

Danksagung:

Diese Arbeit nahm ihren allerersten Anfang bei einer Recherche für eine frühere Projektmitarbeit. In einem Gespräch erwähnte Dr. Brigitte Rigele, die jetzige Direktorin des Wiener Stadt- und Landesarchivs, die Neuaufnahme von Archivalien aus dem heutigen Otto Wagner-Spitals. Die zahllosen Laufmeter der Krankenakten erweckten augenblicklich mein Interesse. Ihr gilt somit mein allererster Dank. Bereits zu diesem frühem Zeitpunkt, im Jahre 2006, hatte ich die Möglichkeit beim Wiener Krankenanstaltenverbund ein Stipendium zu erlangen, auch hier bin ich zu großem Dank verpflichtet.

Unterstützung bekam ich bereits seit meinem Studium von Professor Mitchell Ash. Er betreute schon meine Diplomarbeit und begleitete von Anfang an in unzähligen inhaltlichen und organisatorischen Hilfestellungen die vorliegende Arbeit – ihm gilt mein herzlichster Dank. Das maßgeblich von ihm initiierte, ab September 2006 an der Universität Wien verortete dreijährige Initiativkolleg `Naturwissenschaften im historischen Kontext´ ermöglichte mir weit mehr als den finanziellen Rahmen zum Verfassen dieser Dissertation. Die intensive fachliche Weiterbildung in Wissenschaftsgeschichte und -philosophie, die Unterstützung meines Zeitbetreuers Professor Gerd Müller, die vielen Colloquien, der intensive Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen des Doktoratsprogramms, und auch stete Zuspruch vor allem im `Eckzimmer´ unseres schönes Büros am Rooseveltplatz stellen wesentliche Eckpfeiler und mehr als bedeutende Momente der vorliegenden Arbeit dar.

Mit unabgeschlossener Arbeit und vielen daraus hervorgegangenen, noch offen gebliebenen Forschungsfragen begann ich als wissenschaftliche Mitarbeiterin am DFG-Projekt `Kulturen des Wahnsinns´ an der Charité in Berlin. Zwar hat sich meine Zeit scheinbar halbiert, das Leben an zwei Orte aufgespalten, doch mein Interesse an der Psychiatriegeschichte vertiefte sich nur noch mehr. Ein Writing-up-fellowship am Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte ermöglichte mir den Abschluss der vorliegenden Arbeit. Mein herzlicher Dank geht an dieser Stelle an Professor Hans-Jörg Rheinberger, die an der Abteilung III angesiedelte Arbeitsgruppe `Knowledge in the making´ und die dortigen Kolleginnen und Kollegen, die mir stets Anregung und Unterstützung boten.

Viele hier ungenannt bleibende Freunde und Familienmitglieder haben mit großer Geduld und viel Wohlwollen mein Interesse und die nötige Ausdauer zum Verfassen der Dissertation unterstützt. Ihnen und vor allem meinen beiden – sei es nun dem Lauf der Zeit oder den arbeitsbedingten vielen Abwesenheiten geschuldet – mittlerweile recht selbständigen Kindern Katharina und Sebastian gilt mein tiefster Dank.

S. L.

Inhalt

1. Einleitung

- 1.1. Die Insel der Unseligen 6
- 1.2. Das Wissen in der Praxis: Ansatz und Quellen 9
- 1.3. Untersuchungszeitraum und Kapitelfolge 18

2. Wissen und Räume. Zur Gründungsgeschichte der Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* 26

- 2.1. Die Wiener Institutionen zur Versorgung psychisch Kranker während des 19. Jahrhunderts und die Gründung der I. und II. Psychiatrischen Klinik 27
- 2.2. Die Reform des „Irrenwesens“ 42
- 2.3. Zählen und Bauen. Gefährlichkeit und Erblichkeit. Zur Frage der steigenden Anzahl psychisch Kranker 52
- 2.4. Psychiatrische Polytechnik: Die Gründung einer modernen Anstalt 67

3. Anordnungen der Anstaltspsychiatrie: Rationalisierungstendenzen der Moderne 83

- 3.1. Von der äußeren und der inneren Ordnung: *„Die Zukunft der Irrenpflege liegt in der Spezialisierung der Anstalten“* 87
- 3.2. Das Sanatorium. Stationäre Behandlung der „Nervenkranken“ 105
- 3.3. *„Die Beschäftigung der Geisteskranken ist ein wichtiger therapeutischer Faktor“* 109

3.4.	„ <i>Irren wärter als Teil des Arzneiapparates</i> “: Die historischen Lebens- und Arbeitswelten und die Bedeutung der Pflege in der `modernen Psychiatrie´	114
3.5.	Medizinisch-administrative Ambivalenzen: Die Aufgabenbereiche der Mediziner	126
3.6.	Zur Materialität und Medialität von Krankenakten in der Anstaltspsychiatrie	138
3.6.1.	Zu den Akten. Quellenmaterial und historische Analyse	140
3.6.2.	Zum Aufzeichnen psychiatrischer Beobachtungen und ihrer strukturellen Bedeutung im Aufnahmeverfahren	146
3.6.3.	Das Deckblatt der Krankenakte: Materielle Informationsspeicherung und Kodierung	150
3.6.4.	Die „Kranken-Geschichte“	157
3.6.5.	Exkurs: Die Archivierung der Krankenakten: Produkte eines administrativen Vorgangs oder Sammeln psychiatrischer Verdattungen?	164
3.7.	„ <i>Man sagt daher nicht mit Unrecht, dass bei der Behandlung der Geisteskranken die Anstalt selbst eine Medizin darstellt</i> “: Zum Alltag zwischen Überfüllung und mangelnden Ansehen der Anstaltspsychiatrie	169
3.8.	Epistemische Räume: Die Verbindungen zwischen der (Anstalts-) Psychiatrie und der Rechtssprechung	186
3.8.1.	Die biologistische Interpretation von Delinquenz und der kriminalistische Blick auf Geisteskrankheiten: „ <i>Verbrechen und Wahnsinn sind nicht contradiktorische Gegensätze</i> “	191
3.8.2.	„Verbrecherische Irre“, „irre Verbrecher“ und „minderwertige Psychopathen“	195
3.8.3.	Die Frage der institutionellen Versorgung und die Forderung nach der Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit	200

3.8.4.	Exkurs: Der biopolitische Zugriff auf die „minderwertigen Psychopathen“: Der Ruf nach „sichernden Maßnahmen“ und die in diesem Zusammenhang gestellten eugenisch motivierten Forderungen	208
4.	Wissen in Bedrängnis? Zu den Veränderungen in der Anstaltspsychiatrie während des Ersten Weltkrieges und der Nachkriegszeit	214
4.1.	Öffentlich-rechtliche Erwartungen an die Psychiatrie? Die Entmündigungsordnung von 1916	215
4.2.	Kriegsbedingte strukturelle Veränderungen und Versorgungskrise <i>Am Steinhof</i>	231
4.3.	„ <i>Der Weltkrieg, der Kriegsausgang und die Psychiatrie</i> “: Der Umgang mit der schwierigen Versorgungslage, die administrativen Änderungen <i>Am Steinhof</i> und die Hoffnungen auf einen Neubeginn	241
5.	Einschluss- und Ausschlussverfahren der Anstaltspsychiatrie in den 1920er Jahren	256
5.1.	Forderungen nach Reformen im „Roten Wien“	256
5.2.	Alkoholismus als der „ <i>wunde Punkt der Irrenpflege</i> “	261
5.3.	Der Ausbau der offenen Fürsorge	282
5.4.	Arbeitstherapie oder „Zimmer-Industrie“: Professionalisierung der Beschäftigungstherapie?	292
5.5.	Fürsorge oder medizinische Behandlung. Der institutionelle Fokus auf die Epilepsie	299
6.	Zusammenfassung	311
7.	Quellen- und Literaturverzeichnis	325
8.	Anhang	358

1. Einleitung

1.1. Die Insel der Unseligen

„Da liegt sie, die Gartenstadt der Irrsinnigen, Zufluchtsort an dem Wahnsinn der Welt Gescheiteter, Heimstätte der Narren und Propheten. Goldregen leuchtet über weißem Kies, Kastanien haben festlich leuchtende Knospen angesteckt, und Lerchengeschmetter prasselt nieder aus blauen Lüften. Friedlich im Frühling und blau gebettet ist die Stadt mit dem lächelnden Antlitz und dem vergrämten Herzen. Die Häuser sind alle gleich gebaut und heißen „Pavillon“, haben römische Ziffern an der Innenseite und fest verschlossene Pforten.“

Joseph Roth, Kaffeehaus-Frühling. Ein Wien-Lesebuch

Die psychiatrische Heil- und Pflegeanstalt *Am Steinhof* ist von Joseph Roth unter dem Titel die „Insel der Unseligen“ abhängig von der Perspektive als rettende Insel oder als ein von der Umwelt hermetisch abgeschlossener Ort beschrieben worden.¹ Die zeitgenössische Bedeutung und Umstrittenheit dieser Institution fand auch Eingang in literarische Werke wie Robert Musils unvollendeter Roman „Der Mann ohne Eigenschaften“ und Thomas Bernhards „Wittgensteins Neffe“. Auch die bildende Kunst spielte *Am Steinhof* eine wichtige Rolle. Oskar Kokoschka portraitierte den nur wenige Jahre nach der Eröffnung der Anstalt dort internierten Schriftsteller Ludwig von Janikowski und Erwin Dom Osen fertigte Bilder von

¹ Joseph ROTH, Kaffeehaus-Frühling. Ein Wien-Lesebuch. Hg. von Helmut PESCHINA (Köln 2001) 133f.; Ders., Werke I. Das journalistische Werk 1915 – 1923. Hg. von Klaus WESTERMANN (Köln 1989) 23f.

Patienten für den psychiatrischen Unterricht an.² Vor allem aber sticht die herausragende Architektur ins Auge. Otto Wagner, der führende Vertreter der modernen Wiener Architektur, konzipierte sowohl die Pläne für die gesamte Anlage als auch die, am oberen Ende des Anstaltsgeländes gelegene, in Form eines Zentralbaus errichtete Kirche mit ihrer weithin sichtbaren goldenen Kuppel.

Im Gegensatz zu den künstlerischen und den in den letzten Jahren vermehrt auch kunst- und architekturhistorischen Bezugnahmen auf die 1907 eröffneten und zu diesem Zeitpunkt größten und modernsten Anstalt für psychisch Kranke in Europa blieb diese Institution aus wissenschaftshistorischer Perspektive insbesondere für die ersten Jahrzehnte ihres Bestehens weitgehend unbeleuchtet.³ Doch besteht nicht nur ein Forschungsdesiderat zur Wiener Psychiatriegeschichte an sich. Vielmehr ist es genau jene in Literatur und Kunst vielfach und sehr unterschiedlich anklingende spezifische Situation dieser Anstalt in der wachsenden Großstadt Wien an der Wende zum 20. Jahrhundert, die ein solches Vorhaben als Herausforderung begreifen lässt.⁴ Bereits die Architektur der Anlage und ihrer Pavillons macht den Einfluss einer gestalterischen und auch segregierenden Moderne nach außen hin

² Die mannigfaltigen und wechselseitigen Beeinflussungen von Psychiatrie und bildender Kunst in Wien und der k.u.k. Monarchie sind Thema des von Leslie Topp geleiteten Forschungsprogramms „Madness and Modernity. Architecture, Art and Mental Illness in Vienna and the Habsburg Empire, 1890–1914“. Daraus hervorgegangene Arbeiten werden der Übersicht halber an den relevanten Stellen der vorliegenden Studie benannt. Im Jahre 2009 wurde eine Ausstellung für die Wellcome Collection in London kuratiert und 2010 auch im Wien-Museum gezeigt: Gemma BLACKSHAW, Leslie TOPP (Hg.), *Madness & Modernity. Kunst und Wahn in Wien um 1900* (Wien 2010).

