker) produziert eine kollektive Normalitätsfiktion des kulturkonservativen Bildungsbürgertums als legitimem Staats- und Kulturträger. Vonseiten der Avantgarde begegnet man dieser Konstellation mit epistemischem Ungehorsam.⁸⁹ Wahnsinn wird als Waffe gegen eine „falsche“ Vernunft ergriffen und soll den Deutungs- und Wahrheitsanspruch der Pathologisierer untergraben.

⁸⁶ Franz Werfel: *Wir sind*. Neue Gedichte. Leipzig 1914, S. 123f. (Hervorhebung durch die Verfasserin).

⁸⁷ Paul Adler: *Nämlich*. Dresden 1915, S. 27.

⁸⁸ Michel Foucault: *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt a. M. 1961, S. 8.

⁸⁹ Das Begriffskompositum „epistemischer Ungehorsam“ stammt aus der dekolonialen Theorie; vgl. Walter Mignolo: *Epistemic Disobedience, Independent Thought and De-Colonial Freedom*.

Die Gleichzeitigkeit dieser Phänomene hat nicht nur zu einer Verdichtung des Feldes geführt, sondern hat auch Wechselwirkungen,⁹⁰ Rückkoppelungen und Entgrenzungen zur Folge gehabt. Das (Schlacht-)Feld um den klinisch weichen Begriff „Wahnsinn“ wurde im Sinne Ernesto Laclaus zu einem „leeren Signifikanten“,⁹¹ in dem sich gegensätzliche Thesen/Inhalte formierten, um Spannungen der Epoche zu symbolisieren. Was die Akteure betrifft, lassen sich dabei keine klaren Grenzen ziehen. Wie gezeigt, gab es im psychiatrischen Feld „Diskursflüchtlinge“, die sich dem herrschenden Denken entzogen wie Nonkonformist und Psychiater Willy Hellpach oder der dem Expressionismus nahestehende Psychiater und Sexualforscher Arthur Kronfeld. Und, wie bereits erwähnt, gibt es keine klare Trennlinie zwischen Bürgertum und Avantgarde. Wie Thomas Nipperdey zu Recht anmerkt, lebt die „Kunst, die aus der Bürgerwelt auswandert oder sie angreift, vom bürgerlichen Publikum“,⁹² was allerdings nicht heißen muss, dass es ihr nicht um die Abschaffung der Angegriffenen gehen konnte, wie sie der sozialistische Flügel betrieb.

Ein weiterer Faktor, der quer zur Linie Bürgertum versus Avantgarde gelesen werden muss, besteht darin, dass mehr als die Hälfte der Autoren der expressionistischen Avantgarde – getauft oder ungetauft – jüdische Wurzeln hatten⁹³ und im Kaiserreich verschiedenen Wellen des sogenannten „modernen“ wissenschaftlich und politisch antikapitalistisch argumentierenden Antisemitismus ausgesetzt waren.⁹⁴ Gerade die jüdischen Dichter stammten oft aus reichen Industriellen-, Bankiers- oder Handelsfamilien. Hans Dieter Hellige hat herausgearbeitet, dass die Vorwürfe, ihre Väter seien „volksfeindliche Spekulanten“, häufig zu einem ödipal geprägten romantischen Antikapitalismus geführt hätten.⁹⁵ Die herrschende Degenerationstheorie unterstellte den Juden zudem eine besondere Neigung zu Nervosität und Wahnsinn, weil sie aus kulturellen Gründen stärker mit „Inzucht“ belastet seien als andere Deutsche.⁹⁶ Die hier aufgeführten Elemente von

In: *Theory Culture & Society* 26 (2009), S. 1–23. Mignolo erhebt hier den Anspruch, dass man dem okzidentalen Wahrheits- und Überlegenheitsanspruch nicht mit den Epistemologien der Eroberer begegnen kann (Gleichzeitigkeit und Bedingtheit von Aufklärung, moderner Sklaverei und Kolonialismus), sondern auf indigene Kosmologien zurückgreifen müsse. In gewisser Weise kann man sagen, dass der Bezug auf den anti-rationalen Wahnsinn als künstlerische Geste, ein Rückgriff auf eine andere Kosmologie und damit ein Akt des epistemischen Ungehorsams ist.

⁹⁰ Person: Blick (wie Anm. 9), S. 13.

⁹¹ Vgl. Ernesto Laclau: *Emancipation(s)*. London 1996, S. 36–46 (Kapitel „Why do Empty Signifiers Matter to Politics“).

⁹² Nipperdey: *Bürgertum* (wie Anm. 29), S. 72.

⁹³ Gunter E. Grimm: *Im Zeichen Hiobs*. Jüdische Schriftsteller und deutsche Literatur im 20. Jahrhundert. Königstein/Taunus 1985, S. 8.

⁹⁴ Helmut Berding: *Moderner Antisemitismus in Deutschland*. Frankfurt a. M. 1988.

⁹⁵ Hans Dieter Hellige: *Generationskonflikt, Selbsthaß und die Entstehung antikapitalistischer Positionen im Judentum. Der Einfluß des Antisemitismus auf das Sozialverhalten jüdischer Kaufmanns- und Unternehmersöhne im Deutschen Kaiserreich und in der K.u.K.-Monarchie*. In: *GG* 5 (1979) 4, S. 476–518.

⁹⁶ Sander L. Gilman: *Jews and Mental Illness. Medical Metaphors, Anti-Semitism, and the Jewish Response*. In: *Journal of History and Behavioral Sciences* 20 (1984), S. 150–159.

Außenseitertum haben gewiss dazu beigetragen, die Diskriminierungswaffe „Wahnsinn“ zu ergreifen und sie für eigene Zwecke und zur Selbstfeier zu resignifizieren.

Die Diskursexplosion zum Genie-Wahnsinn-Komplex zur Zeit der Jahrhundertwende war damit ein Effekt des Zusammenstoßes mehrerer sozialer, wissenschaftlicher und künstlerischer Bewegungen: der Eignung des Wahnsinn-Diskurses, die Grenze zwischen naturwissenschaftlicher und poetischer Erkenntnis scharf zu ziehen; der Aversion des Gros des wilhelminischen Bürgertums gegen zeitgenössische künstlerische Avantgarden zum Jahrhundertende; der weitgehenden Ablehnung der künstlerischen Moderne von Szientismus und Positivismus⁹⁷ und der Provokationslust der avantgardistischen Akteure, die sich in einem Schwellenraum des Verrückt-Spielens austobten.⁹⁸

Die sich akademisch neu positionierende szientifische Psychiatrie arbeitete dabei das Genie-Wahnsinn-Thema populärwissenschaftlich zu einer Plattform um, von der sich ein gesamtgesellschaftlicher Deutungsanspruch ableiten ließ. So entstand paradoxerweise mit der methodischen (naturwissenschaftlichen) *Begrenzung* der Disziplin eine gesellschaftspolitische *Entgrenzung*. Wie die Figuration des Genies selbst, die in kulturwissenschaftlicher Argumentation als Religionersatz betrachtet wird, ersetzte die neue Normierungstechnologie ebenfalls vormals religiös begründete Verhaltensregelwerke.

Abstract

The article deals with the specific interplay between academic psychiatry, culturally conservative bourgeoisie, and avant-gardist literature at the turn of the century in Germany. It was at this time that a discursive explosion on the subject of 'genius and insanity' took place, a development which resulted in a call-and-response pattern among its participants. A large number of popular scientific treatises on the subject were published by the representatives of the psychiatric field, while avant-gardist artists such as the expressionists and dadaists affirmed madness as subject, role and literary strategy. The popularity of the subject is presented as an effect of the interaction of several political, social, scientific, and artistic movements: the 'suitability' of the discourse on insanity to draw a distinct line between scientific and poetic perception; the aversion of Wilhelminian bourgeoisie against the contemporary artistic avant-garde at the turn of the century; the wide-

⁹⁷ Walter Müller-Seidel: Wissenschaftskritik und literarische Moderne. Zur Problemlage im frühen Expressionismus. In: Thomas Anz/Michael Stark (Hg.): Die Modernität des Expressionismus. Stuttgart/Weimar 1994, S. 21–43. Diese Ablehnung teilte sie allerdings auch mit kulturpessimistischen Konservativen wie Langbehn und Lagarde; vgl. Fritz Stern: Kulturpessimismus als politische Gefahr. Eine Analyse nationaler Ideologien in Deutschland. München 1961.

⁹⁸ Der Literaturwissenschaftler Wolfgang Lange titelt seine Studie zu „Innenansichten ästhetischer Moderne“ dementsprechend mit „Der kalkulierte Wahnsinn“, vgl. Lange: Wahnsinn (wie Anm. 10).

ly negative response of the representatives of artistic modernity to scientivism and positivism; as well as the avant-garde's delight in causing provocation, which manifested itself in borderline behavior. The emerging discipline of "scientific" psychiatry being in the process of academic institutionalization, re-interpreted the theme of genius and insanity providing psychiatry with a master-discourse. Avant-gardist artist, on the other side, staged a kind of 'epistemic disobedience' in order to deconstruct the new scientific world view.

Rainer Herrn

Gutachterliche Aushandlungen des Transvestitismus zwischen Psychiatrie und Sexualwissenschaft¹

Während eines Dinners mit seinem Freund Paul Klemmt im luxuriösen Berliner Hotel Adlon am 7. September 1910 fasste Franz Eichbaum² bei einer Flasche Sekt den Entschluss, „sich als Hofdame zu verkleiden“.³ Dazu borgte er sich von seiner wohlsituierten Mutter und seiner Schwester Kleider unter dem Vorwand, sie für ein Theaterstück zu brauchen. Am nächsten Tag fuhren beide zum Hotel Esplanade und ließen sich – Eichbaum bereits in Damenrobe – mit einer Equipage (gezogen von zwei Rappen) nach Potsdam bringen,⁴ erst zum Landgericht (in dem sein verstorbener Vater als Kanzleirat gearbeitet hatte), dann zum Marmorpalais. Dort „passierte[n] [sie] anstandslos den Posten“. Dem Personal gegenüber gab Eichbaum sich als Hofdame der Kaiserin, Manuela Gräfin von Arnim aus, ein erfundener Name, auf den er sich drei Tage zuvor Visitenkarten hatte drucken lassen.⁵ Seine Absicht, die vornehme Herberge zu besichtigen, wurde verwehrt, da die kronprinzlichen Herrschaften anwesend waren. Und weil die Hofdame dem Aufsicht habenden Schutzmann suspekt vorkam, erteilte er einem Polizeibeamten in Zivil den Auftrag, die Equipage mit dem Fahrrad zu verfolgen.⁶ Inzwischen war Eichbaum mit seinem Freund zur Potsdamer Konditorei Weiss gefahren, von

¹ Dieser Beitrag entstand im Rahmen des DFG-Forschungsprojektes „Kulturen des Wahnsinns“.

² Weil die Klarnamen der Delinquenten in nahezu allen Presseberichten wie in späteren Fall-sammlungen genannt wurden, wird auf eine Anonymisierung verzichtet. Welchem Geschlecht sich Franz Eichbaum letztlich zurechnete, geht aus den Quellen nicht eindeutig hervor. In diesem Beitrag wird er in der maskulinen Form angesprochen.

³ Historisches Psychiatricarchiv der Charité (HPAC), M/1008, 1910, Gutachten, S. 3.

⁴ In den verschiedenen Quellen gibt es abweichende Angaben zu Einzelheiten. So soll das Duo nach Hugo Friedländer mit dem Auto nach Potsdam gefahren sein und erst vom Café Weiss zum Marmorpalais mit der Equipage. Hugo Friedländer: Die falsche Hofdame und der falsche Kammerherr. In: ders.: Interessante Kriminalprozesse von kulturhistorischer Bedeutung. Darstellung merkwürdiger Strafrechtsfälle aus Gegenwart und Jüngstvergangenheit. Berlin 1912, S. 247–276, hier: S. 260.

⁵ Auf den Widerspruch, dass ihm die Idee zu dem Coup erst am Vortag gekommen sei, er aber schon drei Tage zuvor Visitenkarten drucken ließ, wurde im Verfahren nicht eingegangen.

⁶ In den Verhandlungen soll Eichbaum zu Protokoll gegeben haben: Ich habe „bemerkt, daß mir vom Marmorpalais aus ein Radfahrer, in dem ich einen Kriminalbeamten vermutete, gefolgt war. Durch einen Zettel verständigte ich meinen Freund im Café Weiss von dieser Entdeckung.“; Berliner Lokal-Anzeiger, Nr. 317, 21. 06. 1911, Abendausgabe, 3. Beilage; vgl. auch Friedländer: Hofdame (wie Anm. 4), S. 260. Weiter heißt es: „Ich sah deshalb, daß mein Spiel wohl bald zu Ende

wo aus Klemmt – nachdem sie aus dem damals dünnen Telefonbuch eine geeignete Adresse herausgesucht hatten – im Namen des kaiserlichen Hofmarschallamtes den Juwelier Baertges anrief⁷ und den Besuch der Hofdame Gräfin von Arnim ankündigte. Die solle sich im Auftrag der Kaiserin als Geburtstagsgeschenk für die „Princessin Victoria Luise“, „Ringe, Brillantbroschen, Ohrringe, Damenuhrketten und Armbänder“ „zur Auswahl vorlegen lassen“ – und zur Ansicht mitnehmen. Als der Juwelier den Schmuck „im Gesamtbetrage von 1470 Mark“⁸ zur Kutsche bringen ließ, betrat der auf dem Rad gefolgte Polizeibeamte die Szene und bat die Hofdame zwecks Legitimation in den Laden zurück. Da ihm die Visitenkarte nicht genügte, wurde ‚sie‘ zur „sofortigen Vernehmung“ auf die Wache gebracht und als Franz Eichbaum decouvriert. Trotzdem wurde Eichbaum ins Frauengefängnis überführt – was die Presse süffisant als „Malheur“ kolportierte –, aber nach kurzer Zeit entlassen.

Die Anklageschrift der Staatsanwaltschaft bei dem Königlichen Landgericht Potsdam vom 1. Oktober 1910 besagt: Franz Eichbaum habe „durch zwei selbstständige Handlungen [...] in der Absicht sich einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, das Vermögen eines anderen [...] geschädigt [...], [indem] er durch Vorspiegelung falscher Tatsachen einen Irrtum erregte [...] [und] als Dame verkleidet, sich dem Juwelier Bärtges gegenüber als Hofdame der Kaiserin ausgab [...]. [Außerdem habe er] unbefugt ein Adelsprädikat, nämlich das einer Gräfin von Arnim, angenommen.“⁹

Der Auftritt Eichbaums in Frauenkleidern wurde hier als „Vorspiegelung falscher Tatsachen“ interpretiert, also als eine aus betrügerischer Absicht motivierte Zweckhandlung. Die Annahme des Adelsprädikats war im Prozess unwichtig, da laut Urteilsbegründung „die einmalige Vorstellung als Gräfin Arnim nicht als Anmaßung des Adelsprädikats zu betrachten ist“.¹⁰ Der betrügerische Vorsatz wurde neben dem Ausschluss der freien Willensbestimmung zur alles entscheidenden Frage in den beiden Strafprozessen.

In einem an seinen Schwager Max adressierten Brief teilte Franz Eichbaum ihm mit, „dass morgen (Sonntag früh) im Berliner Tageblatt ein großer Artikel erscheinen wird, der die ganze Sache als Scherz u. Ausgleich einer Wette hinstellen wird. Der Lichterfelder Lokalanzeiger bringt dieselbe Sache für Montag.“¹¹ Eichbaum versuchte schon am Tag nach dem Vorfall, über die Presseberichterstattung Einfluss auf das bevorstehende Verfahren zu nehmen, indem er eine Version lancierte, die ein möglichst geringes Strafmaß versprach. Nicht nur in den genannten Blät-

ter“; ebd., S. 270. Insofern ließ es Eichbaum darauf ankommen, entdeckt zu werden, was eher als Indiz dafür gewertet wurde, dass er nicht beabsichtigte, den Schmuck zu behalten.

⁷ Während der Revisionsverhandlung gab er zu Protokoll: „Wir suchten das Juweliergeschäft Baertges deshalb gerade heraus, weil es das einzige Geschäft mit Telephonanschluß war.“; vgl. Friedländer: Hofdame (wie Anm. 4), S. 270. Die Behauptung wurde vor Gericht widerlegt.

⁸ HPAC, M/1008, 1910, Gutachten, S. 4.

⁹ HPAC, M/1008, 1910, Abschrift der Anklageschrift.

¹⁰ Friedländer: Hofdame (wie Anm. 4), S. 269.

¹¹ HPAC, M/1008, 1910, Abschrift der Anklageschrift.

tern wurde kolportiert: „Er stellt die Geschichte als harmlosen Scherz hin und erwartet höchstens eine Bestrafung wegen groben Unfuges.“¹² Entsprechend sagte Eichbaum auch vor Gericht aus: „Irgend eine betrügerische Absicht hat mir fern gelegen, doch muß ich zugeben, mich dadurch strafbar gemacht zu haben, daß ich mir ein Adelsprädikat beigelegt und durch Anlegen von Frauenkleidern die öffentliche Ordnung gestört habe.“¹³ De facto allerdings hatte er die öffentliche Ordnung gar nicht gestört, denn er war den Polizeibeamten nicht als Mann in Frauenkleidern aufgefallen, sodass er aufgrund des in solchen Fällen angewandten Paragrafen gar nicht verurteilt werden konnte.

Franz Eichbaum wandte sich – auch das gehörte zu seiner Strategie – an Magnus Hirschfeld als Experten, der seit seinem Auftritt im Skandalprozess um die Homosexualität von Philipp zu Eulenburg-Hertefeld und Graf Kuno von Moltke – im sogenannten Eulenburg-Harden-Prozess zwischen 1907 und 1909 – zum prominenten, aber umstrittenen Gutachter für Sexualdelinquenten geworden war.¹⁴ Hirschfeld war es mehrfach gelungen, über den § 51 RStGB die Einschränkung der freien Willensbestimmung während der Tat ins Feld zu führen, um damit Straffreiheit oder ein geringes Strafmaß zu erwirken. Außerdem trat er in Prozessen auf, in denen es – wie hier – um das Tragen andersgeschlechtlicher Kleidung in der Öffentlichkeit ging. Auch in der Anklageschrift gegen Eichbaum werden einige Vorstrafen wegen Diebstahl und Betrug im Zusammenhang mit Episoden des Crossdressing – wie ich es hier zunächst bezeichnen möchte – aufgeführt, die ihn als Wiederholungstäter erscheinen ließen und forensisch relevant waren. Wie übereinstimmend berichtet wurde, empfahl Hirschfeld dem Angeklagten Eichbaum, bei der Charité-Psychiatrie eine weitere Expertise einzuholen. So wurde er am 6. Oktober 1910 – wie es offiziell hieß – „auf Ersuchen der Strafammer des kgl. Landesgerichts Potsdam“ in die Psychiatrische und Nervenklinik der Charité Theodor Ziehens aufgenommen. Zweck war die Erstellung eines Gutachtens zur Frage, ob Eichbaum im Sinne von § 51 RStGB „bei Begehung der ihm zur Last gelegten Straftaten sich in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war“.¹⁵ Dort blieb er bis zu seiner Entlassung am 19. November 1910.

Auf Basis der im Historischen Psychiatriearchiv der Charité überlieferten Krankenakte, die Informationen für das Gutachten ebenso enthält wie Briefe, ärztliche Atteste und Referentenberichte, das Krankenjournal und Abschriften der Strafakte einschließlich der Zeugenaussagen und Anklageschriften, sowie auf

¹² Groß-Lichterfelder Lokalanzeiger, Nr. 212, 10. 9. 1910; ähnlich: Berliner Tageblatt, Nr. 458, 9. 9. 1910, 1. Beiblatt; Nationalzeitung, Nr. 208, 10. 9. 1910.

¹³ HPAC, M/1008, 1910, Abschrift Strafakte.

¹⁴ Norman Domeier: Der Eulenburg-Skandal. Eine politische Kulturgeschichte des Kaiserreichs. Frankfurt a. M. 2010. Den Zusammenhang zwischen den beiden Fällen in Bezug auf Hirschfelds Rolle stellte schon der zeitgenössische Gerichtsreporter Hugo Friedländer her: Friedländer: Hofdame (wie Anm. 4), S. 247f.

¹⁵ HPAC, M/1008, 1910, Gutachten, S. 1.

der Basis von Zeitungsberichten,¹⁶ lässt sich das Ineinandergreifen der in den Fall involvierten Akteure analysieren: Medizin, Polizei, Justiz. Dabei geht es um ihren jeweiligen Beitrag zum ordnungsstaatlichen Umgang mit der Gruppe der Crossdresser gegen Ende der Kaiserzeit. Zudem soll auf die nach 1900 im Zuge der Auffächerungen medizinischer Subdisziplinen beginnende Lösung der Sexualwissenschaft von der psychiatrischen Sexualpathologie anhand der Positionen von je einem Repräsentanten dieser Entwicklung eingegangen werden: Theodor Ziehen und Magnus Hirschfeld.¹⁷ Die Standpunkte beider spielten nicht nur in den Gutachten für die anschließenden Gerichtsprozesse eine Rolle, sondern erlauben es aufgrund eines ungewöhnlichen Fundes, einen Wissenstransfer zwischen Sexualwissenschaft und Psychiatrie näher zu beschreiben.

Geschlechterdiversität in Psychiatrie und Sexualwissenschaft

Die psychiatrisch geprägte Sexualpathologie wurde von Karl Westphal 1870, ein Jahr nach dessen Berufung als Professor für Neurologie und Psychiatrie an die Berliner Charité, begründet, als er sein Konzept der „conträren Sexualempfindung“¹⁸ im zweiten Jahrgang des von Wilhelm Griesinger begründeten „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ veröffentlichte. Die darin vorgestellten zwei Fallgeschichten betrafen zum einen eine Frau, die von sich sagte: „Ich fühle mich überhaupt als Mann und möchte gern ein Mann sein.“¹⁹ Zum anderen ging es um einen „auf einem hiesigen [Berliner] Bahnhof unter verdächtigen Umständen“ verhafteten „Mann in Frauenkleidern“.²⁰ Letzterer Fall ist zugleich ein früher Beleg für die Kooperation zwischen Polizei und Psychiatrie im Falle der Verletzung der öffentlichen Geschlechterordnung. Westphal kam zu dem Schluss, dass es „bei der geschilderten Neigung zum Anlegen von Frauenkleidern wirklich um ein Symptom eines pathologischen Zustandes“²¹ gehe, der eine Stufe der ange-

¹⁶ Für die Zeitungsrecherche sowie die Anfertigung eines Volltranskripts der Krankenakte danke ich Marie Schlotter. Eine Auswertung der Presseberichterstattung über den Fall findet sich in: Rainer Herrn: Die falsche Hofdame. Transvestitismus in Psychiatrie und Sexualwissenschaft oder die Regulierung der öffentlichen Kleiderordnung. In: *Medizinhistorisches Journal* 49 (2014), S. 199–236.

¹⁷ Biografische Angaben zu Ziehen finden sich bei: Uwe Jens Gerhard/Bernhard Blanz: Theodor Ziehen, M.D., Ph.D., 1862–1950. In: *American Journal of Psychiatry* 161 (2004), S. 1369; biografische Angaben zu Hirschfeld finden sich bei: Manfred Herzer: Magnus Hirschfeld. Leben und Werk eines jüdischen, schwulen und sozialistischen Sexologen. Hamburg 2001; Ralf Dose: Magnus Hirschfeld. Deutscher – Jude – Weltbürger. Berlin 2005; Rainer Herrn: Magnus Hirschfeld. In: Volkmar Sigusch/Günter Grau (Hg.): *Personenlexikon der Sexualforschung*. Frankfurt a. M. 2009, S. 284–294; Ulrich Herberhold: Theodor Ziehen. Ein Psychiater der Jahrhundertwende und sein Beitrag zur Kinderpsychiatrie. Diss. Freiburg i. Br. 1978.

¹⁸ Carl Westphal: Die conträre Sexualempfindung. In: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 2 (1870), S. 73–108, hier: S. 92, S. 97, S. 104f.

¹⁹ Ebd., S. 80.

²⁰ Ebd., S. 82.

²¹ Ebd., S. 91.

borenen conträren Sexualempfindung sei. In der sexualpathologischen Denkrichtung des letzten Drittels des 19. Jahrhunderts fand eine Koppelung von Geschlechtskleiderwechsel und gleichgeschlechtlichem Begehren zu einem Gesamtphänomen statt, eben jener „conträren Sexualempfindung“. Diese neue Diagnose²² umgriff als Sammelbezeichnung alle von den Geschlechternormen abweichenden Gefühls- und Verhaltensweisen bei Frauen und Männern. Damit war die Zuständigkeit der Psychiatrie nicht nur für sexuelles, sondern auch für nonkonformes Verhalten geklärt. Ziel war es, so die öffentliche Ordnung aufrechtzuerhalten. Diese Entwicklung beschrieb Erving Goffman als Psychiatrisierung von Verstößen gegen soziale Ordnungen.²³

Kriminalistisch wurden Crossdresser unter der Rubrik „Hochstapler, Schwindler und Bauernfänger“ geführt, der Westphal jenen „Mann in Frauenkleidern“ zurechnete und der auch Franz Eichbaum in der Anklageschrift und in zahlreichen Presseberichten zugerechnet wurde, so unter der Überschrift „Ein Hochstapler als ‚Hofdame‘“²⁴ oder „Die falsche Hofdame. Ein Juwelenschwindler in Frauenkleidern“.²⁵ Crossdressern unterstellte man unlautere Motive und kriminelle Absichten, zu deren Camouflage sie sich verkleideten. Im Reichsstrafgesetzbuch gab es keinen Paragraphen, der das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts unter Strafe stellte; entsprechende Personen wurden nur dann belangt, wenn sie öffentlich in der ihrem biologischen Geschlecht nicht gemäßen Kleidung auffielen – wir würden heute sagen, wenn sie nicht ‚passten‘. Solche Fälle waren nicht selten, man denke nur an die Einführung der Frauenhosen zu Jahrhundertbeginn. Dabei kam der „Unfugparagraf“ (§ 360/11 RStGB) zur Anwendung.²⁶

²² Dieser Befund wurde in den Krankenakten der Charité selten vermerkt, und wenn, ordnete man ihn meist anderen Hauptdiagnosen zu, so beispielsweise bei HPAC, M/3137, 1891. Bei diesem Mann konstatierte Hermann Oppenheim „contraire Sexual. Empfindung seit Jugend“, der Patient „gesteht aber zu, durch unwiderstehlichen Drang bewogen zu werden, weibliche Kleidung zu tragen, Männer anzulocken, aber er will sich nicht haben päderastisch gebrauchen lassen“. Auf dem Aktendeckel wurde, obwohl er gut lernte, als Diagnose „Imbecillität (angeboren)“, also ‚Schwachsinn‘ unterstrichen und die Überstellung in die Landesirrenanstalt Dalldorf angeordnet. In einem weiteren Fall (HPAC, M/9825, 1894) wurde „conträre Sexualempfindung“ zwar auf dem Aktendeckel mit Rotstift eingetragen, doch außerdem die auf dem Vordruck zur Auswahl stehende „Seelenstörung [...] mit Hystero-Epilepsie“ unterstrichen. In der Krankenakte eines anderen Falles (HPAC, M/78, 1911) befindet sich wie bei Eichbaum ein von Theodor Ziehen abgezeichnetes Gutachten des Stabsarztes Max Noack, in dem es auch die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit bei einem Diebstahl zu klären galt. In den Diagnosestempel wurde hier „keine nachweisliche Debilität [unles.] § 51 nach § 56 anwendbar. Conträres Sexualgefühl?“ eingetragen.