³ Eine Überblick zu deren institutioneller Entwicklung ist jüngst anlässlich des hundertjährigen Bestehens von ihrem langjährigen Leiter vorgelegt worden: Eberhard GABRIEL, *100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe. Von den Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof zum Otto Wagner-Spital* (Wien 2007).

Zu den inhumanen Geschehnissen *Am Steinhof* während der Zeit des Nationalsozialismus: Gertrud BAUMGARTNER, *Alles Übel kommt vom Weibe. Die Verfolgung und Internierung von sogenannten „asozialen“ Frauen in der NS-Zeit*. In: Rotraud A. PERNER (Hg.), *Menschenjagd. Vom Recht auf Strafverfolgung* (Wien 1992) 127-148; Johann GROSS, *Spiegelgrund. Leben in NS-Erziehungsanstalten* (Wien 2000); Susanne MENDE, *Die Wiener Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ im Nationalsozialismus* (Frankfurt am Main 2000); Sonia HORN, Peter MALINA (Hg.), *Medizin im Nationalsozialismus. Wege der Aufarbeitung (=Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin)* Wien 2001; Matthias DAHL, *Endstation Spiegelgrund. Die Tötung behinderter Kinder während des Nationalsozialismus am Beispiel der Kinderfachabteilung in Wien 1940 bis 1945* (Wien 2004). Vgl. dazu auch die drei Sammelbände: Eberhard GABRIEL, Wolfgang NEUGEBAUER (Hg.), *NS-Euthanasie in Wien* (Wien, Köln, Weimar 2000); Diess. (Hg.), *Von der Zwangssterilisierung zur Ermordung. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien, Teil II* (Wien, Köln, Weimar 2002); Diess. (Hg.), *Vorreiter der Vernichtung? Eugenik, Rassenhygiene und Euthanasie in der österreichischen Diskussion vor 1938. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien, Teil III* (Wien, Köln, Weimar 2005).

⁴ Klassisch: Carl E. SCHORSKE, *Fin-de-Siècle Vienna: Politics and Culture* (London, Wien, 1980); An seine Forschung anschließend: Steven BELLER (Hg.), *Rethinking Vienna 1900 (=Austrian History, Culture and Society 3)* New York, Oxford 2001.

deutlich sichtbar.⁵ Die Rede von der `modernen Anstaltspsychiatrie´ war sowohl bei der Gründung der Institution als auch deren weiteren Führung in den ersten beiden Jahrzehnten ihres Bestehens ein zentraler Bezugspunkt aller Beteiligten. Dies lässt fragen, inwiefern das äußere Erscheinungsbild der Anlage der Anstalt mit der seitens der Disziplin propagierten neuartigen Form der Versorgung psychisch Kranker korrespondierte.⁶

Ein Jahr nach der Eröffnung der Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* umriss der maßgeblich an der Planung des Neubaus beteiligte Oberinspektionsrat des Niederösterreichischen Landesausschusses Fedor Gerenyi auf dem in Wien tagenden Internationalen „Kongress für Irrenpflege“ die Wirkung der Macht der Anstaltspsychiatrie folgendermaßen: *„Es gibt kaum ein Gebiet der öffentlichen Verwaltung, welches mit der Irrenpflege nicht wenigstens indirekt in Zusammenhang gebracht werden könnte. Die Irrenanstalten stellen sozusagen ein Spiegelbild der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse des Staates dar, für welchen sie bestehen. Ein aufmerksames Studium der Krankenbewegung in den Irrenanstalten, der Krankheitsursachen, der Aufnahme- und Entlassungsumstände wird den Organen der öffentlichen Verwaltung manchen Aufschluss über die Zustände ihre Gebiete erteilen, den sie in gleich zuverlässiger Weise anderswo kaum erlangen könnten.“*⁷

Dieses Zitat ist aus mehreren Gründen paradigmatisch. Erstens galt zu diesem Zeitpunkt der Terminus „Irrenpflege“ bereits als überholt. Zugleich aber umschloss das zeitgenössische Selbstverständnis der Psychiatrie die Möglichkeit, für die

⁵ Vgl. dazu allg.: Zygmunt BAUMANN, *Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit* (Hamburg, Deutsche Erstausgabe 1992; Neuausgabe 2005) und im Besonderen die als „Die Suche nach Ordnung“ betitelte Einleitung: 11-37; Zur Undatierbarkeit des Forschungsfeldes: Ebd., 14f. Im Gegensatz dazu benennt Jacques Le Rider für die „Wiener Moderne“ den Zeitraum von 1890 bis 1910. Sowohl politische als auch soziale und kulturelle Veränderungen kulminierten in einer auffallenden Gleichzeitigkeit innerhalb der Jahrzehnte vor und nach 1900. Die besondere zeitliche Dichte der Entwicklungen in der „Wiener Moderne“ erklären sich vor dem Hintergrund der damaligen sozialen und kulturellen Situation der österreichisch-ungarischen Monarchie, beziehungsweise einem Verspätungseffekt, der sich dann mit einer ausgeprägten Modernisierung verbindet, durch die der Rückstand nahezu aufgeholt wird: Jacques LE RIDER, *Das Ende der Illusion. Die Wiener Moderne und die Krisen der Identität*. Aus dem Französischen (1990) übersetzt von Robert FLECK (Wien 1990). Hier: 15f. Ein Überblick zu dem seit 1975 zunehmenden Interesse an der Wiener Moderne und der daraus erwachsenen Literatur welche interessanterweise vorwiegend außerhalb des deutschen Sprachgebietes erarbeitet wurde: Ebd., 9f.

⁶ Mit dem Terminus `moderne Anstaltspsychiatrie´ folge ich der zeitgenössischen Begrifflichkeit. Ein zu dieser Thematik zentraler Sammelband: Heiner FANGERAU, Karen NOLTE (Hg.), `Moderne´ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik (=Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 26) Stuttgart 2006.

⁷ Fedor GERENYI, *Irrenpflege und Verwaltung*. Vortrag, gehalten auf dem III. Internationalen Kongress für Irrenpflege, Wien 1908. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 10 (1908/09) 393-399. Hier: 398.

Verwaltung eines Landes relevante Informationen erlangen zu können. Dies ist aber zweitens nicht nur als rhetorische Bedeutungszuschreibung des eigenen Aufgabenbereiches zu lesen, welcher weit über die eigentliche Tätigkeit in der Institution hinausreichen wollte. Vielmehr deutet Gerenyis Rede von einem Spiegelbild auf zwei unterschiedliche Blickrichtungen: auf ein komplexes, wenn nicht gar bedrohliches Geschehen außerhalb der Institution und eines innerhalb, beide aber bedingen einander und stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander. Schon Joseph Roths Bild der „Insel“ verweist auf das Problem von Ausschluss und Umgebung. Für die beteiligten Planer sollte die am Stadtrand von Wien gelegene Anstalt ein Gegenmodell für die brüchige Welt jenseits ihrer Mauern darstellen, das in seiner Klarheit, Heilsamkeit und Naturverbundenheit zugleich eine Kritik an der chaotischen, überbevölkerten modernen Metropole implizierte.⁸ Angesichts der überragenden Wirkung der Gesamtkonzeption der Anlage, ihrer Pavillons und der Kirche stellt sich somit die dringliche Frage nach den Vorgängen im Inneren jenes angeblichen Gegenmodells. Das dritte Moment, worauf mit diesem Zitat aufmerksam gemacht wird, ist die Tatsache, dass die Institution ein Brennpunkt vieler Fragen der Gesundheitspolitik war, an welcher – und dies ist nun der zentrale Punkt – weniger ein akademisch etabliertes Wissen angewandt wurde beziehungsweise auch Praxis- und Kompetenzfelder vielfach erst ausgehandelt werden mussten. Die vorliegende Arbeit folgt der Entwicklung der Institution *Am Steinhof* aus dem Blickwinkel einer Geschichte des Wissens und richtet den Fokus auf die psychiatrische Praxis.

1.2. Das Wissen in der Praxis: Ansatz und Quellen

Die 1907 eröffnete psychiatrische Anstalt schloss an eine lange Tradition spezifischer Versorgung für psychisch Kranke an. Ein wesentlicher Unterschied zwischen der Anstalt *Am Steinhof* und ihrer Vorgängereinstitution bestand in der nun auch räumlich vollzogenen Trennung von der klinischen Psychiatrie.⁹ Diese Aufteilung bedingte die

⁸ Leslie TOPP, Emma BLACKSHAW, Erforschungen des Körpers und Utopien des Irrsinns. Geisteskrankheit, Psychiatrie und bildende Kunst in Wien zwischen 1898 und 1914. In: Diess. (Hg.) *Madness & Modernity*, 17-41. Hier: 33.

⁹ Grundlegend zur Geschichte der klinischen Psychiatrie: Eric J. ENGSTROM, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice* (=Cornell Studies in the History of Psychiatry) Ithaca, London 2003.

Existenz zweier zwar nicht unverbundener, aber dennoch voneinander weitgehend unabhängiger Ausrichtungen innerhalb einer Disziplin und führte zu Reflexionen und (Neu-)Definitionen dieses Wissensraumes. Erstmals war die nun reine Anstaltspsychiatrie ein von der klinischen Forschung entfernter Ort des Agierens, der einen – nun in das Blickfeld des Interesses rückenden – eigenständigen Wissensbereich bildete. In der vorliegenden Studie zur Geschichte einer überwiegend auf die Versorgung ausgerichteten Anstalt wird die Aufmerksamkeit weniger auf ein explizit wissenschaftliches Wissen, sondern auf grundlegende Strukturen der Systematisierung und die Organisation der sozialen und institutionellen Praktiken gelenkt – denn auf letzteren basieren sowohl die Kohärenz der Diskurse als auch die legitime Ausübung von Macht.¹⁰ Die nun gänzlich von der klinischen Psychiatrie getrennten Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* sind vielmehr ein Ort, an dem ein an die Institution gebundenes Alltagswissen, ein implizites Handlungswissen, ein auf ‚Erfahrung‘ basierendes Behandlungswissen, ein Wissen um Vorstellungen geistiger Gesundheit und Krankheit inklusive aller ihrer vielfältigen Übergangs- und Grauzonen und nicht zuletzt ein Verwaltungswissen angewandt, verändert und auch in andere Bereiche weiter transferiert wurde.¹¹

Seitens der Wissenssoziologie ist auf spezifische Kompetenzen aufmerksam gemacht worden, die weniger auf vorgegebenen Regeln und Gebrauchsanweisungen, sondern auf Erfahrung und Könnerschaft basieren. Praktisches Wissen setzt oft dort ein, wo theoretische Einsichten nicht ausreichend weiterhelfen, oder aber in nicht eindeutigen Zusammenhängen und unvorhersehbaren Verflechtungen gehandelt, beziehungsweise Unbestimmtheiten oder gar Widersprüche berücksichtigt werden müssen. Kompetenzen wie diese haben mit dem eigenständigen Erfassen einer Situation, mit Umsicht und Geschicklichkeit, aber auch mit Einblick und Urteilskraft zu tun. Praktische Erkenntnis artikuliert sich nicht in einer Theorie, sie sucht nicht – wie die theoretische Erkenntnis

¹⁰ Vgl. allg. zur Bedeutung der praktischen Vernunft: Timothy LENOIR, Politik im Tempel der Wissenschaft. Forschung und Machtausübung im deutschen Kaiserreich (Frankfurt am Main, New York 1992) 146f.; In Anlehnung an Michel Foucault: Ebd., 225.

¹¹ Wissensgeschichte ist weder ein klar definiertes noch ein abgegrenztes Arbeitsgebiet. Die Notwendigkeit den Pluralismus von Wissensformen hervorzuheben begründet sich gegenüber der Priorität, die das gegenwärtige Forschungs- und Bildungssystem dem wissenschaftlichen Wissen zukommen lässt. Das von David GUGERLI, Michael HAGNER, Michael HAMPE, Barbara ORLAND, Philipp SARASIN und Jakob TANNER herausgegebene Zürcher Jahrbuch für Wissensgeschichte widmet sich diesem Feld. Vgl. dazu allg. die Einleitung der Herausgeber: Nach Feierabend. Zürcher Jahrbuch für Wissensgeschichte 1: Bilder der Natur – Sprachen der Technik (Zürich, Berlin 2005) 7-11.

– nach situationsunabhängiger Gewissheit. Signifikant ist im weiteren die Betonung, dass sich Praktiker `auf eine bestimmte Sache verstehen´ und sie die `Kunst des Handelns´ beherrschen.¹² Eben jene Argumente und somit Grundlagen des Handelns, wie beispielsweise die erst in ihrer Ausübung zu erlangende `psychiatrische Erfahrung´ oder die nicht näher definierte und scheinbar selbstverständliche `Heilkunst´ werden in der (Anstalts-)Psychiatrie wie selbstverständlich benannt.¹³ Beide Arten des Wissens, das praktische und das theoretisch-methodische, sind eng miteinander verbunden. Das eine ist ein Wissen, das sich in der Praxis versteckt, die uns mehr wissen lässt, als wir zu sagen wissen.¹⁴ Das andere ist ein objektiviertes Wissen, das durch Regeln und Symbole auf Dauer gestellt ist und situationsübergreifende Kenntnis artikuliert. Beide jedoch kommen nicht ohne einander aus; Theorie kann nicht auf Praxis verzichten und umgekehrt.¹⁵ Das theoretische Wissen ist explizit, in Texte und Daten gefasst, geformt, reproduziert, gespeichert und beglaubigt in den Wissenschaften.¹⁶

Mit diesem Ansatz soll keineswegs die Wissenschaftlichkeit des Vorgehens der noch jungen Disziplin Psychiatrie in Abrede gestellt werden, vielmehr wird das Augenmerk auf die gesellschaftlich geprägte institutionelle Wirklichkeit gerichtet. Diese wird nicht als „objektive Tatsache“, sondern als eine, im hohen Maße von der Interaktivität ihrer sowohl persönlichen als auch materiellen Aktanten geprägte Entwicklung gelesen. Verortet man fortlaufende soziale Praktiken innerhalb eines kulturellen Geflechts von Kontinuität und Diskontinuität, so erweitert sich der Ansatz des Praxisbezuges um eine Perspektive, die sowohl stabile kulturelle Vorannahmen als auch etwaige Veränderungen erfahren lässt. Kultur in diesem Sinne ist nicht ein Gebilde von

¹² Karl H. HÖRNING, Experten des Alltags. Die Wiederentdeckung des praktischen Wissens (Weilerswist 2001) 9-16. Hörning untersucht den Umgang mit technischen Dingen und grenzt sich dabei von der vorherrschenden Technikforschung ab, die den „Einbau“ von Technik in die Handlungsabläufe der Menschen als eine Entlastung, Stabilisierung und Wirkungssteigerung des gesellschaftlichen Zusammenlebens sieht. Mit der Perspektive auf die Praxis können die Unterschiede zwischen Technik und sozialer Praxis aufrecht erhalten werden, nicht aber um eine Dualität zu bewahren, sondern um auf diesem Wege das mögliche Potential praktischer Vernunft aufdecken zu können, welches (noch) nicht von der Technisierung erfasst ist. Dabei geht es darum, das Gegebene nicht als unausweichlich hinzunehmen, sondern als Ausschnitt aus dem Möglichen zu erkennen. Darüber hinaus (67f.) macht er auf die performativen Wirkungen des Einsatzes von „technischen Dingen“ aufmerksam, die in ihrem Gebrauch selbst wiederum auf den Menschen und die Gesellschaft einwirken. Vgl. dazu allg. auch: Michel de CERTEAU, Kunst des Handelns (Berlin 1988).

¹³ Die einfachen Führungszeichen dienen zur Hervorhebung der Spezifika des Wissens in der Praxis.

¹⁴ Grundlegend dazu: Michael POLANYI, Implizites Wissen (Frankfurt am Main 1985). Hier: 14.

¹⁵ Als ein zentrales Beispiel dafür nennt Polanyi die Kunst der medizinischen Diagnostik, worin geschicktes Prüfen und sorgfältige Beobachtung untrennbar miteinander verknüpft sind. In: Ebd., 16.

¹⁶ Vgl. dazu allg.: HÖRNING, Experten des Alltags, 9-16.

tragenden und leitenden gemeinsamen Werten und Normen, sondern beinhaltet ein zu untersuchendes Wissensrepertoire, welches oft implizit eingesetzt, aber nicht einfach angewandt, sondern sich in der Auseinandersetzung in der Praxis erst entfaltet.¹⁷

In Anlehnung an neuere Ansätze der Wissensgeschichte ist auf drei voneinander nicht unabhängige Aspekte aufmerksam zu machen. Das an der Anwendung orientierte psychiatrische Wissen ist nicht in einem statischen Sinne als reine Information zu verstehen. Es ist Grundlage für bestimmte Entscheidungen und hat dabei stets auch prozesshafte und reflexive Dimensionen inne. Es ist sowohl Ergebnis als auch Bestandteil permanent stattfindender Prozesse und damit ständig neuen Kontextualisierungen und Reflexionen unterworfen. Dieses Wissen ist zweitens konstitutiv an Aktivierung gebunden, es bezieht sich immer wieder auf einen Handlungsbedarf und impliziert damit bestimmte Handlungspotentiale. Drittens ist auf unterschiedliche Wissensformen aufmerksam zu machen. Sowohl explizites als auch implizites Wissen spielt eine wichtige Rolle. Letzteres knüpft an Erfahrungen und Routinen an und umfasst sowohl praktisches als auch lokales Wissen. Institutionen und ihre Strukturen speichern in standardisierten Verfahren, Normen und gelebten Werten, damit auch in der Organisationskultur selbst ein Wissen, das einzelne Mitglieder oder auch deren Führung übertreffen kann. Damit ist es aber nicht unabhängig von bestimmten Intentionen, vielmehr wird es in Kommunikationsprozessen immer wieder aktiviert.¹⁸

Die Perspektive auf das Wissen in der Praxis birgt für das Schreiben der Geschichte einer psychiatrischen Anstalt Schwierigkeiten wie Chancen. Erstere liegen in der für die historische Forschung nur teilweisen Erschließbarkeit dieser Art des Wissens.¹⁹ Ein früher Ansatz einer Wissensgeschichte, der Phänomenologie eines Wissens, ist der von Michel Foucault alternativ zur Wissenschafts- und Ideengeschichte entwickelte Begriff der diskursiven Praxis. Fragestellungen wie beispielsweise die nach einem „Ort des Wissens“ lassen sich nach Ulrich Johannes Schneider durch

¹⁷ Vgl. dazu allg.: Karl H. HÖRNING, Julia REUTER, Doing Culture: Kultur als Praxis. In: Diess. (Hg.) Doing Culture. Neue Positionen im Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis (Bielefeld 2004) 9-15.

¹⁸ Peter COLLIN, Thomas HORSTMANN, Das Wissen des Staates – Zugänge zu einem Forschungsthema. In: Diess. (Hg.) Das Wissen des Staates. Geschichte, Theorie und Praxis (=Rechtspolitologie 17) Baden-Baden 2004, 9-38. Hier: 12f. Ein Überblick der aus der Philosophie, der Wissenssoziologie, den *science studies* und der Wissenschaftsgeschichte stammen Anregungen zu einer Wissens-Geschichte findet sich in: Ebd., 11.

¹⁹ Vgl. auch zur Schwierigkeit der Praxis auf die Spur zu kommen: Stephen TURNER, The Social Theory of Practices. Tradition, Tacit Knowledge and Presuppositions (Chicago 1994).

Geschichtsschreibung auch nur schwer beantworten.²⁰ Marietta Meier und Jakob Tanner sind der Ansicht, dass die historische Analyse einer psychiatrischen Institution stets ein „fremder Blick“ bleiben werde, dem jedoch der Versuch entgegenstehe, verschiedenste Sichtweisen beteiligter Akteure miteinander in Bezug zu setzen.²¹ Das methodische Vorgehen der Multiperspektivierung liegt der differenziert argumentierenden Studie der Schweizer Forschergruppe Meier, Bernet, Dubach und Germann zugrunde, die einen, für die Psychiatriegeschichte zentralen und gleichzeitig sehr schwierigen Themenbereich, nämlich die Anwendung von Zwangsmaßnahmen behandelt. Nicht nur mechanische Beschränkungen wie Bettgurte, Deckelbäder, Zwangsjacken, Isolierungen, nasse Einwickelungen, sondern auch die Internierung, die Entmündigung und die Anstaltsordnung selbst verweisen auf gesellschaftliche Ordnungsvorstellungen und Normalisierungstendenzen. Deren historische Untersuchung und Bewertung ist somit eng mit einer Problematisierung von gesellschaftlichen Zwängen in der Moderne verbunden.²²

Eben hier liegen aber auch die Chancen einer Perspektive auf das Wissen in der Praxis. Foucaults Schriften haben bekanntermaßen innerhalb der Geistes- und Sozialwissenschaften ein Umdenken angestoßen, welches weite Teile unserer herkömmlichen Vorstellung des Sozialen umfasst. Weder der Begriff der Macht noch die Ideen, die über die Produktion von Wissen oder die Rolle des Handlungssubjekts vorherrschten, sind dieselben geblieben. Tiefere Schichten einer sozialen Macht können allerdings nur dann in den Blick geraten, wenn auf jede Assoziation mit Unterdrückung oder Repression zunächst Verzicht geleistet wird: Unter „Macht“ wird vielmehr das Ergebnis eines Prozesses verstanden, in dem Individuen einem gesellschaftskonstitutiven Netz sozialer Regeln unterworfen sind, welches sie durch disziplinierte Einübung zu übernehmen gelernt haben. Dieser regulative Typus der Macht hat auch produktive Effekte, erst mit einem solchen entstehen bestimmte Spielräume sozialen Handelns. Ähnlich weit gefasst ist auch der Begriffs des

²⁰ Ulrich Johannes SCHNEIDER, Wissensgeschichte, nicht Wissenschaftsgeschichte. In: Axel HONNETH, Martin SAAR (Hg.), Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption (Frankfurt am Main 2003) 220-229. Foucault skizziert keine These, sondern eine Aufgabe, die Archäologie ist ihm weder Theorie noch Methode. Hier: 222f.

²¹ Marietta MEIER, Zwang und Autonomie in der psychiatrischen Anstalt – Theoretische Überlegungen und empirische Befunde aus historischer Sicht; Jakob TANNER, Der 'fremde Blick': Möglichkeiten und Grenzen der historischen Beschreibung einer psychiatrischen Anstalt. Beide in: Wulf RÖSSLER, Paul HOFF (Hg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang (Heidelberg 2005) 67-87 bzw. 45-66.

²² Marietta MEIER, Brigitta BERNET, Roswitha DUBACH, Urs GERMANN, Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970 (Zürich 2007).