²³ Erving Goffman: Psychische Symptome und öffentliche Ordnung. In: ders.: Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Frankfurt a.M. 1986, S. 151–163, besonders: S. 155.

²⁴ Vorwärts, Nr. 212, 10. 9. 1910, Beilage.

²⁵ Berliner Tageblatt, Nr. 457, 9. 9. 1910, 1. Beiblatt.

²⁶ In allen Beiträgen zum Transvestitismus wird betont, dass das Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts nicht verboten war, denn das Strafgesetzbuch enthielt keine Reglementierung der sozialen und/oder geschlechtsspezifischen Kleiderordnung mehr. Doch sobald Transvestiten auffielen, zählte dies als „öffentliches Ärgernis“, das nach § 360/11 RStGB juristisch geahndet wur-

Zwischen 1870 und 1900 nahm das Interesse an den Beschreibungen und Kategorisierungen sogenannter sexueller Abweichungen zu, die allesamt Eingang in die von Auflage zu Auflage anschwellende Fallsammlung der „Psychopathia Sexualis“ Richard von Krafft-Ebings sowie in Monografien Albert Eulenburgs, Albert Molls²⁷ und viele andere Arbeiten maßgeblicher Psychiater fanden.

Im Jahr 1910, in das Franz Eichbaums Auftritt als Hofdame fällt, legten Theodor Ziehen und Magnus Hirschfeld jeweils Neukonzeptionen des Verständnisses sexueller und geschlechtlicher Diversität vor. In Fortführung seiner Arbeiten über die Geisteskrankheiten im Kindesalter widmete sich Ziehen in zwei Beiträgen der Sexualpathologie, die er in den Kontext der psychopathischen Konstitution stellte.²⁸ Ohne die Namen der bekannten psychiatrischen Sexualpathologen zu nennen, übt Ziehen Kritik an der „naivsten Weise“ und der „vorherrschenden Oberflächlichkeit“ bei der Auffächerung der Phänomene in „Sadismus, Masochismus, Fetischismus usw.“²⁹ Er begriff alle „qualitativen Aberrationen des Sexualtriebs“ als „Parhedonien“,³⁰ für deren Einteilung „der zufällige Inhalt der Perversität gleichgiltig und nur die Entstehung massgebend“ sei.³¹ Ätiologisch unterschied Ziehen vier Formen: Parhedonien, die in der „sexuellen Veranlagung“ begründet seien; solche, die auf „abnormen Assoziationen“ beruhten; Parhedonien, die durch „Nachahmung, Verführung oder Suggestion“ entstünden; schließlich Parhedonien mangels Gelegenheit zur „normalen Sexualbefriedigung“.³² Eine Veranlagung zog er nur bei Homosexuellen in Erwägung, alle anderen Parhedonien betrachtete er als Symptome der psychopathischen Konstitution, so die Vorliebe für die Kleidung des anderen Geschlechts. Auf Hirschfelds Monografie „Die Transvestiten“ verweisend,³³ schrieb Ziehen an anderer Stelle:

de. Nach dieser, als „Unfugparagraf“ bezeichneten Regelung, die unter die Rubrik „Übertretungen“ fiel, wurde „mit Geldstrafe bis zu einhundertfufzig [!] Mark oder mit Haft [...] bestraft“, „wer ungebührlicherweise ruhestörenden Lärm erregt oder wer groben Unfug verübt“. Darunter fielen „nur solche Handlungen [...], durch welche die öffentliche Ordnung der Allgemeinheit gestört werde, – also eine solche Handlung, welche das Publikum als solches unmittelbar gefährdet oder ungebührlicherweise belästigt“; Hans Delius (Hg.): Das Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich. Berlin ¹⁴1901, S. 922, S. 934f.

²⁷ Richard von Krafft-Ebing: *Psychopathia Sexualis*. Stuttgart 1886 (die 12., verbesserte und vermehrte Auflage erschien 1903); Albert Eulenburg: *Sadismus und Masochismus (= Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Einzel-Darstellungen für Gebildete aller Stände, Heft 19)*. Wiesbaden 1902; Albert Moll: *Die Conträre Sexualempfindung*. Berlin 1891.

²⁸ Theodor Ziehen: *Zur Lehre von den psychopathischen Konstitutionen*. In: *Charité-Annalen* 33 (1909), S. 187–197 und *Charité-Annalen* 34 (1910), S. 273–284.

²⁹ Ziehen: *Lehre* (1910) (wie Anm. 28), S. 273.

³⁰ Ebd. Zum Begriff der Parhedonie in der Psychiatrie vgl. [Julius] Raecke: *Grundriss der psychiatrischen Diagnostik*. Berlin ³1912, S. 170.

³¹ Ziehen: *Lehre* (1910) (wie Anm. 28), S. 274.

³² Ebd.

³³ Nähere Angaben zum Verhältnis von Theodor Ziehen und Magnus Hirschfeld liegen nicht vor, wohl aber zu Ziehens schwierigerem Verhältnis zur Psychoanalyse. Da Hirschfeld seit 1908 am Berliner psychoanalytischen Kreis um Karl Abraham teilnahm und dieser wiederum an der Überarbeitung von Hirschfelds Fragebogen mitwirkte, dürfte die Beziehung Hirschfeld–Ziehen

„In diesen Fällen handelt es sich nach meinen Erfahrungen meist um eine erworbene Perversität, und zwar um ein durch irgendwelche Erlebnisse veranlaßtes Hineindenken und Einfühlen in das Gefühlsleben des anderen Geschlechts.“³⁴ Denn nach seinem Verständnis war die gesamte Sexualpathologie nur ein Teilgebiet der Lehre von der psychopathischen Konstitution innerhalb der Psychiatrie.³⁵ Auf dem Deckel der Eichbaum-Akte ist dementsprechend die lange, für Theodor Ziehen so typische Verlaufsdiagnose zu lesen: „Degenerative psychopathische Konstitution, vorzugsweise impulsiv u. durch Milieueinwirkungen pseudohomosexuell. Transvestit.“

Und obwohl er nur zur Begutachtung beigezogen worden war, versuchte Ziehen, Eichbaum durch therapeutische Erziehungsmaßnahmen von dessen ‚Verweiblichung‘ zu kurieren, indem er ‚männliche‘ Beschäftigungen verordnete. So heißt es im Eintrag vom 16. Oktober 1910: „2 Stunden schriftliche Arbeit. 1 Stunde Holzsägen.“ Gut zehn Tage später wurde diesbezüglich vermerkt: „Hat gestern trotz wiederholter Aufforderungen nicht gearbeitet. Äußert zu Prof. Z., das ist mir zu langweilig. *Ordination*: Ihm werden alle Bücher entzogen u. Bettruhe verhängt, bis er arbeitet. Kein Besuch erlaubt ausser den der Mutter u. des Rechtsanwalts.“³⁶ Auf die Frage, warum er nicht gearbeitet habe, antwortete Eichbaum: „Ich weiß nicht, warum, Sie hätten mir 1000 M hinlegen können, ich hätte es doch nicht getan.“³⁷ Zwei Tage danach wurde Eichbaum der ersten von insgesamt vier Vorstellungen vor Assistenten und Studierenden in der Hauptvisite unterzogen, damit sie das neue Krankheitsbild kennenlernten. Dabei wurde notiert, dass „später eine Behandlung im Sanatorium stattfinden könne, so dass

nicht ohne Spannungen gewesen sein. Vgl. dazu Rainer Herrn: Wie die Traumdeutung durch die Türritze einer geschlossenen Anstalt sickerte – Zum Umgang mit der Psychoanalyse an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité. In: Hans-Walter Schmuhl/Volker Roelcke (Hg.): „Heroische Therapien“. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918–1945. Göttingen 2013, S. 69–99.

³⁴ Theodor Ziehen: Psychiatrie für Ärzte und Studierende bearbeitet. Leipzig 41911, S. 623. Damit war Ziehen der erste Psychiater, der Hirschfelds Neukonzeption rezipierte, obwohl er dessen Einordnung und ätiologische Begründung ablehnte. Im selben Jahr schrieb Ziehen eine Rezension, in der es heißt: „Die Ätiologie wird vom Standpunkt der sog. ‚Zwischenstufentheorie‘ besprochen. Die spezielle Beziehung zu den einzelnen Formen der psychopathischen Konstitution werden leider nur kurz gestreift.“; [Theodor] Z.[iehen]: Buchanzeigen. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 29 (1911), S. 270. Hirschfelds Erwiderung folgte prompt. Ziehen sehe zwar richtigerweise „den entscheidenden Faktor in der Konstitution“, doch liege er „wohl nicht in der allgemeinen psycho- oder neuropathischen Konstitution, als in der zielstrebigem, individuellen Sexualkonstitution“. Magnus Hirschfeld: Über Horror sexualis partialis (sexuelle Teilaversion, antifetischistische Zwangsvorstellungen, Fetischhaß). In: Neurologisches Centralblatt 30 (1911), S. 530–542, hier: S. 542; vgl. auch ders.: Die Homosexualität des Mannes und des Weibes. Berlin 1914, S. 345f.

³⁵ Ziehen: Psychiatrie (wie Anm. 34), S. 621–630.

³⁶ HPAC, M/1008, 1910, Eintrag 18. 10. 1910, Eintrag 27. 10. 1910 (Hervorhebungen im Original unterstrichen).

³⁷ HPAC, M/1008, 1910, Eintrag 5. 11. 1910.

er die Krankheitserscheinungen verliere“.³⁸ Denn Ziehen hielt eine „fortgesetzte, möglichst früh begonnene Anstaltserziehung, z. B. in einem ärztlichen Pädagogium (Erziehungsheim für Psychopathen) oder in einer mit Ackerkolonie verbundenen Irrenanstalt“ in solchen Fällen für das einzig probate Normalisierungsmittel.³⁹ Mit seinem Konzept der Parhedonien bekräftigte Ziehen sexualpathologischen Deutungsanspruch sexueller Diversität zu einem Zeitpunkt, als sich eine neue Denkrichtung bereits zu etablieren begann: die Sexualwissenschaft.

Das Berlin der Jahrhundertwende war nicht nur ein Zentrum wissenschaftlich-technischer Innovation und wirtschaftlicher Expansion, sondern als moderne Metropole auch eines des kulturellen Wandels und der Vielfalt. Das fand seinen Ausdruck in Subkulturen und Organisationen, die – im Kontext der Lebensreformbewegungen – emanzipatorische Ziele vertraten. Dazu gehörten sexualreformerische Bewegungen für die Gleichberechtigung der Frauen, für die Entkriminalisierung der Homosexualität, für die Bekämpfung der Prostitution sowie für die Verhütung von Geschlechtskrankheiten und die Geburtenregelung. Von ihnen ging die Initiative zur Gründung der Sexualwissenschaft aus, die somit als Verhandlungsraum einer breiteren soziokulturellen Entwicklung begriffen werden kann. Als Mitbegründer des Wissenschaftlich-humanitären Komitees (WhK), der prominentesten Organisation, die für die Entkriminalisierung gleichgeschlechtlicher sexueller Handlungen zwischen Männern eintrat, veröffentlichte Hirschfeld 1910 die Monografie „Die Transvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb“⁴⁰ und beschrieb damit ein Phänomen, das er als „unwiderstehlichen Drang“ nach der Kleidung des anderen Geschlechts definierte. Analog zu den Homosexuellen verfügten Crossdresser, die seitdem Transvestiten genannt wurden, über eine typische Biografie, die in der Kindheit auftretende andersgeschlechtliche Vorlieben, Beschäftigungen und Verhaltensweisen einschloss. Die Studie enthält ein mit „Zwischenstufen-Theorie“ überschriebenes Kapitel, in dem Hirschfeld die sexuelle und geschlechtliche Vielfalt aus Ernst Haeckels „biogenetischem Grundgesetz“ außerhalb der bis dahin gültigen psychiatrischen Sexualpathologie zu erklären suchte. Unter ‚sexuellen Zwischenstufen‘ verstand Hirschfeld „männlich geartete Frauen und weiblich geartete Männer in allen möglichen Abstufungen“,⁴¹ die er nach vier Graden der Ausprägung einteilte: I. Solche, bei denen die „Geschlechtsorgane“ betroffen sind, zum Beispiel die sogenannten Hermaphroditen; II. jene, die „körperliche Eigenschaften“ des anderen Geschlechts aufweisen, so Androgyne; III. Zwischenstufen, bei denen der „Geschlechtstrieb“ betroffen sei, so Homosexuelle; schließlich IV. Personen, deren „seelische Eigenschaften“ affiziert seien, wie die in dem Band beschrie-

³⁸ HPAC, M/1008, 1910, Eintrag 7. 11. 1910.

³⁹ Ziehen: *Psychiatrie* (wie Anm. 34), S. 629.

⁴⁰ Magnus Hirschfeld: *Die Transvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb*. Berlin 1910. Zu den sexual- und geschlechterpolitischen Kontexten der Auslagerung der Transvestiten als eigenständige Kategorie vgl. Rainer Herrn: *Schnittmuster des Geschlechts. Transvestitismus und Transsexualität in der frühen Sexualwissenschaft*. Gießen 2005, S. 25–52.

⁴¹ Hirschfeld: *Transvestiten* (wie Anm. 40), S. 275.

benen Transvestiten.⁴² Diese Zwischenstufenphänomene „pathologisch“ zu betrachten, war für Hirschfeld ein „unhaltbarer Standpunkt“, stattdessen schlug er vor, sie im darwinistischen Sinne als „sexuelle Varietäten“ zu begreifen. Und im Gegensatz zu Ziehen – und der Mehrheit der Psychiater – behauptete Hirschfeld, dass „die sexuelle Eigenart als solche in körperlicher und geistiger Beziehung [...] angeboren“ sei und „während der ganzen Lebensdauer dasselbe charakteristische Gepräge“ behalte.⁴³

Aufgrund dieser theoretischen Vorannahmen wäre nun zu erwarten, dass sich Hirschfelds Eichbaum-Diagnose grundsätzlich von derjenigen Theodor Ziehens unterscheidet. Doch die Differenzen scheinen eher gering, wie Hirschfelds in der Krankenakte überlieferte Diagnose zeigt: „1) Psychopathische Konstitution. 2) Auf der Basis Zwischenstufe III. u. IV. Grades (femininer Homosexueller mit stark transvestitischen Neigungen. Geschlechtstrieb noch undifferenziert, Verkleidungstrieb endogen.[...]) 3) Sexuelle Neurasthenie (bes. Abulie [Willenlosigkeit]). 4) Vielleicht leichte Imbecillität, letzteres möglicherweise auch unter: physiologischer Schwachsinn des Weibes im Möbiusschen Sinne.“⁴⁴ Diese Einschätzung ist unter strategischem Gesichtspunkt zu verstehen. Hirschfeld versuchte einerseits, seinen durch den Eulenburgprozess stark beschädigten Ruf als Gutachter zu rehabilitieren und andererseits, als er Ziehen einen von Eichbaum ausgefüllten Fragebogen zur Einsicht überließ, sich gegenüber dem Charité-Ordinarius als psychiatrisch kompetent auszuweisen. Und weil Hirschfeld Menschen, die er den sexuellen Zwischenstufen zurechnete, für generell zurechnungsfähig hielt, blieb ihm nur der Weg über die Imbecillität, um für Eichbaum die Einschränkung der freien Willensbestimmung in Anspruch nehmen zu können. Unmissverständlich verweist Hirschfelds Diagnose auf das der Zwischenstufentheorie zugrunde liegende Konzept der medizin-anthropologisch behaupteten Geschlechterpolarität. Dass er sich hier gerade auf den misogynen Psychiater Paul Möbius als Referenz bei der Weiblichkeitszuschreibung bezieht, macht die geschlechterpolitische Ambivalenz seines Ansatzes überdeutlich.

Hirschfelds ‚Erfindung‘ der Sonderdiagnose „Transvestitismus“ stellt gegenüber Westphals Sammeldiagnose und Ziehens Parhedonie nur eine graduelle Verschiebung dar, da er Transvestitismus nicht als pathologisch begriff,⁴⁵ sondern ihn in den Rahmen einer natürlich apostrophierten Geschlechtervariabilität stellte. So zielten seine Bemühungen – anders als die Ziehens – nicht auf eine ‚Heilung‘ vom Transvestitismus, sondern auf Maßnahmen, um das Leben in andersgeschlechtlicher Aufmachung zu erleichtern. Hirschfeld berichtet in seiner Monografie von

⁴² Ebd., S. 281–285.

⁴³ Ebd., S. 298f.

⁴⁴ HPAC, M/1008, 1910, Eintrag 14. 11. 1910.

⁴⁵ Hirschfelds Ablösung der sexuellen Zwischenstufen aus der psychiatrischen Sexualpathologie blieb unvollständig, weil er deren Fortpflanzung im Kontext der Degeneration für eugenisch problematisch hielt. Vgl. Rainer Herrn: Magnus Hirschfelds Geschlechterkosmos: Die Zwischenstufentheorie im Kontext hegemonialer Männlichkeit. In: Ulrike Brunotte/ders. (Hg.): Männlichkeiten und Moderne. Geschlecht in den Wissenskulturen um 1900. Bielefeld 2008, S. 173–196.

einem Aushandlungsprozess mit der Polizei, infolgedessen Transvestiten aufgrund ärztlicher Atteste eine polizeiliche Bescheinigung ausgestellt werden könne. 1909, ein Jahr vor Eichbaums Fall, hatte es Hirschfeld in einem mit dem Psychoanalytiker Karl Abraham gemeinsam verfassten Gutachten erreicht, für Katharina T. beim Berliner Polizeipräsidenten zu erwirken, dass der Petentin das Tragen von Männerkleidern in der Öffentlichkeit nicht untersagt wurde.⁴⁶ Die seitdem von der Polizei ausgestellten Dokumente enthielten die Personalien und das Porträtfoto (im andersgeschlechtlichen Habit) der Betroffenen und wurden, mit einem Stempel versehen, zu einer Art Ausweis. Der stellte zwar keine Erlaubnis zum Tragen der Kleidung des anderen Geschlechts dar,⁴⁷ wie es oft (selbst von Magnus Hirschfeld)⁴⁸ missverstanden wurde, wies die Person aber als diagnostizierten Transvestiten – und damit als triebgesteuerten Wiederholungstäter – aus, weshalb von einer Festnahme abgesehen werden konnte. Für die entsprechenden Personen mag diese in der Folgezeit⁴⁹ verbreitete Praxis eine Erleichterung gewesen sein. Doch ist die stigmatisierende Wirkung der diagnostischen Zuordnung auf die Betroffenen nicht zu vergessen. Insgesamt brachte diese Praxis mehrfache Abhängigkeitsverhältnisse mit sich: zum einen vom begutachtenden Arzt, dem für die Diagnose ein Honorar zu zahlen war, zum anderen vom Polizeipräsidentium, das die Bescheinigung ausstellte, und schließlich vom Wohlwollen der Polizisten und Justizbeamten, die beim Vorweisen der Bescheinigung auf eine Festnahme oder gar Anklage verzichten konnten. Auf diese Weise behielten die ordnungsstaatlichen Instanzen selbst über jene Personen die Kontrolle, die die öffentliche Kleiderordnung zu unterlaufen drohten, da sie ihre Neigung im Anerkennungsverfahren offiziell angeben hatten.⁵⁰ Die Medizin (hier die Sexualwissenschaft) übernahm im emanzipatorischen Gestus eine Mittlerfunktion zwischen den Bedürfnissen sexueller Minoritäten und den Kontroll- und Überwachungsinteressen von Polizei und Justiz, denen sie die Transvestiten zugleich auslieferte.

Interdisziplinärer Wissenstransfer

Aufgefallen war die Krankenakte im Psychiatrichistorischen Archiv der Charité durch den im selben Jahr von Hirschfeld eingeführten Begriff „Transvestit“ auf

⁴⁶ Hirschfeld: Transvestiten (wie Anm. 40), S. 192–198.

⁴⁷ Eugen Wilhelm: Die Transvestiten und das Recht. In: Sexualprobleme 10 (1914), S. 392–408, S. 495–503.

⁴⁸ Hirschfeld: Transvestiten (wie Anm. 40), S. 192.

⁴⁹ Vgl. zur Einführung dieser Praxis in der Kaiserzeit Herrn: Schnittmuster (wie Anm. 40), S. 79–93; vgl. zu deren Ausweitung in der Weimarer Republik ebd., S. 134–142.

⁵⁰ Trotz dieser Liberalisierungstendenzen wurde Transvestiten noch immer so viel sicherheitspolitische Aufmerksamkeit zuteil, dass die Polizei lokale Statistiken anfertigte, die man in der NS-Zeit weiterführte. Sie enthielten Angaben zum biologischen Geschlecht, der sexuellen Orientierung und dem Anlass der polizeilichen Erfassung. Vgl. Hermann Ferdinand Voss: Ein Beitrag zum Problem des Transvestitismus. Diss. med. Marburg 1938.

dem Aktendeckel. Doch wie hatten die Charité-Psychiater so schnell von dem neuen Konzept erfahren? Obwohl Krankenakten gelegentlich Abschriften von Aufzeichnungen früherer Klinik- bzw. Anstaltsaufenthalte und häufig Konsultationen externer Ärzte enthalten, ist in der Akte Franz Eichbaums ein eher ungewöhnliches Fragment zu finden, nämlich ein „Auszug aus dem Fragebogen von D[r.] Hirschfeld.“ Anhand dieses Fragebogens und Eichbaums verschrifteten Selbstauskünften lässt sich ein ansonsten schwer rekonstruierbarer sexualwissenschaftlich-psychiatrischer Wissenstransfer aufzeigen. In Anlehnung an unterschiedliche psychiatrische Praktiken, etwa das handschriftliche Erstellen von Lebensläufen durch die Patienten, und in Analogie zu formulargestützten Befragungs- und Anamnesetechniken – wie sie auch in der Charité⁵¹ eingesetzt wurden – entwickelte Magnus Hirschfeld ein zunächst nur „Fragebogen“ genanntes Instrument zur Erhebung der *Vita sexualis*.

Der Fragebogen enthielt in seiner Urfassung 85 Fragen,⁵² die nach den Themen „Abstammung“, „Kindheit“, „gegenwärtiger Zustand körperlicher und geistiger Eigenschaften und Funktionen“ sowie „Geschlechtstrieb“ strukturiert waren. Dieser sehr breit eingesetzte und später als Broschur gedruckte Fragebogen wurde mithilfe von Sexualwissenschaftlern und Psychoanalytikern 1908 in einer überarbeiteten und auf 127 Fragen erweiterten Version⁵³ zunächst als „psychoanalytischer“, später als „psychobiologischer“ Fragebogen nahezu allen Patienten, Klienten und zu Begutachtenden überreicht. Eichbaum dürfte ihn bekommen haben, als er Hirschfeld zwecks eines Gutachtens aufsuchte.

Ein grundlegender Unterschied zwischen dem psychiatrischen Anamnese- und Aufschreibeverfahren und den Hirschfeldschen Fragebögen liegt darin, dass letztere nicht aus knappen Stichworten, sondern aus in leicht verständlicher Sprache ausformulierten und teils hoch suggestiven Fragen bestanden. Dies hatte den Zweck, dass nicht der untersuchende Arzt die Antworten eintrug, sondern der Proband selbst; und dieser ihn sodann mit einer Fotografie versehen, autorisiert oder anonym Hirschfeld oder dem WhK zurückgeben oder -senden sollte. Der Fragebogen diente nicht primär der Sexualdiagnose, sondern der Generierung von Informationen über die sexuelle Diversität. Die Ergebnisse wurden in Fallsamm-

⁵¹ Vgl. beispielsweise den Aufbau der noch unter Carl Westphal für die Poliklinik eingeführten „Kranken-Blätter“, vgl. dazu Ole Dohrmann: Die Entwicklung der medizinischen Dokumentation in der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité, 1860–1950. Diss. med. Berlin 2011, S. 375.

⁵² Magnus Hirschfeld: Die objektive Diagnose der Homosexualität. In: Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen 1 (1899), S. 4–35.