„Wissens“: losgelöst von jeder internen Verklammerung mit der Institution der Wissenschaften kann er auf alle Formen epistemischer Praktiken übertragen werden, mit deren Hilfe diskursiv Wahrheitsansprüche erhoben werden. Diese Pluralisierung ermöglicht somit eine Untersuchung institutioneller Mechanismen, durch die in der Konkurrenz der Wahrheitsansprüche bestimmte Wissensformen zu Standardmustern gemacht werden konnten.²³

Mit dieser Bezugnahme auf Foucault soll jedoch festgehalten sein, dass in der vorliegenden Arbeit keineswegs dem (scheinbaren) Dilemma zwischen einer affirmativen Fortschritts- und einer kritischen Disziplinargeschichte²⁴, noch der in der Psychiatriegeschichte lange Zeit maßgeblich von Erving Goffman beeinflussten Sichtweise von „Irrenanstalten“ als Instrumente sozialer Kontrolle gefolgt werde²⁵. Stattdessen sind Prozesse sozialer Marginalisierung und medizinische beziehungsweise institutionelle Praktiken klar zu unterscheiden und zueinander in Beziehung zu setzen.²⁶ Studien, die beispielsweise familiäre oder kommunale Formen der Versorgung psychisch Kranker²⁷, oder aber die Anstaltsunterbringung als therapeutisches Verfahren an sich und auch als Instrument sozial-präventiver

²³ Axel HONNETH, Foucault und die Humanwissenschaften. Zwischenbilanz einer Rezeption. In: Ders., Martin SAAR (Hg.), Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption. Frankfurter Foucault-Konferenz 2001 (Frankfurt am Main 2003) 15-26.

²⁴ Ein informativer Überblick der Rezeption Foucaults und seiner These der Sozialdisziplinierung: Ulrich BRIELER, Blind Date. Michel Foucault in der deutschen Geschichtswissenschaft. In: HONNETH, SAAR (Hg.), Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption, 311-334. Das Paradigma der Sozialdisziplinierung gilt als anerkannte These für die Frühe Neuzeit. Die vielzitierte und umstrittene These Foucaults der „großen Einschließung“ bezieht sich keinesfalls auf den Untersuchungszeitraum der vorliegenden Studie. Sie gilt für das 20. Jahrhundert als widerlegt: Marijke GIJSWIJT-HOFSTRA, Harry OOSTERHUIS, Joost VIJSELAAR, Hugh FREEMAN (Ed.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches* (Amsterdam 2005). Vgl. dazu auch die Untersuchung von Krankenakten eines Tiroler Landarztes, die dieser über fünf Jahrzehnte geführt hatte: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Elena TADDEI, Curare – segregare – amministrare. L’assistenza e la gestione dei „mentecatti“ in un contado del Tirolo: l’esempio del medico generico Franz von Ottenthal (1818-1899) di Campo Tures. In: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Rodolfo TAIANI (Hg.) *Psychiatrielandschaft. Themenheft. Geschichte und Region* 17 (2008) 83-102.

²⁵ Grundlegend: Erving GOFFMANN, *Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen* (Frankfurt am Main 1972); Vgl. dazu auch: Martin SCHEUTZ (Hg.), *Totale Institutionen. Themenheft. Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit* 8, Heft 1 (2008); Falk BRETSCHNEIDER, Zur Geschichtslosigkeit der „Totalen Institutionen“. Kommentar zu Erving Goffmans Studie „Asyle“ aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive. In: Ebd., 135-142.

²⁶ Ein diesbezüglicher Überblick zur Psychiatriegeschichte der letzten Jahre: Eric J. ENGSTROM, Beyond dogma and discipline: new directions in the history of psychiatry. In: *Current Opinion in Psychiatry* 19 (2006) 595-599. Hier: 596.

²⁷ Joseph MELLING, Bill FORSYTHE (Hg.), *The Politics of Madness. The State, Insanity and Society in England, 1845-1914* (=Routledge Studies in the Social History of Medicine) London, New York 2006.

Kontrolle untersuchen²⁸, zeigen deutlich, dass die These der Sozialdisziplinierung der Komplexität sozialer Antworten auf geistige Erkrankungen keinesfalls gerecht werden kann. Jene differenzierte Herangehensweise soll mittels jüngst formulierter Ansätze untermauert werden, nämlich Politik als konstitutiven Bestandteil von wissenschaftlicher *Praxis* in allen ihren Stadien zu begreifen²⁹, beziehungsweise Politik und Wissenschaft in ihrer Interaktion zu erkennen.³⁰ Letztere ist in der Neuausrichtung der `modernen Anstaltspsychiatrie´ insbesondere an dem sich manifestierenden Verwaltungswissen deutlich zu erkennen.³¹ Eben hier liegt nun auch die Stoßkraft einer Orientierung an der Praxis, der historischen Suche nach der `praktischen Vernunft´, den Rissen und Störungen, den veränderten Techniken des Umgangs und den neuen Bedeutsamkeiten der psychiatrischen Versorgung.

Die eingenommene *Blickrichtung*, die Suche nach jenem Wissen in der Praxis der Wiener psychiatrischen Anstalt *Am Steinhof* basiert maßgeblich auf zwei unterschiedlichen Reihen archivalischer Quellen. Dies sind zum einen die von der historischen Forschung bislang weitgehend uneingesehenen Direktionsakten der Anstaltsleitung, die von 1904 bis 1922 geordnet nach Sachgebieten und ab 1923 chronologisch nach der Protokollzahl sich im Wiener Stadt- und Landesarchiv befinden.³² Zum anderen werden für die vorliegende Arbeit die ebenfalls dort aufbewahrten personenbezogenen Akten der Institution *Am Steinhof* herangezogen, zu denen die Standesprotokolle, die Eingangs- beziehungsweise Abgangsbücher³³

²⁸ 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 20) Göttingen 2010. Der Fokus dieser Studie richtet sich auf die Schwelle der Anstaltspsychiatrie, die, bestimmt von sowohl medizinischen, als auch rechtlichen und bürokratisch-ökonomischen Faktoren, die relative Stabilität des Anstaltsmodells im Ganzen erst ausmachten. Trotz wiederholter Krisen wurde das Grundmuster, die geschlossene Institution als derjenige Ort der therapeutischen Versorgung für die Mehrzahl der psychisch Kranken, erst in den 1970er Jahren reformiert.

²⁹ Volker ROELCKE, Auf der Suche nach der Politik in der Wissensproduktion: Plädoyer für eine historisch-politische Epistemologie. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 33 (2010) 176-192.

³⁰ Mitchell G. ASH, Wissenschaft und Politik. Eine Beziehungsgeschichte im 20. Jahrhundert. In: Archiv für Sozialgeschichte 50 (2010) 11-46.

³¹ Ash macht hierbei auf die im Englischen mögliche Unterscheidung zwischen „politics“ und „policy“ aufmerksam. Hinter letzterem Begriff steht die Hoffnung einer allesumfassenden, rationalen Ordnung der Gesellschaft, wie sie im 18. Jahrhundert unter dem Terminus „Policey“ firmierte. Ebd., 15.

³² WStLA, Mag. Abt. 209, Serie A 1, Allgemeines Verwaltungsprotokoll.

³³ WStLA, Mag. Abt. 209, B 5, Standesprotokolle, Nr. 1 bis 57 (1907-1954) bzw. B 12, Hauptstandesprotokoll des Sanatoriums Nr. 1 bis 3 (1907-1922). Die Eingangsbücher enthalten folgende Informationen: laufende Nummer des Eingangs, Tag der Aufnahme, Journal-Nummer, Name des Pfleglings, Personaldaten, Kurator beziehungsweise Kuratelsbehörde. Im Weiteren enthalten sie Abgangsnummer und -datum und Informationen darüber ob die Patienten „geheilt“, „in häusliche Pflege“ oder „gegen Revers“ entlassen, in eine andere Institution verlegt, oder aber in der Anstalt verstorben waren.

und die Krankenakten zu zählen sind.³⁴ Der umfangreiche Bestand der Patientenakten der *Am Steinhof* behandelten Kranken ist von 1918 bis 1947 erhalten. Die Ablage der in Faszikeln gesammelten Krankenakten erfolgte getrennt nach dem Geschlecht und in alphabetischer Reihenfolge. Das Austrittsdatum bestimmte die Zuordnung der Archivalien zu den Dekaden 1918 bis 1927 und 1928 bis 1937. Die Akten der Patienten des bis Ende des Jahres 1921 bestehenden Sanatoriums sind Teil des chronologisch geordneten allgemeinen Bestands. Von diesem gesondert abgelegt sind die Akten der 1922 als Teil der psychiatrischen Anstalt eröffneten Trinkerheilstätte.³⁵ Da im Falle von Mehrfachaufnahmen eines Kranken die vorhergehenden Unterlagen in die jeweils aktuelle Dokumentation mit eingeordnet wurden, reichen manche Akten bis vor die Jahrhundertwende zurück, oder aber enthalten auch Schriften anderer psychiatrischer Institutionen.³⁶ Neben den zwei benannten in Serie vorliegenden Archivbeständen wurden im Weiteren Personalakten aus dem Universitätsarchiv, Stenographische Protokolle des Niederösterreichischen Landtages vor allem aus der Zeit der Gründungsphase der Anstalt und, zur Analyse der Geschehnisse während des Ersten Weltkrieges, die wenigen noch erhaltenen, die Institution betreffenden Akten des Kriegsarchivs ausgewertet.

Zu den herangezogenen veröffentlichten Quellen zählen vor allem folgende zwei Zeitschriftenreihen: Das „Psychiatrische Centralblatt“ war ab 1871 vom zwei Jahre zuvor begründeten „Wiener Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie“

³⁴ WStLA, Mag. Abt. 209, A 11.1. (1918-1927), A 11.2. (1928-1938), A 11.3. (1939-1947). Dazu sind, allerdings nicht vollständig, Indizes erhalten: Ebd., B 6.1; B 6.2; B 11.1; B 11.2; B 13; B 14. Der Bestand der von 1939 bis 1947 reichenden Krankenakten ist in einem sehr ungeordneten Zustand und keineswegs vollzählig.

Die Archivalien sind seit einigen Jahren im Wiener Stadt- und Landesarchiv für die historische Forschung frei zugänglich, zuvor waren sie in der Anstalt im Keller eines der Krankenpavillons gelagert. Der Bestand umfasst etwa 150 Laufmeter im Archiv; der Patientenstand betrug in Spitzenzeiten bis zu 4000 Patienten. Die Einsicht in diesen Quellenbestand erforderte eine spezielle Bewilligung zur Sicherung des Datenschutzes.

Albrecht Hirschmüller hat bei seinen Recherchen *Am Steinhof* im Jahr 1975 die Krankenakten der Anstalt *Am Brünfeld* auf einem der Dachböden gesehen. Nach drei Jahren war nahezu der gesamte Bestand, angeblich im Zuge eines Wasserschadens beschädigt und anschließend vernichtet worden. In: Albrecht HIRSCHMÜLLER, *Freuds Begegnung mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre* (Tübingen 1991) 138. Ob zu diesem Zeitpunkt der Bestand der Krankenakten der Patienten zurückreichend bis 1907 noch erhalten war ist nicht bekannt.

³⁵ Die (gegenwärtig) gesetzlich vorgeschriebene Aufbewahrungsfrist für Krankenakten beträgt 30 Jahre. In: Gertrude LANGER-OSTRAWSKY, Was soll vom Individuum bleiben? – Krankenakten. In: SCRINIUM, Zeitschrift des Verbandes österreichischer Archivarinnen und Archivare 59 (2005) 88-96. Hier: 89f. Vgl. allg. zur Problematik der Archivierung des Massengutes Krankenakten: Brigitte RIGELE, Probleme der Sicherung von medizinhistorischen Quellen. In: Sonia HORN, Helmut GRÖSSING (Hg.), *Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin 1* (Wien 1996) 37-42.

³⁶ Die Krankenakten in ihrer Medialität und Materialität werden im Abschnitt 3.6. ausführlich behandelt.

herausgegeben worden. Im Jahre 1879 wurde diese Zeitschrift in „Jahrbücher für Psychiatrie“ und 1895, analog zur Namensveränderung des Vereins, in „Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie“ umbenannt.³⁷ Die Protokolle der Sitzungen des Vereins wurden in dieser Reihe und später auch in der Wiener Medizinischen Wochenschrift abgedruckt. Viele der zeitgenössischen innerfachlichen Auseinandersetzungen der deutschsprachigen Anstaltspsychiater sind in der ab 1899 von Johannes Bresler herausgegebenen „Psychiatrischen Wochenschrift“, beziehungsweise ab 1902, „Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift“ dokumentiert.³⁸ Darüber hinaus wurden die in der Ersten Republik regelmäßig erschienenen „Blätter für das Wohlfahrtswesen“ durchgesehen. Zur Recherche vieler quantitativer grundlegender Daten wurden die bis 1914 vom Niederösterreichischen Landtag herausgegebenen Jahresberichte der Anstalt *Am Steinhof* herangezogen.³⁹

³⁷ Die zuvor, allerdings nur zwei Jahre lang bestehende Zeitschrift „Vierteljahresschrift für Psychiatrie in ihren Beziehungen zur Morphologie und Pathologie des Nervensystems, der physiologischen Psychologie, Statistik und gerichtlichen Medizin“ war bis 1870 von Theodor Meynert und Maximilian Leidesdorf herausgegeben worden.

³⁸ Hintergrund des Zeitpunkts ihrer Begründung ist die „antipsychiatrische Bewegung“, auf die im Abschnitt 2.4. ausführlich eingegangen werden soll. Vgl. dazu auch: ENGSTROM, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany*, 185f.

³⁹ Jahresberichte der niederösterreichischen Landesirrenanstalten Wien, Ybbs und Klosterneuburg (Wien) 1853 bis 1856. Weitere Jahresberichte sind von 1883 bis 1899 erhalten. In weiterer Folge erschienen in den Berichtsjahren von 1906/07 bis 1913/14: Die niederösterreichischen Landesirrenanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder. Referent: Hermann BIELOHLAWEK.

1.3. Untersuchungszeitraum und Kapitefolge

Die Historiographie zur Psychiatrie und insbesondere ihrer Institutionen ist zwar weniger für Österreich⁴⁰, aber im internationalen Vergleich ein umfassend beschriebenes Forschungsfeld.⁴¹ Ziel der vorliegenden Studie ist es die `moderne Anstaltspsychiatrie´ anhand der Wiener Institution *Am Steinhof* in ihrer Kontingenz und lokalen Situiertheit darzustellen. Angesichts der enormen Dimension und der mittels modernster Architektur nach außen gerichteten Wirkungsweise ist – nun indirekt – die Forschungsfrage nach den alltäglichen Praktiken in ihrem Inneren eine umso fruchtbarere. Entlang einer dichotomen Sichtweise „von innen“ oder „von außen“ kann die Geschichte einer „Insel“ nicht verständlich gemacht werden. Wien gilt zudem als eine Stadt, die im 20. Jahrhundert zweimal exemplarisch für das Erscheinungsbild urbaner Räume in Europa war. Das ist erstens um 1900, in jener Epoche, in der sich vor allem im Zentrum das kulturelle Wien als „Traum und Wirklichkeit“⁴² entfaltete und zweitens die 1920er-Jahre, als die Vorstädte zum Schauplatz jenes sozialen und kulturellen Experimentes wurden, die man das „Rote

⁴⁰ HIRSCHMÜLLER, Freuds Begegnung mit der Psychiatrie; Carlos WATZKA, Arme, Kranke, Verrückte: Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark vom 16. bis zum 18. Jahrhundert und ihre Bedeutung für den Umgang mit psychisch Kranken (=Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs 36) Graz 2004; Beiträge betreffend den Raum Tirol und der, aufgrund des sogenannten Basagliagesetzes (1978) früheren und im Vergleich zu Österreich und auch vielen anderen europäischen Ländern sehr unterschiedlichen Psychiatriereform in Südtirol finden sich im Themenheft: DIETRICH-DAUM, TAIANI (Hg.) Psychiatrielandschaft. Eberhard GABRIEL, Martina GAMPER (Hg.), Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900 (Wien 2009); Angela GRIEßENBÖCK, Die „Landesirrenanstalt“ in Hall in Tirol und ihre Patientinnen und Patienten (1882-1919) (Diss., Innsbruck 2009). Vgl. zu der 1891 eingerichteten psychiatrischen Universitätsklinik in Innsbruck: Michaela RALSER, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900 (München 2010) 149f.

⁴¹ Aufgrund der Menge psychiatriehistorischer Arbeiten wird diese nicht in der Einleitung als eigener Forschungsstand ausgewiesen, sondern an den relevanten Stellen in den jeweiligen Kapiteln und Abschnitten angeführt. Umfassende und rezente Forschungsüberblicke finden sich in den Sammelrezensionen: Eric J. ENGSTROM, Cultural and Social History of Psychiatry. In: Current Opinion in Psychiatry 21 (2008) 585-592; Ders., Beyond dogma and discipline. Ein guter Überblick zur Entwicklung der Psychiatriegeschichte und ihrer politischen Hintergründe: Franz-Werner KERSTING, Karl TEPPE, Bernd WALTER, Gesellschaft – Psychiatrie – Nationalsozialismus. Historisches Interesse und gesellschaftliches Bewusstsein. In: Diess. (Hg.), Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert (=Forschungen zur Regionalgeschichte 7) Paderborn 1993, 9-61. Hier: 27-39; Eric J. ENGSTROM, Volker ROELCKE, Die `alte Psychiatrie´? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert. In: Diess. (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum (=Medizinische Forschung 13) Mainz 2003, 9-25.

⁴² So der Titel einer Ausstellung: Traum und Wirklichkeit. Wien 1870-1930 (=Sonderausstellung des Historischen Museums der Stadt Wien 93) Wien 1985.

Wien“ nennt.⁴³ Zeitlich setzt die vorliegende Studie bereits in den Jahrzehnten vor der Gründung der neuen Institution an und umfasst die Entwicklung der therapeutisch-verwahrenden Institution bis hin zu den aus ökonomischen Zwängen bedingten massiven Einsparungen Ende der 1920er Jahre, die viele der in den Jahrzehnten zuvor propagierten Grundsätze als nicht mehr haltbar erwiesen.

Die neu eingerichtete Anstalt *Am Steinhof* markiert einen Bruch in der Versorgung psychisch Kranker und ist zugleich Teil längerer Traditionslinien. Der Titel des Kapitels „Wissen und Räume“ verweist auf zwei zentrale, sich bereits im 19. Jahrhundert verschränkende Kategorien im Umgang mit dem Wahn. Anhand der in Wien Ende des 18. Jahrhunderts ersten Einrichtung eigens für psychisch Kranke, dem *Narrenturm*, und der sich in der Gestaltung des Unterbringungsortes, zunehmend aber auch hinsichtlich der Behandlungsform davon absetzenden und Mitte des 19. Jahrhunderts erbauten Anstalt *Am Brünfeld*, werden die frühen Entwicklungen der vornehmlich verwahrenden Psychiatrie aufgezeigt. Mit dieser Rückschau auf die dem *Steinhof* vorhergehenden Versorgungseinrichtungen wird das Spektrum der Entwicklungen aufgefächert, um die bereits in den Jahrzehnten vor 1900 einsetzenden, als Beginn der ‚modernen Anstaltspsychiatrie‘ geltenden Reformen adäquat mit in den Blick nehmen zu können.

Die Gründung der Ersten Psychiatrischen Klinik der Universität Wien (1870) erfolgte in einem räumlich und auch organisatorisch engen Zusammenhang mit der niederösterreichischen Landesirrenanstalt *Am Brünfeld*. Mit der Einrichtung der gemäß ihrer Statuten von der wissenschaftlichen Forschung enthobenen Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* wurde die stationäre Versorgung von der Klinik getrennt. Diese Entwicklung ist jedoch nicht nur als simple Ausdifferenzierung zweier Richtungen innerhalb einer Disziplin oder als räumlicher Bedarf an einer größeren Versorgungseinrichtung zu verstehen. Dahinter manifestierte sich der Einfluss einer ganz anderen wirkmächtigen Entwicklung, nämlich der enormen Zunahme stationär aufgenommener Kranker. Lutz Raphaels Ansatz der „Verwissenschaftlichung des Sozialen“, der vielfältigen Anwendungsformen der Humanwissenschaften in unterschiedlichen Bereichen sozialer Problematiken, gilt als eine die Analyse leitende

⁴³ Helmut KONRAD, Das Rote Wien. Ein Konzept für eine moderne Großstadt? In: Ders., Wolfgang MADERTHANER (Hg.), ... der Rest ist Österreich. Das Werden der Ersten Republik, Bd. 1 (Wien 2008) 223-240.

Perspektive zur Betrachtung der modernen psychiatrischen Wissensordnung.⁴⁴ Die Einheitlichkeit und Ausrichtung jenes Prozesses der „Verwissenschaftlichung“ wird hinsichtlich ihrer Denkfigur einer zunehmenden „Durchdringung“ der allgemeinen Lebens- und Vorstellungswelten mit „wissenschaftlichen Deutungen“ und der vermeintlich klaren Abgrenzung von „Wissenschaft“ und sie umgebender „Kultur“ kritisch hinterfragt.⁴⁵ Die von zeitgenössischen Psychiatern und auch in der Historiographie sehr unterschiedlich diskutierten Ursachen des Anstiegs der Zahl psychisch kranker Menschen und der daraus abgeleiteten Notwendigkeit des Neu- und Ausbaus von Versorgungseinrichtungen erweisen sich in der Tat keineswegs als lineare Entwicklung eines Ineinandergreifens zweier abgrenzbarer Bereiche. Vielmehr lässt sich ein komplexes Gefüge sowohl von Interessen seitens der Psychiatrie im Zusammenhang mit der Etablierung der Disziplin als Prüfungsfach, als auch ökonomische und sozialen Interdependenzen und ein weitgespanntes Wechselspiel von Bedrohungsszenarien und der Statistik als eine hierbei zentrale Technologie erkennen. Die bereits in ihrer Planung von vorneherein über den tatsächlichen Bedarf hinaus dimensionierte Anstalt verweist auf die als „social engineering“ bezeichnete Kombination von Sozialtechnologien, sozialen Ordnungsmodellen und einem Gestaltungsimperativ, die in ihrer Gesamtheit eine paradoxe Koppelung von Ängsten und Optimismus abbilden. Die aus der Krise abgeleitete Pflicht der Experten zur Intervention setzt bei Individuen an, zielt aber zugleich auf die Bevölkerung als Ganzes⁴⁶ – ähnlich wie dies im einleitenden Zitat des Landesoberinspektionsrates bereits angeklungen und für die Einrichtung der Anstalt *Am Steinhof* bezeichnend ist.

Mit Fedor Gerenyis Stellungnahme ist indirekt auch das eng an die Anstalt selbst gebundene psychiatrische Wissen mit angesprochen, welches nämlich maßgeblich auf der Vorannahme der therapeutischen Wirksamkeit von Internierungen beruhte. Das nicht nur in der versorgenden, sondern auch in der klinischen Psychiatrie um 1900 besonders ausgeprägte Spannungsverhältnis zwischen Heilanspruch und

⁴⁴ Lutz RAPHAEL, Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts. In: *Geschichte und Gesellschaft. Zeitschrift für Historische Sozialwissenschaft* 22 (1996) 165-193.

⁴⁵ Jakob VOGEL, Von der Wissenschafts- zur Wissensgeschichte. Für eine Historisierung der „Wissengesellschaft“. In: *Geschichte und Gesellschaft* 30 (2004) 639-660. Hier: 654.