⁵³ Als Mitwirkende werden genannt: Karl Abraham, Iwan Bloch, James Fraenkel, Otto Juliusburger, Heinrich Körber, Friedrich Jordan, Max Tischler, Georg Tobias, F. Stein, L. S. A. Römer und Paul Bürger-Diether. Vgl. Magnus Hirschfeld: Zur Methodik der Sexualwissenschaft. In: Zeitschrift für Sexualwissenschaft 1 (1908), S. 681–705, Fragebogen: S. 684–695. Die Überarbeitungen bzw. Neudrucke sind von 1908, 1911, 1921, 1925 überliefert, die letzte – mit der Überschrift „Psychobiologischer Fragebogen“ – erweiterte Version findet sich bei: Magnus Hirschfeld: Geschlechtskunde, Bd. 2. Stuttgart 1928, S. 44ff.

lungen veröffentlicht, für quantitative Untersuchungen herangezogen⁵⁴ oder für künftige Forschungen aufbewahrt.⁵⁵

Doch warum sollten die Probanden den umfangreichen Fragebogen selbst ausfüllen? Zunächst ist es leichter, ein Geständnisprotokoll des Intimen in stiller Abgeschlossenheit anzufertigen als sich gegenüber einer Autoritätsperson, dem Arzt, zu offenbaren. Der Fragebogen bewirkte aber auch, dass die Probanden ihre *Vita sexualis* nach vorgegebener Struktur in ein jederzeit wiederholbares, sinnhaftes biografisches Narrativ transformierten. Sie erfuhren auf diese Weise, welchen Erinnerungen aus der Kindheit, welchen Wünschen, Neigungen und Träumen, welchen Praktiken und Erfahrungen wissenschaftliche Bedeutung beigemessen wurde. Dies wirkte auf ihr zukünftiges Erzählen zurück und ließ durch die serielle Verbreitung der Fragebögen kollektive Biografien sexueller Minderheiten entstehen, wie es Michel Foucault im ersten Band von „Sexualität und Wahrheit“ beschreibt.⁵⁶ Der Akt des Ausfüllens ist also nicht nur als Selbstermächtigung über die Preisgabe intimer Details auf bisher nie gestellte Fragen zu verstehen – es handelte sich schließlich um die Zeit der Jahrhundertwende⁵⁷ –, sondern zugleich als Lern- und Einübungsprozess der *Vita sexualis*. Klaus Müller bezeichnet diese Form der wissenschaftlich angeleiteten medizinischen Biografisierung nicht zu Unrecht als „pathographische Prothese“.⁵⁸

Franz Eichbaum kannte nicht nur den Fragebogen, sondern auch die daraus gewonnenen Ergebnisse, denn er hatte Hirschfelds Bücher sowie die weiterer Sexualwissenschaftler mit ihren zahlreichen Fallgeschichten bereits früher gelesen. Als er in der Charité befragt wurde, was ihn zu homosexuellen Kontakten ange-

⁵⁴ So berichtet Hirschfeld über die Anfertigung von „Arbeiten auf sexualwissenschaftlichem Gebiet [...] unter Benutzung des reichlich vorhandenen lebendigen, literarischen und dokumentarischen (ca. viertausend Fragebogen) Quellenmaterials“ zu den Themen „Der Zusammenhang zwischen weiblicher Berufstätigkeit und abnehmender Fruchtbarkeit der Frau. Ein Beitrag zur Untersuchung der sozialpsychologischen Seite der Unfruchtbarkeit“, „Die Innervation der Potenz“, [sowie] [...] „Endokrine und psychische Mechanismen in der Ätiologie der Sexualinversion“. Magnus Hirschfeld: Bericht über das erste Tätigkeitsjahr (1. Juli 1919 bis 30. Juni 1920) des Instituts für Sexualwissenschaft. In: Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen 20 (1920) 1/2, S. 54–74, hier: S. 64.

⁵⁵ „Die vielen Tausend unserer ausgefüllten psycho-biologischen Fragebogen stellen schon ein unvergleichliches Forschungsmaterial dar, das mit seiner vielseitigen Fragebeantwortung eine bisher aus Mangel an Zeit und freiwilliger Mitarbeit auch nicht annähernd genügend genutzte Möglichkeit zu wissenschaftlicher Bearbeitung bietet, beispielsweise auf statistischem Gebiet.“ Magnus Hirschfeld: 10 Jahre Institut für Sexualwissenschaft. In: Die Aufklärung 1 (1929) 5, S. 130.

⁵⁶ Michel Foucault: Sexualität und Wahrheit. Bd. 1: Der Wille zum Wissen. Frankfurt a. M. 1983, S. 58f., zur Bedeutung des Fragebogens: S. 84.

⁵⁷ Das Sprechen über Sexualität begann gerade zu dieser Zeit im Kontext der Psychoanalyse und Sexualwissenschaft. Aber selbst dort waren Bekenntnisse aufgrund der starken Stigmatisierung abweichender Sexualformen unüblich. Unter den Aktivisten des WhK war Hermann Freiherr von Teschenberg 1902 der erste – und für lange Zeit letzte –, der sich mit vollem Namen und einer Fotografie (die ihn in Frauenkleidern zeigte) zu seiner Homosexualität bekannte.

⁵⁸ Klaus Müller: Aber in meinem Herzen sprach eine Stimme so laut. Homosexuelle Autobiographien und medizinische Pathographien im neunzehnten Jahrhundert. Berlin 1991.

regt und „welche Bücher [er] darüber gelesen“ habe, antwortete er: „Hirschfeld, Bloch, Eulenburg.“⁵⁹ Durch diese Schriften habe er sich mit dem Thema „Homosexualität“ beschäftigt und erst durch sie entsprechende Kontakte geknüpft. Dies veranlasste Ziehen, ihn als „pseudohomosexuell“ zu diagnostizieren, da er lediglich das Gelesene nachahme. In der Diskussion um die vermeintlich schädliche Wirkung der Popularisierung der Sexualwissenschaft im Sinne der ‚psychischen Infektion‘ wussten sich Psychiater wie Theodor Ziehen und sein Nachfolger Karl Bonhoeffer sogar mit Emil Kraepelin und Albert Moll einer Meinung, denen sie ansonsten nicht besonders wohlgesonnen waren.⁶⁰ Hirschfelds Doppelrolle ist dabei durchaus ambivalent – zum einen fungierte er als objektiver Gutachter, zum anderen als Autor, dessen einschlägiges Schrifttum das inkriminierte Verhalten angeblich mit hervorgebracht habe.

Eichbaums vollständig ausgefüllter Hirschfeld-Fragebogen ist zwar nicht überliefert, dafür aber den Charité-Ärzten relevant erscheinende Auszüge daraus, die im Krankenjournal eingetragen wurden. Hirschfeld hatte demnach den Fragebogen zur Einsicht in die Charité geschickt und dessen ausdrücklicher Empfehlung an Eichbaum, sich in der weiblichen Aufmachung fotografieren zu lassen, verdanken wir übrigens eine Fotografie des Beschuldigten.⁶¹

Es war durchaus keine Seltenheit, dass die Charité-Psychiater Kollegen um die Dokumentation vorangegangener Untersuchungen baten. Doch die wiedergegebenen Passagen von Eichbaums Antworten enthalten nicht den ursprünglichen Wortlaut, sondern übertragen krankheitsrelevante Äußerungen sinngemäß in den Medizinjargon. Ein Abgleich der kolportierten Antworten mit der zweiten Auflage des Fragebogens erlaubt es, die jeweiligen Fragen zu identifizieren. Wichtig wird dies vor dem Hintergrund der den Charité-Ärzten gegebenen Selbstauskünfte. Die während seines Klinikaufenthaltes ihnen mitgeteilten biografischen Angaben sind manchmal sogar wortgleich mit der von Magnus Hirschfeld im psychobiologischen Fragebogen vorgegebenen Narration. Insofern fand Hirschfelds sexualwissenschaftliche Konstruktion des Transvestitismus Eingang in die psychiatrische Krankengeschichte und ebenso in das psychiatrische Gutachten, wie sich anhand von Beispielen zeigen lässt:

Im Fragebogen wird im Kapitel „Kindheit und Jugend“ um Auskunft über geschlechtsspezifische Vorlieben in der Kindheit gebeten: „Spielten Sie lieber mit Mädchen oder Knaben? [...] zogen Sie weibliche Kinderspiele vor, wie Puppen, Kochen, Häkeln und Stricken“?

⁵⁹ HPAC, M/1008, 1910, Eintrag 13. 10. 1910.

⁶⁰ So wurde der 1919 unter Mitwirkung Magnus Hirschfelds entstandene ‚homosexuelle‘ Aufklärungsfilm Richard Oswalds „Anders als die Andern“ aufgrund der im Gutachten von Moll, Bonhoeffer und Kraepelin konstatierten propagandistischen Wirkung von der Zensur verboten.

⁶¹ Hirschfeld legte zu dieser Zeit eine Fotodokumentation für die neue Kategorie an, aus der er 1911 eine Auswahl im Ergänzungsband zur Monografie veröffentlichte. Magnus Hirschfeld/Max Tilke: Der erotische Verkleidungstrieb (Die Transvestiten). Illustrierter Teil. Berlin 1912. Diese Sammlung ging später in die Archivbestände des Instituts für Sexualwissenschaft ein, wie der Provenienzvermerk des von Hans von Tresckow verwendeten Fotos belegt.



Geschlechts- Fälschungen

Eine Plauderei über Transvestiten
Von HANS von TRESCKOW



Der sogenannte „Eldorado“-Typ
(Aus dem Institut für Sexualwissenschaftlichen)

Die falsche Holddame
Ein Berliner Friseurgehülfe, der in einer Epilpsose an einem zuweilengeschäft in Döbelen verlor und als angebliche Holddame der Kaiserin Einkünfte zu machen vermochte. (Aus dem Institut für Sexualwissenschaftlichen von Dr. Magnus Hirschfeld, Berlin)

In einer Berliner Tageszeitung fand ich im Dezember folgendes Inserat: „Transvestit, 30 Jahre, als Dame lebend, natur- und kunstliebend, ernstes Wesen, einsam, ersucht geeigneten Lebensgefährten. Ernstgemeinte Offerten unter 72 an den Verlag.“ Wohl wenige, die dieses Inserat gelesen, werden sich über Sinn und Bedeutung klar gewesen sein, denn der Name „Transvestit“ ist meines Wissens erst 1910 von Dr. Magnus Hirschfeld angewandt worden. Er bezeichnet damit Personen, die die Neigung haben, die Kleidung des Geschlechtes zu tragen, die ihnen

193

Abbildung 1: Fotografie Eichbaums in weiblicher Kleidung. Aus: Hans von Tresckow: Geschlechtsfälschungen. Eine Plauderei über Transvestiten. In: Scherl's Magazin 4 (1928) 2, S. 193–197, hier: S. 193.

Laut Krankenakte fragten die Ärzte: „Als Kind lieber mit Knaben oder Mädchen gespielt?“, Eichbaum antwortete: „Mädchen“, danach: „Wie lange mit Puppen gespielt?“ Eichbaum: „bis zum 10. Lebensjahr.“⁶²

In Frage 24 heißt es: „Merkten Sie, daß Sie anders waren als andere Kinder?“ In der Krankenakte ist zu lesen: „Oft niedergeschlagen, weil er merkte, dass er anders war, wie die anderen.“⁶³

Frage 122 lautet: „Können Sie diesen Trieb erklären? Glauben Sie, daß er auf Verführung, ein bestimmtes Erlebnis in der Kindheit oder im späteren Alter zurückzuführen ist oder auf eine Anlage?“ Von Eichbaum wurde kolportiert: „Pat.

⁶² HPAC, M/1008, 1910, Eintrag 31. 10. 1910 (Hervorhebungen im Original unterstrichen).

⁶³ HPAC, M/1008, 1910, Eintrag 7. 10. 1910 (Hervorhebungen im Original unterstrichen).

hatte schon *als kleines Kind* den *unwiderstehlichen Drang nach weiblicher Kleidung*; glaubt, *es sei angeborener Trieb, den er wohl nie verlieren würde.*⁶⁴

Die Hervorhebungen markieren die übergeordnete Bedeutung, die Eichbaums Antworten von den Charité-Psychiatern beigemessen wurden. Hirschfelds Fragen flossen demnach in loser Folge in Eichbaums Selbstauskünfte ein. Besonders wichtig war dabei, dass er den Schlüsselbegriff des neuen Transvestitismuskonzeptes, nämlich den „unwiderstehlichen Drang nach weiblicher Kleidung“, in seine Aussagen eingebaut hatte. Danach wäre der Betrug nicht das Motiv seiner Handlungen und die Verkleidung das vorsätzlich eingesetzte Mittel, vielmehr sei der Auftritt als Hofdame Ausdruck einer sich spontan äussernden Triebstruktur.

Die drei herausgegriffenen Frage-Antwort-Vergleiche zusammenziehend heißt es in Max Noacks Gutachten: „E. hatte schon als Kind ein sonderbares Wesen, er war ‚schon immer nicht so wie die anderen‘, war weiblich, spielte im Alter von 13 Jahren⁶⁵ noch mit Puppen und trug schon als Kind mit Vorliebe die Kleider seiner Schwestern, nach denen er, wie er sagt, einen unwiderstehlichen Drang hatte. Er fühlt sich wohl u. behaglicher in weiblicher Kleidung, möchte am liebsten eine Frau sein.“⁶⁶ Dieser Passus könnte auch aus einem Gutachten Hirschfelds für die Beantragung eines Transvestitenscheins stammen. Insofern verwundert es nicht, dass auf dem Charité-Aktendeckel die Diagnose „Transvestit“ zu lesen ist und in der Presseberichterstattung zunächst die große Übereinstimmung der Gutachten von Hirschfeld und der Charité hervorgehoben wurde.

In der vorliegenden Rekonstruktion des Frage-Antwort-Dialogs geht es vor allem darum, die Rolle der Selbstbeschreibung von Patienten beim psychiatrischen Wissenstransfer herauszustellen. Die nicht seltenen sukzessiven Konsultationen diverser Ärzte oder die Aufenthalte von Patienten in verschiedenen Kliniken, die häufig mit diagnostischen Neuinterpretationen einhergehen, sind bekannt. Doch zeigt sich an Eichbaums Beispiel, dass vormalige Diagnosen durchaus manifeste Wirkungen auf die Selbstbeschreibung von Patienten haben, die wiederum zur Transformation und Zirkulation psychiatrischer Wissensbestände beitragen können. Im vorliegenden Fall ist der Begutachtete nicht nur gedeutetes, sondern auch deutungsmächtiges Subjekt, indem er Anlass dazu gab, das biografische Transvestitismuskonzept Hirschfelds in Ziehens psychiatrische Praxis zu überführen.

Gutachterliche Strategien

Wie wirkten sich die unterschiedlichen Positionen Ziehens und Hirschfelds auf Eichbaums Prozesse aus? Der erste fand am 8. und 9. September 1911 vor dem Schöffengericht beim Potsdamer Landgericht statt. Als Verteidiger Eichbaums fun-

⁶⁴ HPAC, M/1008, 1910, Eintrag 6. 10. 1910 (Hervorhebungen im Original unterstrichen).

⁶⁵ Diese Angabe Noacks stammt von der Mutter, er selbst gab das 10. Lebensjahr an.

⁶⁶ HPAC, M/1008, 1910, Gutachten.

gierte Max Alsberg, als Verteidiger Klemm's Rechtsanwalt Johannes Werthauer,⁶⁷ beide waren in ähnlichen Fällen bereits aufgetreten, beide hatten Magnus Hirschfeld schon zuvor als Gutachter bestellt. Ob es eine zufällige Koinzidenz darstellt, dass – wie in vielen Presseberichten hervorgehoben – der vierte Sohn des Kaisers, Dr. jur. Prinz August Wilhelm von Preußen, „der dem Potsdamer Landgericht zur Ausbildung überwiesen war“, als „Referendar [...] hinter dem Richtertisch Platz genommen“⁶⁸ hatte, sei dahingestellt.

Vor Gericht erklärte Eichbaum: „Die ganze Handlung habe ich also ohne rechte Überlegung der Folgen und nur zu dem Zwecke ausgeführt, um zu sehen, wie weit ich als Dame komme.“⁶⁹ Darin hatte er Übung: Wie er gegenüber Hirschfeld und später den Charité-Psychiatern erklärt hatte, war er schon früher als Frau aufgetreten – zum ersten Mal mit 14 Jahren, als er 1905 als Dienstmädchen in „gepumpten“ Kleidern in einem „Putzgeschäft“ Hüte bestellte, die er anonym „einer bekannten Dame schicken“ ließ.⁷⁰ „Weitere Verkleidungen auf der Strasse: im ganzen 4 bis 5 Mal“, so 1909, als er „von Großlichterfelde als Witwe verkleidet auf die Eisenbahn nach Schlachtensee“⁷¹ fuhr, ohne dabei aufzufallen. Franz Eichbaum hatte einige Erfahrung, sozial unterschiedlich konnotierte Frauenrollen so authentisch zu verkörpern, dass er unbemerkt durchging. Von den als Zeugen auftretenden Homosexuellendezernenten des Berliner Polizeipräsidiums Hans von Tresckow und Heinrich Kopp⁷² wurde darüber hinaus mitgeteilt, dass Franz Eichbaum in homosexuellen Kreisen verkehre und Lokale wie das Dresdener Kasino besuche.

Nach der Beweisaufnahme trugen die medizinischen Gutachter, zuerst Theodor Ziehens Assistent, der Stabsarzt Max Noack,⁷³ und danach Magnus Hirschfeld ihre Stellungnahmen vor. Noack hielt das Vorliegen einer „erblichen Belastung“ bei Eichbaum aufgrund des während einer Depression begangenen Suizids des Vaters

⁶⁷ Max Alsberg hatte seine Kanzlei in der Berliner Friedrichstraße, nahe der von Johannes Werthauer, mit dem er gelegentlich Verteidigungen übernahm. Richard Kühl: Johannes Werthauer. In: Sigusch/Grau (Hg.): Personenlexikon (wie Anm. 17), S. 749–755, hier: S. 751. Der prominente Rechtsanwalt Werthauer arbeitete auch bei der Reform des Sexualstrafrechts, insbesondere der §§ 175 und 218 RStGB mit Hirschfeld zusammen. Zur Biografie siehe ebd., S. 749–755.

⁶⁸ Friedländer: Hofdame (wie Anm. 4), S. 259.

⁶⁹ HPAC, M/1008, 1910, Abschrift Strafakte.

⁷⁰ HPAC, M/1008, 1910, Gutachten, S. 8.

⁷¹ HPAC, M/1008, 1910, Eintrag 4. 11. 1910.

⁷² Zu von Tresckow und Kopp vgl. Jens Dobler: Zwischen Duldungspolitik und Verbrechenbekämpfung. Homosexuellenverfolgung durch die Berliner Polizei 1848–1933. Frankfurt a. M. 2008, S. 303–346, S. 437–464.

⁷³ Theodor Ziehen trat im Gerichtsprozess nicht als Gutachter auf, sondern sein Assistent, der Stabsarzt Max Noack. Dessen Argumentation trägt unverkennbar die Züge seines Chefs, der auch den handschriftlichen Text mit dem typischen „Z.“ abzeichnete, nachdem er einige Korrekturen und Ergänzungen vorgenommen hatte. Noack gehörte vom 19. 10. 1895–30. 9. 1900 der Kaiser-Wilhelm-Akademie an, er wurde am 20. 1. 1906 promoviert, vom 18. 10. 1909 bis 1911 arbeitete er an der Charité; vgl. [Paul] Wätzold: Stammliste der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärische Bildungswesen. Berlin 1910, S. 462.

und des „aufgeregten Wesens“⁷⁴ der Mutter für „sehr wahrscheinlich“. Daher könne man zwar keine „entwickelte Geisteskrankheit“ konstatieren, aber eine „degenerative psychopathische Konstitution“. Als Symptome nannte Noack den schon in der Kindheit auftretenden Hang zu „weiblicher Kleidung“, den der Angeklagte verschiedentlich ausagiere, sowie die zu kriminellen Delikten führenden „Impulsivhandlungen“, denen er widerstandslos nachgebe. Auch die „abnorme [homosexuelle] Geschlechtsempfindung“, zu der er „durch Lektüre entsprechender Bücher“ gekommen war, zählten zu den „bekannten Symptomen der deg. psych. Konstitution“. Vor allem aber sei sein Verkleidungstrieb eine „krankhafte Störung der Geistestätigkeit“, die ihn „zweifellos“ als „geistig abnorme Persönlichkeit“ kennzeichne. Zwar sei bei den aus diesem Trieb hervorgehenden Handlungen die „freie Willensbestimmung nicht ausgeschlossen“, aber doch in „hohem Maße vermindert“. Dies gelte allerdings nicht für die „Strafhandlung“ des Betrugs, in der „die freie Willensbestimmung nicht in keiner [überschrieben mit:] irgend erheblicher Weise beeinflusst“ gewesen sei.

Hirschfeld begann sein Gutachten mit der Zuordnung Eichbaums zu den Transvestiten, einem „seelischen Zwittertum“ auf „ererbter Grundlage“.⁷⁵ „Deren hervorstechendstes Kennzeichen“ sei es, „sich seelisch mehr oder weniger dem anderen Geschlecht zugehörig zu empfinden“ und dem durch „Verkleidung Ausdruck“ zu verleihen. Zur Erläuterung seines Konzeptes zählt Hirschfeld alle weiblich konnotierten Neigungen und Episoden aus Eichbaums Biografie auf, vor allem dessen Wunsch, „für eine wirkliche Dame gehalten zu werden“. Auch Hirschfeld schloss seinen Vortrag mit Ausführungen zu Anwendung des § 51 RStGB. Nach seiner Auffassung sind „die sexuellen Zwischenstufen an sich ebenso für ihre Handlungen verantwortlich zu machen [...], wie die übrigen Menschen“. Nur aufgrund des „transvestitischen Trieb[s]“ Eichbaums könne der Paragraf nicht angewendet werden. Doch da bei ihm eine „hochgradige Schwächung der Intelligenz und der Hemmungen“ vorlägen, könne „die Frage *nach der vorhandenen Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten nicht mit der erforderlichen Bestimmtheit bejaht werden*“.⁷⁶

Noacks und Hirschfelds Gutachten unterschieden sich demnach in drei Punkten: im Referenzrahmen der Einordnung der Kleidervorliebe als Zeichen der degenerativen psychopathischen Konstitution versus nicht pathologischer sexueller Zwischenstufe; in der Ätiologie; schließlich in der Frage der Einschränkung der freien Willensbestimmung während der Tat, die Hirschfeld jedoch nicht aus dem Transvestitismus ableitet, sondern aus der davon unabhängigen „Schwächung der Intelligenz“.

⁷⁴ HPAC, M/1008, 1910, Gutachten. Einige Passagen des vor Gericht vorgetragenen Gutachtens Noacks sind wortgleich mit dem von Hugo Friedländer wiedergegebenen.

⁷⁵ Hirschfelds Gutachten ist nur in der Fassung von Hugo Friedländer überliefert. Die Zitate sind entnommen aus Friedländer: Hofdame (wie Anm. 4), S. 264ff. (Hervorhebungen im Original unterstrichen).

⁷⁶ Friedländer: Hofdame (wie Anm. 4), S. 266.

Der Staatsanwalt beantragte sechs Monate Gefängnis, das Gericht verurteilte Eichbaum zu einem Monat. In der Begründung schloss es sich der Argumentation Noacks an, weil bei Franz Eichbaum zwar neben einem „sehr starken femininen Einschlag [...], der ihn dazu veranlasse, Frauenkleider anzuziehen“, eine „degenerative psychopathische Konstitution“ zu konstatieren sei, für die zwar eine teilweise Einschränkung der „freien Willensbestimmung“ im Hinblick auf seinen „Verkleidungstrieb“ geltend zu machen wäre, diese Einschätzung aber nicht für den intendierten Betrug gelte. Somit war Eichbaums Strategie, seinen Auftritt als Sektlaune und harmlosen Scherz auszugeben, trotz der Unterstützung Hirschfelds, der ihn wiederum als Transvestiten ausgab, nicht aufgegangen.

Die daraufhin vom Angeklagten und der Verteidigung angestrebte Revision fand im Juni 1911 vor dem Landgericht Potsdam statt und hatte „einen wesentlich größeren Umfang [...] als die kurze Schöffengerichtssitzung“.⁷⁷ Hirschfeld und Noack trugen ihre Gutachten nochmals vor. Außerdem trat noch ein dritter, aus München angereister Experte auf: Albert Freiherr von Schrenck-Notzing,⁷⁸ der häufig bei Sexualdelikten hinzugezogen wurde und der als Erster Hypnose und Suggestion zur Therapie von Homosexualität einsetzte. Auch Schrenck-Notzing machte auf die vielen weiblichen Vorlieben Eichbaums wie Handarbeiten und Puppenspiel aufmerksam und bezeichnete ihn „höchstens als Psychohomosexuellen“,⁷⁹ dessen Leitmotiv „nicht der Gedanke, einen raffinierten Juwelendiebstahl zu begehen“ gewesen sei, sondern er sei „der Autosuggestion, ein Weib zu sein“, erlegen: „Wenn er auch bestraft wird, dieser Trieb ist bei ihm nicht zu beseitigen. Er ist nicht ausgesprochen geisteskrank, aber vermindert zurechnungsfähig.“⁸⁰ Insofern könne ihm kein „vollendeter Betrug“ zur Last gelegt werden. Obwohl die Revision, bei der die Rechtsanwälte Freispruch beantragten, verworfen und das Strafmaß nicht geändert wurde, folgte das Gericht den Gutachtern und milderte die Straftat in der Urteilsbegründung von „vorsätzlichem“ auf „versuchten“ Betrug.

Obwohl Hirschfeld Eichbaum als Transvestiten rubrizierte, der wiederum Elemente der Konstruktion in sein biografisches Narrativ integrierte, wird die Geschichte in einer Version weitererzählt, in der diese Zuordnung zurücktritt. Über Eichbaums weiteres Schicksal berichtet Hugo Friedländer aufgrund einer Zeitungsmeldung, kolportiert also eine Kolportage: Dieser habe kurze Zeit nach der Revisionsverhandlung einen ähnlichen Versuch wie in Potsdam bei einem Wiener Juwelier unternommen. Diesmal habe er sich als „preußischer Offizier und könig-

⁷⁷ Berliner Allgemeine Zeitung, Nr. 172, 25. 6. 1911, 1. Beiblatt.