⁴⁶ Thomas ETZEMÜLLER, *Social Engineering* als Verhaltenslehre des kühlen Kopfes. Eine einleitende Skizze. In: Ders. (Hg.), *Die Ordnung der Moderne. Social Engineering im 20. Jahrhundert* (Bielefeld 2009) 11-39.

therapeutischer Effektivität⁴⁷, die Institution an sich und die zwischen gesunden und psychisch kranken Menschen errichtete Anstaltsmauer verweisen auf die Notwendigkeit einer kulturhistorisch ausgerichteten Analyse, die die Möglichkeit der Grenzziehung zwischen Wissenschaft und Gesellschaft grundsätzlich hinterfragt.⁴⁸ Für die Wissenschaften im Allgemeinen gilt die Vorstellung einer klaren Abgrenzbarkeit dieser Felder beziehungsweise die Verteidigung einer solchen als ein spezifisches Charakteristikum. Aber die Gesellschaftsgeschichte bildet nicht nur den Kontext, sondern ist selbst integraler Bestandteil der Wissensgeschichte.⁴⁹ Die Ermangelung einer klaren Grenze zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit war im zeitgenössischen psychiatrischen Diskurs jedoch vollkommen evident. Dort stellte sie auch weniger eine grundsätzliche Schwierigkeit dar, sondern nahm vielmehr eine spezifische, nämlich stets auf die Zukunft gerichtete Funktion ein. So benannte beispielsweise der Kliniker Erwin Stransky (1877-1962) in der Einleitung seines 1914 erschienenen Lehrbuches die Problematik des Erkennens des „Wesens“ der Krankheiten. Die Unterscheidung gesunder und pathologischer Zustände bezeichnete er als ebenso schwierig wie das Diagnostizieren einzelner Krankheitsbilder: *„Die Begriffe ‘normal’ und ‘abnorm’ sind nirgends schwerer fassbar, nirgends relativer, nirgends größeren Schwankungen unterworfen als auf psychischem Gebiete“*.⁵⁰ Allerdings gäbe es seiner Ansicht nach aufgrund der in der Histologie und Experimentalpathologie erlangten Erkenntnisse und der genaueren psychopathologisch-klinischen Methoden der vorausgegangenen zwei Jahrzehnte keinerlei Grund zu einem „wissenschaftlichen Pessimismus“.⁵¹ Mit einem ähnlich

⁴⁷ Eric J. ENGSTROM, Kulturelle Dimensionen von Psychiatrie und Sozialpsychologie. Emil Kraepelin und Willy Hellpach. In: Gangolf HÜBINGER, Rüdiger vom BRUCH, Friedrich Wilhelm GRAF (Hg.), Kultur und Kulturwissenschaften um 1900, Bd. II Idealismus und Positivismus (Stuttgart 1997) 164-189. Hier: 165.

⁴⁸ Die Schwelle zur Anstalt als ein Ort des Übergangs, eines zu analysierenden „da-zwischen“ an welchem zwei voneinander abgegrenzte Räume aufeinandertreffen und eine ganz eigene Wirkmächtigkeit entfalten, ist ein zentraler Aspekt bei: BRINK, Grenzen der Anstalt.

⁴⁹ Veronika LIPPHARDT, Kiran Klaus PATEL, Neuverzauberung im Gestus der Wissenschaftlichkeit. Wissenspraktiken im 20. Jahrhundert am Beispiel menschlicher Diversität. In: Geschichte und Gesellschaft 34 (2008) 425-454. Hier: 453.

⁵⁰ Erwin STRANSKY, Lehrbuch der Allgemeinen und der Speziellen Psychiatrie, I., Allgemeiner Teil (Leipzig 1914) 2f. [H.i.O.] Vgl. dazu allg.: Wolfgang VOLLMOELLER, Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik (Stuttgart, Berlin, Köln, 2. Aufl., 2001).

⁵¹ Vgl. dazu ausführlicher: 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) 109-124. Hier: 110f.; Ders., Krankheit und

weitreichenden Optimismus begegnete die Psychiatrie der um die Jahrhundertwende seitens der Bevölkerung vielfach bestehenden Skepsis gegenüber den Verwahrungs- und Versorgungseinrichtungen durch eine strategische Wendung. Mit der Einrichtung der Institution *Am Steinhof* konnten die Bedeutungsansprüche der `modernen Anstaltspsychiatrie´ auf charakteristische Weise mittels zukünftiger Lösungsangebote begründet und auf unübersehbare Weise hinaus in die Gesellschaft getragen werden.

Die sich insbesondere in einer an den mangelnden rechtlichen Grundlagen der verwahrenden Psychiatrie manifestierende Kritik sollte ihre Vertreter in ein länger währendes und nach heutigem Verständnis fachfremdes Engagement verwickeln. Diese Breite der unterschiedlichsten Tätigkeitsbereiche begründete Stransky in einer populärwissenschaftlichen Abhandlung folgendermaßen: „*Von allen medizinischen Disziplinen hat die Psychiatrie wohl die meisten und am weitesten verzweigten Beziehungen zu allen Fragen des öffentlichen Lebens, von dem das Rechtsleben einen [...] wesentlichen Bereich ausmacht.*“⁵² Der Grund dafür liege vor allem darin, dass sowohl Klinik- als auch Anstaltspsychiater nicht nur für das Wohl der Kranken, sondern auch für den Schutz der Öffentlichkeit vor diesen Kranken verantwortlich sind. Neben diesen juristischen Fragen erstreckte sich, wie Stransky sie nannte, die „Werkstatt des Psychiaters“ auch auf viele andere vor allem administrative und organisatorische Themenbereiche des Anstaltslebens.⁵³

Die zentrale im dritten Kapitel gestellte Frage zielt verstärkt auf jene Praxis und geht der Frage nach, ob die Anstaltspsychiatrie als eine im Schnittbereich zwischen Staat und Wissenschaft angesiedelte außeruniversitäre Institution in der Zeit des Übergangs von der traditionellen Ordnungs- zur sozialstaatlichen Leistungsverwaltung auch den Charakter ihrer wissenschaftlichen Einrichtung änderte. Mit den im Titel enthaltenen „Anordnungen“ soll in Fortsetzung an das vorhergehende Kapitel an die Raumgebundenheit von Wissen unmittelbar angeschlossen werden. War es mit der Gründung der neuen Institution zu einem Übergang von der verwahrenden Anstaltspsychiatrie zu einer therapeutischen

Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdiagnosen im bürgerlichen Zeitalter, 1790 - 1914 (Frankfurt am Main) 1999.

⁵² Erwin STRANSKY, *Die innere Werkstatt des Psychiaters* (=Abhandlungen aus dem medizinisch-juristischen Grenzgebiete) Wien 1926, 1.

⁵³ Weiters nannte Stransky die literarische Arbeit des Psychiaters, vor allem aber schärfte das über ein rein individualärztliches hinausgehendes Denken den Blick für weitergehende Aufgaben, die seiner Ansicht nach vor allem auf rassenhygienische Fragen zielen sollten. Ebd., 23f.

Neuorientierung gekommen? Inwiefern visualisierte und signalisierte der gebaute Raum die Moderne? Waren die Fassaden der Pavillons an denen kein Ornament den Blick verschleiern sollte, Sinnbild eines rationalisierten Lebens für eine bestimmte Gruppe von Menschen? Jakob Tanner merkt in Anlehnung an Mary Douglas an, dass in jedem institutionellen Gefüge ein permanentes Hintergrundrauschen herrscht, aus dem eine interne Sichtweise generiert wird. Damit stellt sich die Frage wie dieser *white noise* in handlungsrelevantes Wissen in Form von Auswahlkriterien oder Klassifikationsraster transformiert wird. Diese Schemata sind nicht nur für die Institution selbst, sondern auch für die sie umgebende Gesellschaft konstitutiv, werden aber durch die Interaktion in einer Anstalt auch verändert.⁵⁴ Die historische Analyse kann nur versuchen, Teile dieses „unbemerkten Rauschens“ (Tanner) aufzuspüren, wie beispielsweise anhand der topographischen Ordnung, der rationalisierten Betreuung der Patienten, den sowohl normativ vorgegebenen als auch in Artefakten aufscheinenden Aufgabenbereichen der Anstaltsangestellten und deren Ringen nach Anerkennung ihrer Tätigkeit und auch materieller Aktanten wie das Aufschreibesystem der Institution.

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels offenbart sich – nun schon etwas deutlicher – der Versuch einer Neuordnung komplexer und vielfach die umstrittenen Übergänge zwischen Gesundheit und geistiger Krankheit betreffender Fragen.⁵⁵ Die Lösung der „zum Schutz der Gesellschaft“ seitens der Psychiatrie als offen angesehenen Fragen wurde außerhalb der eigenen Disziplin gesucht. Die Rationalisierungstendenzen der Moderne setzten bei Menschen, die sowohl psychische Auffälligkeiten zeigten als auch straffällig geworden waren – gewissermaßen in Kehrseite zur Ausbildung der sich der Humanität und Fortschritt verpflichtenden ‚modernen Anstaltspsychiatrie‘ – in einer stark repressiven Weise an. Sie eröffneten einen neuartigen, sowohl von psychiatrischen als auch juristischen Interessen geprägten Wissensraum, der in seinen weitreichenden Auswirkungen bis hin zur „Behandlung“ seitens der Experten vermuteten *potentiellen* Vergehensbereitschaft gegen die Gesetzesnorm führte.

⁵⁴ TANNER, Der „fremde Blick“, 63. Vgl. dazu allg.: Mary DOUGLAS, Wie Institutionen denken (Frankfurt am Main 1991).

⁵⁵ Dieser Abschnitt ist die überarbeitete Fassung eines bereits erschienen Beitrages: Sophie LEDEBUR, Die österreichische Irren- und Strafrechtsreformbewegung und die Anfänge eines eugenischen Diskurses in der Psychiatrie um 1900. In: Gerhard BAADER, Veronika HOFER, Michael HUBENSTORF (Hg.), Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900-1945 (Wien 2007) 208-235.

Der Ausbruch und Verlauf des Ersten Weltkrieges führte in der Anstalt *Am Steinhof* zu zahlreichen Veränderungen. Zu diesen zählten vorerst die kriegsbedingten Einberufungen weiter Teile der männlichen Angestellten, aber auch die steigende Zahl der Patienten. Letztere war bedingt durch Transferierungen aus Anstalten, die in umkämpften Gebieten gelegen waren, verringerter Möglichkeiten der Entlassung und der Aufnahme von sowohl körperlich als auch geistig kranken Armeeeingehörigen und führte zu zahlreichen organisatorischen Veränderungen innerhalb der Institution. Neben diesen gilt es aber vor allem die während des Krieges aufgrund der medizinischen Unterversorgung, insbesondere aber wegen der Nahrungsmittelengpässe kontinuierliche und ab 1917 in einem dramatischen Ausmaße ansteigende Morbiditäts- und Mortalitätsrate der Anstaltsinsassen zu benennen.

Die Hintergründe der 1916 erlassenen sogenannten Entmündigungsordnung sind ebenfalls Thema des vierten Kapitels. Zwar regelte diese einen Teil der im Zuge der angestrebten Strafrechtsreform seitens der Landesvertretung formulierten weitreichenden juristischen Forderungen, wurde aber in ihrer endgültigen Fassung von dieser heftig kritisiert. Die sich in der Wissenschaftlichkeit und Anerkennung ihrer Arbeit bedroht fühlenden Anstaltsärzte sahen sich insbesondere mit den nun von externen Ärzten zu erstellenden Gutachten und auch rigideren Kontrollen ihrer Tätigkeit mit weitreichenden Kompetenzverlusten konfrontiert. Anstatt der in den Vorkriegsjahren schon erstellten zahlreichen Vorschläge insbesondere hinsichtlich eines Ausbaus sozialmedizinischer Maßnahmen war es zu einer aus ihrer Sicht massiven Zurücksetzung ihrer Tätigkeit gekommen. Scheinbar gegensätzlich zu diesen Entwicklungen wandte sich das psychiatrische „Wissen in Bedrängnis“ – so der Titel dieses Kapitels – in weitgehende Kompetenzansprüche ihrer Landesvertreter. Aus der Not der Zeit heraus betonten sie umso intensiver die gesellschaftliche Relevanz ihrer Disziplin und formulierten über den bisherigen Bereich ihrer Tätigkeit hinaus umfassende Reformen in der Versorgung und Behandlung psychisch Kranker.