⁷⁸ Vgl. dazu Timon Kuff: Albert Freiherr von Schrenck-Notzing (1862–1929). In: Sigusch/Grau (Hg.): Personenlexikon (wie Anm. 17), S. 639–643.

⁷⁹ Der in der zeitgenössischen Literatur selbst von Schrenck-Notzing kaum verwendete Begriff soll auf die Entstehung „auf dem Boden neuropathischer Disposition durch Erziehungseinflüsse“ verweisen, von der er zumeist ausging. Albert Freiherr von Schrenck-Notzing: Die Suggestionstherapie bei krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes, mit besonderer Berücksichtigung der Conträren Sexualempfindung. Stuttgart 1892, S. 196.

⁸⁰ Berliner Börsen-Courier, Nr. 293, 25. 6. 1911, Morgenausgabe, 2. Beilage.

lich preußischer Kammerherr“ ausgegeben. Da ihm der Juwelier auf die Schliche gekommen sei und sich Eichbaum einer Festnahme entziehen wollte, habe er sich „mit einem Revolver eine Kugel in den Kopf geschossen“ und sei in „bedenklichem Zustande als Polizeigefangener in ein Krankenhaus gebracht“ worden.⁸¹ Diese Erzählung legt nahe, dass sich Eichbaum nicht so einfach in das Korsett der neuen sexualwissenschaftlichen Kategorie des Transvestitismus einpassen ließ und der Vorsatz bei den Geschehnissen in Potsdam vielleicht doch eine größere Rolle spielte als Eichbaum vorgab.

Abstract

With the publication of Carl Westphal's "*Die conträre Sexualempfindung*" or "the Contrary Sexual Feeling" (1870), non-conform sexual/gender behavior, such as wearing clothes from the opposite gender, fell within psychiatry's field of activity; psychiatrists cooperated with law enforcement to maintain the public ordering of the sexes. On the basis of the Charité's medical records of a male patient, reported to have publically appeared in women's clothing and thereby making headlines in 1910 as the 'fake lady', the positions of psychiatrist Theodor Ziehen and sexual scientist Magnus Hirschfeld stand in contrast to one another – a development, which affected their forensic argumentation. As Hirschfeld had, in the same year, introduced the concept of transvestitism to describe this very phenomenon, a transfer of competing interpretations out of sexual science and into psychiatry can be studied. The circulation of Magnus Hirschfeld's questionnaire to the *vita sexualis* allows for an investigation of the effects of such on the collective, biographical narration of sexual minorities, as well as on diagnostic capacity in psychiatry, in reference to transvestitism.

⁸¹ Friedländer: Hofdame (wie Anm. 4), S. 275 f.

Kurzbiografien der Autoren

Prof. Dr. Thomas Beddies studierte Geschichts- und Politikwissenschaften an der Freien Universität Berlin; er war zunächst wiss. Mitarbeiter und ist nun stellvertretender Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der Geschichte der Pädiatrie, der Psychiatrie sowie der Geschichte der Medizin im Nationalsozialismus. Er ist Mitglied der DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns (1870–1930). Schwellenphänomene der urbanen Moderne“ (<http://www.kulturen-des-wahnsinns.de/>). Mail: thomas.beddies@charite.de

Prof. Dr. Christian Bonah leitet seit 2000 das Département d’Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé und ist Mitglied des Forschungsverbunds „Sociétés, Acteurs, Gouvernement en Europe“ (SAGE UMR 7363) an der Universität Straßburg. Nach dem Studium der Medizin und Geschichte waren Stationen seines Werdeganges das History of Science Department an der Harvard University und das Institut Universitaire de France. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen die Geschichte der medizinischen Ausbildung in Europa, Arzneimittelproduktion und -konsum, die Geschichte von Humanversuchen in der Medizin und der Themenbereich „Medizin, Film und Öffentlichkeit“. Mail: bonah@unistra.fr

Prof. Dr. Cornelius Borck ist Wissenschaftshistoriker und leitet seit 2007 das Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck. Außerdem ist er Sprecher des Zentrums für Kulturwissenschaftliche Forschung Lübeck (ZKFL). Gemeinsam mit Prof. Armin Schäfer hat er das Projekt „Dokumente des Wahns: Fabulieren und Querulieren in Literatur und Psychiatrie“ der DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns“ geleitet. Mail: borck@imgwf.uni-luebeck.de

Dr. Julie Clauss ist Fachärztin für Psychiatrie an der psychiatrischen Universitätsklinik der Medizinischen Fakultät Straßburg. Sie absolviert derzeit einen Doppelstudiengang zum Master in Medizin und Wissenschaftsgeschichte. Ihre medizinische Dissertation hat sie zu Diagnosespektren und der diagnostischen Praxis an der psychiatrischen Universitätsklinik in Straßburg zwischen 1905 und 1950 verfasst. Mail: clauss.julie@hotmail.fr

PD Dr. Gabriele Dietze lehrt Kulturwissenschaften und Gender-Studies und ist Mitglied der DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns (1870–1930). Schwel-

lenphänomene der urbanen Moderne“ an der Humboldt-Universität zu Berlin. Ihre Projektschwerpunkte liegen auf der urbanen Bohème und der affektiven Maskulinität. Mail: gabriele.dietze@rz.hu-berlin.de

Dr. Rupert Gaderer ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medienwissenschaft der Ruhr-Universität Bochum. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen kulturwissenschaftliche Technikforschung, Medien- und Kulturtechniken des Rechts sowie medienphilologische Fragestellungen; zurzeit arbeitet er an einer Studie zur Medien- und Wissensgeschichte der Querulanz. Mail: rupert.gaderer@ruhr-uni-bochum.de

Dr. Urs Germann ist Historiker und an der Universitätsbibliothek Bern für das Archiv und die Sammlung Hermann Rorschach verantwortlich; er arbeitet zudem als freier Mitarbeiter am Institut für Medizingeschichte der Universität Bern. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören die Psychiatrie-, Kriminalitäts- und Rechtsgeschichte, die Geschichte der sozialen Sicherungssysteme sowie die Geschichte und Theorie von Behinderung. Mail: urs.germann@img.unibe.ch

Dr. Rainer Herrn ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns (1870–1930). Schwellenphänomene der urbanen Moderne“ am Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin der Charité Berlin und Mitarbeiter der Magnus-Hirschfeld-Gesellschaft. Aktuell forscht er insbesondere zu Psychiatrie und Urbanität, zu Geschlecht und Wahnsinn in der Kaiserzeit und der Weimarer Republik, zu wissenschaftlichen und sozialen Selbst- und Fremdkonstruktionen sexueller Minderheiten um 1900 sowie zur Etablierung der Sexualwissenschaft bis 1933. Mail: rainer.herrn@charite.de

Prof. Dr. Volker Hess hat seit 2003 den Lehrstuhl für Geschichte der Medizin an der Charité Berlin inne, seit 2004 ist er Direktor des Instituts, im gleichen Jahr wurde er am Institut für Geschichtswissenschaften der Humboldt-Universität für Neuere Geschichte kooptiert. Seit 2009 ist er Sprecher der DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns (1870–1930). Schwellenphänomene der urbanen Moderne“. 2011 wurde ihm für das Projekt „How Physicians know“ ein ERC Advanced Investigator Grant verliehen. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen die Geschichte medizinischer Praktiken und Techniken im 19. und 20. Jahrhundert, die Geschichte der Arzneimittel und Arzneimittelregulation sowie die Kulturgeschichte der Psychiatrie. Mail: volker.hess@charite.de

Dr. Sonja Mählmann ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns (1870–1930). Schwellenphänomene der urbanen Moderne“. Schwerpunkte ihrer Forschung sind die Kulturgeschichte des Wissens, Schnittstellen zwischen Psychiatrie, Hirnforschung und Literatur sowie Theorien des Subjekts. Mail: maehlmann@imgwf.uni-luebeck.de

Dr. Chantal Marazia ist Wissenschaftshistorikerin. Sie promovierte mit einer Arbeit zu Ludwig Binswanger und ist Mitherausgeberin der Edition der Krankengeschichte Aby Warburgs. Sie arbeitet als Chercheur Invité am Institut d'Etudes Avancées in Paris. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Psychiatrie- und Neurologie-Geschichte. Mail: chantalmarazia@gmail.com

PD Dr. Marietta Meier ist Historikerin. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin und Lehrbeauftragte der Universität Zürich; von 2001–2006 war sie Co-Leiterin von Forschungsprojekten zur Geschichte der Psychiatrie; ihre Habilitationsschrift verfasste sie zur Geschichte der Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg. Die aktuellen Forschungsschwerpunkte liegen auf der Psychiatrie-, Wissenschafts- und Emotionsgeschichte. Mail: marmeier@hist.uzh.ch

PD Dr. med. Thomas Müller, M.A. ist Arzt und (Medizin-)Historiker; er forschte und lehrte von 1998–2006 an der Charité Berlin (Freie Universität und Humboldt-Universität zu Berlin), war 2006–2007 an der Universität Ulm tätig und gründete und leitet dort einen Forschungsbereich für Geschichte der Medizin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm/Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg; er leitet außerdem das Württembergische Psychiatriemuseum sowie den Verlag Psychiatrie und Geschichte und ist Koordinator für „Historische Forschung“ der Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg. Seine aktuellen Forschungsschwerpunkte sind die soziale und vergleichende Geschichte der Medizin, Wissenschaftswandel und internationaler Wissenstransfer, Medizin und Judentum. Mail: th.mueller@zfp-zentrum.de

Dr. Kai Sammet ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin. Der Schwerpunkt seiner wissenschaftlichen Arbeiten liegt auf der Geschichte der Psychiatrie zwischen 1800 und 1930. Mail: sammet@uke.uni-hamburg.de

Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach war von 1992 bis 2003 Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin an der Universität Greifswald, seit 2003 ist er Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universität Hamburg. Seit Oktober 2015 ist er an der Charité Berlin als Professor für Medical Humanities tätig. Aktuell arbeitet er an einer Geschichte von Psychiatrie und Wahnsinn im Spannungsfeld von Öffentlichkeit und professioneller Macht (ca. 1880–1925). Mail: heinz-peter.schmiedebach@charite.de

Dr. Felicitas Söhner ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln sowie wissenschaftliche Assistentin des ärztlichen Direktors an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm. Ihr Forschungsinteresse gilt der Medizingeschichte, insbesondere der Geschichte der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts sowie deren ge-

sellschaftspolitischer Einbettung und Erinnerungskultur. Mail: Felicitas.Soehner@uk-koeln.de

Dr. Stefan Wulf ist Historiker und seit 2006 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf; er ist Mitglied der DFG-Forschergruppe „Kulturen des Wahnsinns (1870–1930). Schwellenphänomene der urbanen Moderne“. Seine Forschungen konzentrieren sich auf die Geschichte der Medizin, insbesondere auf Untersuchungen zur Psychiatrie, zur Tropenmedizin sowie zum Themenbereich „Medizin und auswärtige Kulturpolitik“. Mail: s.wulf@uke.de.

Personenregister

Erstellt von Franziska Griebß (Hamburg)

In den Fußnoten erwähnte Briefpartner sind ebenso berücksichtigt wie Autoren, deren Position in den Fußnoten diskutiert wird. Dagegen sind indirekte Nennungen nicht aufgenommen.

- Abraham, Karl 284, 288f.
Adelung, Johann Christoph 65
Adler, Paul 275
Allimant, René 152
Alsberg, Max 294
Alt, Konrad 85, 95, 98–101, 106f., 122
Althoff, Friedrich 163
Althusser, Louis 273
Arnim, Manuela, Gräfin von 279f.
August Wilhelm, Prinz von Preußen 294
B., Lina 150f.
B., Rosalie 151
Baader, Johannes 261
Bab, Julius 266
Baertges (Juwelier) 280
Ball, Hugo 274
Beard, George Miller 68, 175
Beddies, Thomas 11–13
Benn, Gottfried 261, 273
Berger, Hans 227
Bergh, Ernst van den 32
Bergien, Rüdiger 11f.
Berndt, Emil 195
Bernet, Brigitta 6, 13, 153, 217, 223
Bertaux, Pierre 264
Binding, Karl 12
Binswanger, Herbert 89
Binswanger, Otto 69, 226
Birnbaum, Karl 20, 101, 193, 195f.
Blass, Ernst 273
Bleuler, Eugen 13, 74f., 141, 147, 149, 153f.,
156–160, 209, 218
Bloch, Ernst 22
Bloch, Iwan 26f., 289, 291
Blochmann (Staatsanwalt) 227
Boenheim, Felix 40
Bonah, Christian 17
Bonaparte, Marie 69
Bonhoeffer, Karl 13, 31, 40–42, 141, 156, 196,
291
Bonnet, J. 87f.
Borck, Cornelius 23
Bostroem, August 135
Bourdieu, Pierre 263, 266
Brethauer, Annett 164
Breuer, Maria 120
Breuer, Stefan 35
Brink, Cornelia 9
Buchholz, Albert 180
Büchler, Karl 72
Bürger-Diether, Paul 289
Bufe, Ernst 99, 101, 103, 105, 109
Bumke, Oswald 38, 202, 247, 256
Caligula (röm. Kaiser) 8
Casper, Johann Ludwig 230, 243f.
Castel, Robert 223
Chamberlain, Houston Stewart 37
Charcot, Jean-Martin 270
Claude, Henri 156
Clauss, Julie 17
Courbon, Paul 180
Cramer, August 244
Damerow, Heinrich Philipp August 84
Dietze, Gabriele 25f.
Dilthey, Wilhelm 24f., 274
Döblin, Alfred 261
Dostojewski, Fjodor Michailowitsch 269
Du Bois-Reymond, Emil Heinrich 67
Duchenne, Guillaume-Benjamin 67
Edenhofer, Gottfried 108
Egidy, Moritz von 232
Eglhofer, Rudolf 39
Ehrenfeld, Emil 108
Eichbaum, Franz 279–281, 283–285, 287–297
Eichhorn, Emil 29
Einstein, Carl 261, 273
Eisen, Karl 108
Elze, Achim 164
Enge, Johannes 242
Engelken, Hermann 97, 112

- Engstrom, Eric J. 162
 Eulenburg, Albert 284, 291
 Eulenburg-Hertefeld, Philipp, Graf zu 27, 281, 287
 Ewald, Oskar 259
 F., J. 149
 F., Rosa 122
 Falthäuser, Valentin 110, 112-114, 117, 121
 Fidelis (→ Boenheim, Felix) 40
 Finckh, Johannes 242
 Fischer, Max 34
 Fischer, Richard 234
 Fleck, Ludwik 45
 Flemming, Carl Friedrich 84
 Foerster, Otfried 197
 Forel, Oscar 157
 Foucault, Michel 2-5, 10, 21, 210f., 221, 224, 253, 275, 290
 Fraenkel, James 289
 Frank, Ludwig 213
 Franziskus, Papst 6
 Freimark, Hans 31
 Freud, Sigmund 19, 71f., 191, 270
 Freytagh-Loringhoven, Axel von 32
 Friedländer (Professor) 113
 Friedländer, Hugo 279, 281, 295f.
 Friedland, Alexander 13, 132, 142, 154, 164
 Fürstner, Carl 135, 147, 171, 180
 G., Felizitas 117, 124-126
 Gaderer, Rupert 22f.
 Ganser, Siegbert 227
 Gareis, Karl 37f.
 Gaupp, Robert Eugen 47, 147, 265
 Gelma, Eugène 135
 Germann, Urs 20f.
 Gerval, Oscar 179
 Goethe, Johann Wolfgang von 49, 260, 264
 Goffman, Erving 283
 Gogh, Vincent van 52, 54, 80
 Goll, Yvan 273
 Griesinger, Wilhelm 66f., 73, 84, 97, 211, 267f., 282
 Grosse, Johannes 259
 Grosser, Oswald 225
 Gruber, Max von 37
 Guttenberger, Fr. 234
 H., Anna 123f.
 H., Balbina 106
 H., Hedwig 202
 H., Walter 201
 Habermas, Jürgen 10
 Haeckel, Ernst 286
 Hagner, Michael 268
 Haller, Albrecht von 66
 Hauptmann, Gerhart 266, 270
 Heine, Rudolf 234
 Hellige, Hans Dieter 276
 Hellingrath, Norbert von 50
 Hellpach, Willy 268, 272, 276
 Helmholtz, Hermann von 67
 Herbert, Ulrich 7
 Herrn, Rainer 13, 27f., 132, 142, 154, 164
 Herzfelde, Wieland 274
 Hess, Volker 17-19, 132, 137, 154
 Hesse, Hermann 100
 Hesse-Imdahl, Anja 164
 Heym, Georg 273
 Hildebrandt, Kurt 30f., 43
 Hiller, Kurt 273
 Hindenburg, Paul von 37
 Hirsch, William 268
 Hirschberg, Gertrud 234
 Hirschfeld, Magnus 27f., 73, 281f., 284-291, 293-297
 Hitler, Adolf 35
 Hitzig, Eduard 67
 Hoche, Alfred E. 12, 35, 38, 101, 147, 171
 Hoddis, Jakob van 261-263
 Hölderlin, Friedrich 47-52, 54, 61f., 264f.
 Hoffmann, Annika 193
 Hübinger, Gangolf 13
 Hüger, A. (Oberst) 226, 233
 Hülsenbeck, Richard 261
 Ibsen, Henrik 270
 Ideler, Karl Wilhelm 267
 Iglauer, Robert 40
 Janet, Pierre 75
 Jaspers, Karl 32, 46f., 52-55, 60-62, 77
 Jensch, Nikolaus 135
 Jetzschmann, Paul 164
 Jochmann, Carl Gustav 56, 58, 61
 Jolly, Friedrich 134f., 141, 154, 163, 168-171, 179
 Jolowicz, Ernst 274
 Jordan, Friedrich 289
 Josephy, Hermann 198
 Juliusburger, Otto 289
 Jung, Franz 261
 K., Maria 125f.
 Kämpf, Konrad 164
 Kahlbaum, Karl 67f., 154
 Kahn, Eugen 30, 32, 39f., 42, 196
 Kaltenbach, Herbert 195
 Kammerer, Théophile 135
 Kandinsky, Wassily 51
 Kant, Immanuel 260

- Kiderle, Michael 105
 Kisch, Egon Erwin 79, 83
 Kleist, Heinrich von 243
 Klemmt, Paul 279f., 294
 Koch, Julius Ludwig August 19f., 188, 193f., 211
 Köhne, Julia 259
 Köppen, Max 241, 248f., 252f., 255, 257
 Körber, Heinrich 289
 Kohlhaas, Michael 243, 247
 Kolb, Gustav 101f., 106, 109f., 112, 114, 117, 119, 121
 Kopp, Heinrich 294
 Kraepelin, Emil 31, 36–40, 46f., 74, 102, 141, 146–148, 154, 156, 188–190, 204, 209, 265, 267f., 291
 Kraepelin, Toni 39
 Krafft-Ebing, Richard von 19, 26, 71, 73f., 133, 135, 147, 168, 209, 211, 216, 243, 245, 284
 Krapf, Emil 108
 Kraus, Karl 270
 Kronfeld, Arthur 263, 276
 Kühnel, Sandra 164
 Kundt, Eduard 118
 Kurtz, Rudolf 272
 Kutzinski, Arnold 250
 L., Nanny 198f.
 Lacan, Jacques 229
 Laclau, Ernesto 276
 Laehr, Hans 171
 Lämmert, Eberhard 264
 Lagarde, Paul de 277
 Langbehn, Julius 277
 Lange, Wolfgang 277
 Lange-Eichbaum, Wilhelm 47–49, 52, 60–62, 260, 265
 Langelüddecke, Albrecht 185f., 197
 Lavis, Anna 274
 Ledebur, Sophie 17
 Lefebvre, Marie-Félicité 69
 Lehmann, Julius Friedrich 37
 Lehmann-Hohenberg, Johannes Georg 22f., 225–227, 231–240
 Leidig, Werner 39
 Lemmerzähl (Amtsrichter) 226f.
 Lichtenstein, Alfred 274
 Liebknecht, Karl 32
 Liebmann, Kurt 60
 Link-Heer, Ursula 269
 Lombroso, Cesare 24, 33, 269–272, 274
 Lübking, Anna 164
 Luxemburg, Rosa 32
 M., Anna 125f.
 M., Friedrich 252–254, 256
 Mählmann, Sonja 23
 Marazia, Chantal 18f.
 Marcuse, Max 27
 Martini, Oskar 205
 Marx, Karl 262
 Max (Schwager v. Franz Eichbaum) 280
 Mayer, Roderich 114
 Meggendorfer, Friedrich 202f.
 Mehnert, Henning 260
 Meidner, Ludwig 267
 Meier, Marietta 11, 13f., 90
 Meisel-Hess, Grete 73
 Mellage, Heinrich 241
 Merkt, Otto 113
 Mette, Alexander 47, 49–52, 54, 59–62
 Meyer, Adolf 180
 Meyer von Schauensee, Placid 213
 Mignolo, Walter 276
 Minkowski, Eugeniusz 156, 158
 Möbius, Paul J. 259, 271f., 287
 Mohler, Armin 35
 Moll, Albert 284, 291
 Moltke, Kuno, Graf von 281
 Montanaro, Giovanni 80
 Morel, Benedict Augustin 262, 272
 Morgenthaler, Walter 50, 60
 Mühsam, Erich 39
 Müller, Klaus 290
 Müller, Kristina 164
 Müller, Natalie 164
 Müller, Thomas 15f.
 Munch, Jean 152
 Muñoz, Jorge Esteban 273f.
 Napoleon Bonaparte 260
 Nellen, Stefan 253
 Nietzsche, Friedrich Wilhelm 259, 270
 Nigg, Zacharias 231
 Nipperdey, Thomas 276
 Noack, Max 283, 293–296
 Nonne, Max 197
 Nordau, Max 270f.
 Oppenheim, Hermann 182, 283
 Oswald, Richard 291
 P., Albert 29f., 32
 Panizza, Oskar 25, 266
 Papen, Franz von 35
 Petry, Walter 262
 Pfemfert, Franz 273
 Pfersdorff, Charles 135, 147, 149f., 152, 156–158, 173, 179
 Plato 60
 Prinzhorn, Hans 46

- Prinzing, Alfred 102, 106–110, 112, 117–121, 127
 Quidde, Ludwig 8
 R., Fritz 209, 215–221
 R., Max 256f.
 Radestock, Paul 271f.
 Raphael, Lutz 13
 Reichmann, Frieda 31
 Reil, Johann Christian 66
 Remak, Robert 67
 Resch, Erich 125
 Rittershaus, Ernst 10
 Roelcke, Volker 263
 Römer, L. S. A. 289
 Roffenstein, Gaston 31
 Roller, Christian Friedrich Wilhelm 84
 Rubiner, Ludwig 273
 Rüdín, Ernst 31
 Sammet, Kai 9, 11, 13
 Sch., Anna 197
 Schiebe 251
 Schiller, Friedrich 264
 Schirring, Johanna 250f.
 Schlotter, Marie 282
 Schmidt (Patient) 39
 Schmidt, Jochen 264
 Schmiedebach, Heinz-Peter 58, 185
 Schneider, Kurt 189f., 196
 Schoenebeck, Maria 164
 Schreiber, Daniel Paul 231
 Schrenck-Notzing, Albert, Freiherr von 296
 Schüle, Heinrich 246
 Schwarz, Gottfried 233
 Schwietering, Imke 164
 Seiß, Lukas 164
 Seyffarth (Landesgerichtsdirektor) 226
 Shakespeare, William 267f.
 Sinner, Erwin 39
 Söhner, Felicitas 15f.
 Specht, Gustav 117–121
 Stein, F. 289
 Stelzner, Helenefriederike 31
 Stender, Arist 197
 Stöger, Gabriel 164
 Stramm, August 51
 Stransky, Erwin 60
 Strasser, Charlot 214f.
 Strindberg, August 52f.
 Surugiu, Adriana 164
 Swedenborg, Emanuel 52
 T., Katharina 288
 Teresa (Waisenkind) 80
 Teschenberg, Hermann, Freiherr von 290
 Theobald, Max 108
 Thoma, Ludwig 37f.
 Tischler, Max 289
 Tobias, Georg 289
 Toller, Ernst 39f.
 Toulouse, Edouard 180
 Tramer, Moritz 90–93
 Tresckow, Hans von 291, 294
 Troeltsch, Ernst 33
 Uelzen, Sebastian 164
 Ullrich, Heinrich 105f., 108
 Ullrich, Milena 164
 Victoria Luise, Prinzessin von Preußen 280
 Vismann, Cornelia 254
 Volta, Alessandro 65
 W., Augustin 249–252
 W., Hildegard 195f.
 Wagner, Cosima 37
 Wagner, Richard 270
 Wahrendorff, Ferdinand 85, 95, 98, 100
 Wahrendorff, Rudolf 100
 Walden, Herwarth 51
 Walter, François 6
 Wedekind, Frank 266
 Wehler, Hans-Ulrich 266
 Weiss, Georges 147, 173
 Welsh, Caroline 77
 Werfel, Franz 273, 275
 Werther 264
 Werthauer, Johannes 294
 Westphal, Carl 282f., 287, 289, 297
 Weygandt, Wilhelm 36, 192, 204
 Whitman, Walt 269
 Wilhelm II. (Dt. Kaiser, Kg. v. Preußen) 27, 266
 Wille, Ludwig 211, 217
 Wilmanns, Karl 45
 Wischer (Oberst) 226f.
 Witt, Richard 234
 Wölfli, Adolf 50
 Wolff, Gustav 268f.
 Wollenberg, Robert 135, 147
 Wulf, Stefan 20
 Wundt, Wilhelm 70
 Z., Georgina 123
 Zedler, Johann Heinrich 64, 243
 Zeiser 126
 Ziehen, Theodor 28, 141, 156, 252, 281–287, 291, 293f., 297
 Ziemssen, Hugo von 246
 Zierl, Friedrich 108
 Zinkernagel, Franz 47
 Zola, Émile 269f.