Die lokale Kontingenz der während der 1920er Jahren stattfindenden Veränderungen der Institution steht im Zusammenhang mit den maßgeblich von Julius Tandler angeregten Reformen des sogenannten „Roten Wiens“. Zwar richtete sich – bezeichnenderweise – keine seiner sozialreformerischen und vielfach eugenisch motivierten Umgestaltungen direkt auf die Versorgung psychisch Kranker. Der

allgemeine Auf- und Ausbau des Fürsorgewesens bot allerdings der Anstaltspsychiatrie Anknüpfungspunkte für viele der auch in den Jahrzehnten zuvor schon angeregten Reformen zur Lösung spezifischer Probleme in der Führung einer `modernen´ Anstalt. Die dabei formulierten Forderungen markierten Ein- und Ausschlussprozesse bestimmter Patientengruppen gleichermaßen und lassen nach den sich dahinter verbergenden Wirkmächtigkeiten fragen. War es die Definitionsmacht der Sozialreform und der psychiatrischen Expertentätigkeit, die neue psychosoziale Realitäten geschaffen und verfestigt hatte, die weniger auf neuem Wissen als auf versorgungstechnischen Praktiken beruhte?⁵⁶ Ist das Ineinandergreifen organisatorischer und wissenschaftlicher Entwicklungen im Sinne eines Regulierungswissens zu verstehen?⁵⁷ Der im Zuge der Ausdifferenzierung der Anstaltspsychiatrie zunehmend häufiger einsetzende Rekurs auf die `psychiatrische Erfahrung´ verweist nicht nur implizit auf ein unsicheres Wissen. Vielmehr gilt es auf das Gegenstück der `Erfahrung´ zu achten, nämlich die vielfach daran geknüpfte Erwartung.⁵⁸ In letzter Konsequenz gilt es auch danach zu fragen, ob die Öffnung der Anstaltspsychiatrie – somit ein Ende der Abgeschlossenheit der schützenden Insel – schlicht die Hoffnung auf neuartige Formen wissenschaftlicher Definitionshoheiten beinhaltete.

⁵⁶ Vgl. dazu auch: Margit SZÖLLÖSI-JANZE, Wissensgesellschaft in Deutschland: Überlegungen zur Neubestimmung der deutschen Zeitgeschichte über Verwissenschaftlichungsprozesse. In: *Geschichte und Gesellschaft* 30 (2004) 277-313. Hier: 287. Die Autorin macht ebenfalls auf die Nicht-Linearität des Prozesses der Verwissenschaftlichung aufmerksam, ambi- oder gar polyvalente oder auch gegenläufige Entwicklungen können Teil dieser historischen Entwicklung sein. Hier: 308.

⁵⁷ Carsten REINHARDT, Regulierungswissen und Regulierungskonzepte. In: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 33 (2010) 351-364; Roland INNERHOFER, Katja ROTHE, Regulierung des Verhaltens zwischen den Weltkriegen. Robert Musil und Kurt Lewin. In: *Ebd.*, 365-381.

⁵⁸ Wilhelm SCHMIDT-BIGGEMANN, Was macht Wissen verlässlich? Überlegungen zum Verhältnis von Wissenschafts- und Wissensgeschichte. In: Wolfgang DICKHUT, Stefan MANN, Norbert WINCKLER (Hg.), *Muster im Wandel. Zur Dynamik topischer Wissensordnungen in Spätmittelalter und Früher Neuzeit (=Berliner Mittelalter- und Frühneuzeitforschung 5)* Göttingen 2008, 13-30. Hier: 28.

2. Wissen und Räume. Zur Gründungsgeschichte der Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof*

Der europaweit erfolgte Aus- und Neubau von Institutionen zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen und die reklamierte professionelle und wissenschaftliche Zuständigkeit der Psychiatrie für eine wachsende Zahl so genannter „Anstaltspfleglinge“ verweist auf besonders enge Verflechtungen naturwissenschaftlich-klinischer Methoden mit sozialen und auch juristischen Problemlösungsstrategien, beziehungsweise dem Status der Psychiatrie als Wissenschaft und auch als Interventionspraxis in der urbanen Moderne. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts kam es im deutschen Sprachraum zu einer rasanten Vermehrung der Anstalten für psychisch Kranke.⁵⁹ Parallel dazu wurden in vielen Städten Europas psychiatrische Kliniken gegründet, die teilweise, wie auch in Wien, aus den traditionellen Versorgungseinrichtungen heraus entstanden waren. Beide dieser raschen und folgenreichen Entwicklungen hin zu einem „Ort der Moderne“⁶⁰ verweisen auf die Notwendigkeit, nicht nur die Teildisziplin der versorgenden Psychiatrie und die Veränderlichkeit der realen Räume selbst zu untersuchen. Während die Sozialgeschichte der Medizin die einzelnen Disziplinen häufig noch als eine Entität auffasste, oder aber diese schweigend voraussetzte, zählen kulturwissenschaftlich geprägte Ansätze die produktive Destabilisierung und Dynamisierung des Begriffs der Medizin zu ihren zentralen Aufgaben.⁶¹ Die Anstaltspsychiatrie soll in diesem Kapitel als Teil einer sich eben erst generierenden Disziplin untersucht werden. Die zunehmende Verdichtung der urbanen Gesellschaft

⁵⁹ Dirk BLASIUS, „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945 (Frankfurt am Main 1994) 61f.; Bernd WALTER, Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch: Die Überforderung der Anstalt? (1870-1930). In: Franz-Werner KERSTING, Karl TEPPE, Bernd WALTER (Hg.), Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert (=Forschungen zur Regionalgeschichte 7) 66-98. Hier: 75f.; BRINK, Grenzen der Anstalt, 109f. Vgl. zur weitgehend ähnlichen Entwicklung in der Schweiz: MEIER, BERNET, DUBACH, GERMANN, Zwang zur Ordnung, 51f.

⁶⁰ Vgl. dazu allg.: Alexa GEISTHÖVEL, Habbo KNOCH, Einleitung. In: Diess. (Hg.), Orte der Moderne. Erfahrungswelten des 19. und 20. Jahrhunderts (Frankfurt, New York 2005) 9-14. Die Herausgeber des Sammelbandes verstehen unter „Orten der Moderne“ ganz allgemein einen für diese Zeit des Umbruchs charakteristischen Orts-Typus, der den dreidimensionalen Raum auf eine bestimmte, verallgemeinerbare Weise sowohl nach außen als auch im Inneren räumlich ordnet und der mit raumspezifischen Funktionen und Erfahrungen verbunden ist. Hier: 11.

⁶¹ Hans-Georg HOFER, Lutz SAUERTEIG, Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin. In: Medizinhistorisches Journal 42 (2007) 105-141. Hier: 116f.

bringt dabei ebenso eine wissenschaftskonstitutive Relevanz mit sich. Sie lässt danach fragen, inwiefern damit auch tatsächlich neuartige Wissensräume geschaffen wurden.⁶² Der untersuchte Gegenstand soll ent-grenzt werden, beziehungsweise soll in diesem Abschnitt eben jene – nun symbolische – Grenze der Anstaltsmauer in den Blick genommen werden und hinsichtlich der etwaigen Generierung neuer epistemischer Räume befragt werden. Somit geht es nicht nur um das Schreiben der Geschichte der Anstaltspsychiatrie, sondern auch um „etwas“, das die Lebenswelt von Menschen dauernd berührt und beschäftigt, beziehungsweise sehr präsent und prägend ist.⁶³

2.1. Die Wiener Institutionen zur Versorgung psychisch Kranker während des 19. Jahrhunderts und die Gründung der I. und II. Psychiatrischen Klinik

Die Gründungsgeschichte der Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* ist im Kontext einer schon über ein Jahrhundert währenden Tradition der Unterbringung kranker und auch geistig devianter Menschen zu sehen. Die 1784 eröffnete und als *Narrenturm* bezeichnete „k.k. Irrenheilanstalt zu Wien“ stellte eine der ersten Institutionen Europas dar, die eigens zum Zweck der Versorgung von Geisteskranken geplant und gebaut wurde. Bis zu diesem Zeitpunkt wurden psychisch Kranke teilweise in einem Gefängnis am Salzgries und im Spanischen Spital am Rennweg, im Bürgerspital zu St. Marx oder auch in Ordensspitälern untergebracht. Die Leitung der für 200 bis 250 Kranke konzipierten Anstalt im neunten Wiener Gemeindebezirk unterstand, getrennt nach Geschlechtern, vorerst jeweils einem Primar des Allgemeinen Krankenhauses und ab 1817 einem ärztlichen

⁶² In Anlehnung an: Sven DIERIG, *Wissenschaft in der Maschinenstadt. Emil Du Bois-Reymond und seine Laboratorien in Berlin (=Wissenschaftsgeschichte)* Göttingen 2006. Wichtige Forschungsperspektiven in: Mitchell G. ASH, *Räume des Wissens*. In: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 23 (2000) 235-242; Hans-Jörg RHEINBERGER, Bettina WAHRIG-SCHMIDT, Michael HAGNER (Hg.), *Räume des Wissens: Repräsentation, Codierung, Spur* (Berlin 1997).

⁶³ Vgl. dazu allg.: Roger COOTER, „Framing“ the End of the Social History of Medicine. In: Frank HUISMAN, John Harley WARNER (Hg.), *Locating Medical History: The Stories and their Meanings* (Baltimore 2004) 309-337.

Direktor.⁶⁴ Nur wenige Jahre nach Eröffnung des *Narrenturms* wurde die Unterbringung psychisch Kranker neu geregelt. Für die sich ruhig und relativ geordnet verhaltenden Pflinglinge wurde 1803 das sogenannte *Lazarett* begründet. Erkrankte, die für ihre Behandlung selbst aufgekommen waren, stand der sogenannte *Drei-Gulden-Stock*, eine kleine Abteilung im Allgemeinen Krankenhaus zur Verfügung. Diese Räumlichkeiten boten Platz für weitere 250 Kranke.⁶⁵ Zudem wurden 1828 im III. Hof des Allgemeinen Krankenhauses *Beobachtungszimmer für des Irreseins verdächtige Personen* eingerichtet, die an die II. Medizinische Abteilung angegliedert waren. Dessen Leitung wurde Michael Viszanik (1792-1872) übertragen, der ab 1837 zugleich auch ärztlicher Leiter des *Narrenturms* war. Zur langfristigen Versorgung wurde 1805 für die als unheilbar eingestuft und das niederösterreichische Heimatrecht besitzende Kranke ein Versorgungsheim in Ybbs eröffnet.⁶⁶

Die Unterbringung psychisch Kranker im *Narrenturm* wurde bereits wenige Jahre nach dessen Eröffnung von maßgeblicher Seite wie Johann Peter Frank, Direktor des Allgemeinen Krankenhauses und Autor des mehrbändigen Werkes „System einer vollständigen medicinischen Policey“ und von Franz Nord, seit 1795 leitender Primararzt des *Narrenturmes*, kritisiert. Dieser sollte durch einen adäquaten Neubau ersetzt werden. Johann Nepomuk Raimann, Direktor des Allgemeinen Krankenhauses, legte in Anlehnung an verschiedene ausländische Anstalten Pläne vor, welche 1826 zwar prinzipiell genehmigt, schlussendlich aber nicht finanziert

⁶⁴ Johann Joseph KNOLZ, Darstellung der Humanitäts- und Heilanstalten im Erzherzogthum Oesterreich unter der Enns als Staatsanstalten und Privatwerke nach ihrer damaligen Verfassung und Einrichtung (Wien 1840) 191f.; Wilhelm LORENZ, Der Wiener Irrenthurm. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 273-276. Lorenz war „niederösterreichischer Landes-Sanitäts-Concipient“. Vgl. allg. zu dieser Einrichtung, die keine Nachahmer finden sollte: Alfred STOHL, Der Narrenturm oder die dunkle Seite der Wissenschaft (Wien 2000). 1825 wurde in Sieburg die erste deutsche Anstalt unter die verantwortliche Leitung eines Arztes gestellt. In: Hans-Heinz EULNER, Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes (=Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts 4) Stuttgart 1970, 264. Ein Reisebericht über den *Narrenturm* aus dem Jahr 1846 wurde Jahrzehnte später wieder aufgefunden: Hans WACHSMUTH, Aus alten Akten und Krankengeschichten der Nassauischen Irrenanstalt Eberbach-Eichberg. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 30 (1928) 301-304.

⁶⁵ Das Lazarett befand sich zwischen dem Narrenturm und dem botanischen Garten der Josephsakademie, dem heutigen Medizinhistorischen Institut, dessen Eingang war in der Währingerstraße. Insgesamt gab es vier Abteilungen, jeweils zwei für Frauen und Männer: Andreas HAIDINGER, Das wohlthätige und gemeinnützige Wien. Eine ausführliche Beschreibung der in der k.k. Haupt- und Residenzstadt zum allgemeinen Besten bestehenden öffentlichen und Privatanstalten (Wien 1844) 479.

⁶⁶ Vgl. dazu allg.: Michael VISZANIK, Leistungen und Statistik der k.k. Irrenheilanstalt zu Wien seit ihrer Gründung im Jahr 1784 bis zum Jahr 1844 (Wien 1845). Diese Institution wurde 1817 auch noch erweitert.

wurden.⁶⁷ Zwei Jahrzehnte später wurde diese Initiative zur Etablierung einer zeitgemäßen Form der Unterbringung psychisch Kranker wieder aufgenommen. Hierzu wurden unterschiedliche Modelle diskutiert, die sich insbesondere darin unterschieden, ob Heil- und Pflegeanstalten gemeinsam oder getrennt voneinander geführt werden sollten. Hintergrund dieser Auseinandersetzung war neben ökonomischen und administrativen Aspekten die umstrittene Frage, ob Patienten eindeutig als „heilbar“ oder „unheilbar“ voneinander zu differenzieren waren. Die Einrichtung einer Heilanstalt bot die Möglichkeit, einen klinischen Unterricht anbieten zu können. Ob ein solcher für die PatientInnen überhaupt verträglich sei, war innerhalb der Ärzteschaft umstritten. Prominentester Vertreter der „relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalten“, der gemeinsamen und nur intern voneinander getrennten Unterbringung von heilbaren und unheilbaren Kranken innerhalb einer Anstalt, war Heinrich Damerow, Leiter der 1844 eröffneten Provinzialanstalt Nietleben bei Halle. Um den Vorwurf der Störung eines Heilungsprozesses, der in größtmöglicher Ruhe ablaufen sollte, entgegen zu können, wurde der klinische Unterricht am Bett der Kranken genau geregelt. Lediglich Studenten in ihrem letzten Studienjahr durften in kleinen Gruppen von nicht mehr als zehn oder zwanzig Personen die Krankensäle ausschließlich unter der Aufsicht eines Arztes betreten. Für den Unterricht waren nur Patienten heranzuziehen, die keine Angehörigen hatten und deren Behandlungskosten von öffentlicher Hand bezahlt wurden. Neu aufgenommene und dem Arzt noch nicht so gut bekannte Patienten durften nicht in die klinische Visite mit einbezogen werden.⁶⁸ Entgegen dieser in Fachkreisen allgemein anerkannten Form der psychiatrischen Versorgung propagierte Wilhelm Griesinger (1817-1868) in Berlin ein alternatives Modell. Sein Vorschlag war es, sogenannte „Stadtasyle“ für akute Fälle und den klinischen Unterricht einzurichten, chronisch Kranke sollten in ländlichen Asylen versorgt werden. Zentral für Griesingers Argumentation war die Abkehr von der bislang vertretenen Heilungsemphase, die dem Anstaltsaufenthalt selbst eine

⁶⁷ Albrecht HIRSCHMÜLLER, Freuds Begegnung mit der Psychiatrie, 69f.; Erna LESKY, Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert (=Studien zur Geschichte der Universität Wien VI) Wien, Graz, Köln 1965, 175f.; KNOLZ, Darstellung der Humanitäts- und Heilanstalten im Erzherzogthum Oesterreich, 191f.; Leopold SCHÖNBAUER, Das medizinische Wien. Geschichte, Werden, Würdigung (Wien 1947) 361f. Eine Beschreibung mehrerer nicht realisierter Baupläne findet sich in: Dieter JETTER, Wiener Irrenhausprojekte. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 49 (1981) 43-52.

⁶⁸ Heinrich DAMEROW, Ueber die relative Verbindung der Irren-Heil- und Pflegeanstalten in historisch-kritischer, sowie in moralischer, wissenschaftlicher und administrativer Beziehung. Eine staatsarzneiwissenschaftliche Abhandlung (Leipzig 1840) 289f.

therapeutische Wirkung zuschrieb. Die Unterscheidung von „Heilbarkeit“ oder „Unheilbarkeit“ psychischer Erkrankungen, die bislang als das Kriterium topographisch voneinander getrennter Versorgungsformen galten, lehnte er mit dem Hinweis darauf ab, dass in Städten schon die Aufnahme oftmals aufgrund der Lebensumstände schwerer zu akzeptierenden Symptomatik von psychisch Kranken erfolge.⁶⁹

Michael Viszanik, der ab 1844 als erster Dozent für Psychiatrie an der Universität Wien Vorlesungen hielt, war wesentlich an der Planung für eine neue Institution beteiligt. Im Bericht über seine Studienreise zu Anstalten im deutschsprachigen Raum plädierte er abschließend aufgrund „*zahlreicher wissenschaftlicher Gründe für die Zweckmäßigkeit der relativen Verbindung*“.⁷⁰ Er wandte sich gegen die Zuschreibung von „Unheilbarkeit“ die zumeist eine Verlegung in Versorgungseinrichtungen für chronisch Kranke nach sich zog. Sein zentrales Anliegen war aus den Anstalten „*Goldgruben für die Wissenschaft und eine Stätte der Kunst der Behandlung der Geisteskranken*“ zu machen und von diesen als „*reich geöffnete Quellen des Wissens*“ größtmöglichen Nutzen zu ziehen.⁷¹ Eine Trennung der Institutionen hätte bedeutet, dass die Ärzte der Heilanstalten nur die Anfangsstadien einer psychischen Erkrankungen beobachten könnten, diejenigen der Pflegeanstalten aber die Möglichkeit hätten, den weiteren Verlauf zu sehen und pathologische Obduktionen durchzuführen. Nur eine Kombination dieser beiden Formen wäre seiner Ansicht nach für eine Ausweitung der psychiatrischen Kenntnisse von Vorteil. Jenseits dieser auf einen zukünftigen Gewinn für die Wissenschaft zielenden Argumentation bot die „relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt“ den Vorteil auf bereits bestehenden Versorgungsstrukturen aufbauen zu können.⁷² 1853 wurde schließlich die für insgesamt 553 Kranke konzipierte und im

⁶⁹ Vgl. dazu allg.: Kai SAMMET, „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868 (=Hamburger Studien zur Geschichte der Medizin 1) Hamburg 2000; ENGSTROM, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany*, 51f.; Ders., *Placing psychiatric practices: On the spatial configurations and contests of professional labour in late-nineteenth century Germany*. In: Leslie TOPP, James E. MORAN, Jonathan ANDREWS (Hg.), *Madness, Architecture and the Built Environment. Psychiatric Spaces in Historical Context* (=Routledge Studies in the History of Medicine 27) Routledge 2007, 63-81; BRINK, *Grenzen der Anstalt*, 75f.

⁷⁰ Michael VISZANIK, *Die Irren-Heil und Pflegeanstalten Deutschlands, Frankreichs sammt der Cretinen-Anstalt auf dem Abendberge in der Schweiz* (Wien 1845) 263f. Ähnlich: Franz SEUNIG, *Ueber Irrenanstalten, deren Begründung und Einrichtung* (Wien 1844). Vgl. dazu auch: LESKY, *Die Wiener medizinische Schule*, 176f.

⁷¹ VISZANIK, *Die Irren-Heil und Pflegeanstalten*, 276.

⁷² BRINK, *Grenzen der Anstalt*, 83.

sogenannten Korridorstil eingerichtete Anstalt *Am Brünnefeld* im neunten Wiener Gemeindebezirk eröffnet.⁷³

Die nunmehr *Niederösterreichische Landesirrenanstalt am Brünnefeld* wurde wegen des großen Bettenmangels in den folgenden Jahren erweitert, ab 1878 konnten mit dem Anbau zweier weiterer Querflügel insgesamt 700 Kranke beherbergt werden, 1888 wurde zudem ein Pavillon für Infektionskranke eingerichtet.⁷⁴ Im Zuge dieser Neuorganisation wurden der *Drei-Gulden-Stock* und auch das *Lazarett* aufgegeben, 1869 wurde der bis zu diesem Zeitpunkt noch mit „unheilbaren Irren“ belegte *Narrenturm* endgültig aufgelassen. Diese Entwicklung war von den Verantwortlichen in Abgrenzung zum reinen Verwahrungssystem, welches auch noch zahlreiche Zwangsmittel einsetzte, als äußerst fortschrittlich angesehen worden, indem sie feststellten, dass *„von diesem Augenblick an die geschlossene Irrenpflege eine dem Bedürfnisse der Bevölkerung und dem Fortschritte der Wissenschaft entsprechende Entwicklung erfahren [hätte] für welche besonders im letzten Jahrzehnt die meisten Landesverwaltungen mit grosser Energie und unter Aufwendung reicher Mittel eingetreten sind.“*⁷⁵

Die öffentlichen, aber auch die privaten Institutionen zur Unterbringung psychisch Kranker sind gemeinsam mit der Leitung der sogenannten Gebäranstalten mit der gesetzlichen Regelung vom 17. Februar 1864 von der Verantwortlichkeit der Staates auf die Landesvertretungen übergegangen.⁷⁶ Im Zuge dieser Regelung behielt sich die Regierung das Recht vor, innerhalb der Anstalt eine psychiatrische Klinik einrichten zu können. Weitere Initiativen hierzu, beziehungsweise der Etablierung der akademischen Disziplin im Allgemeinen waren von dem 1868 gegründeten Verein für

⁷³ Die Leiter der Anstalt waren von 1853-69 Joseph Gottfried Riedel, von 1869-72 Karl Spurzheim, von 1872-85 Ludwig Schlager, von 1885-95 Moriz Gauster, von 1895-1907 Adalbert Tilkowsky. Nach Tilkowskys Tod hatte Josef Berze bis zur Schließung dieser Einrichtung die provisorische Leitung inne.

⁷⁴ Psychiatrisches Centralblatt 7 (1877) 141. Zudem wurde ein extra Gebäude für „unreine Kranke“ und eine Isolierabteilung für „gebildete Männer“ eingerichtet.

⁷⁵ TELKE, Ueber die Organisation des Medizinalwesens in Österreich, Bericht einer Studienreise. In: Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 34 (1907) Supplement. 1-150. Hier: 94. Telke war Regierungs- und Geheimer Medizinalrat in Breslau, sein Vorname ist nicht bekannt.

⁷⁶ Fedor GERENYI, Die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 216-221. Der 1811 eingerichtete „Irrenfond“ stellte ein zu besonderen Zwecken gewidmetes Vermögen dar, welches von den staatlichen Behörden selbständig verwaltet wurde. Mit der neuen Regelung der Zuständigkeit für Geisteskranke, R.G.Bl. Nr. 22, wurde die Verwaltung der Finanzen zur Versorgung von somatischen und psychischen Erkrankungen endgültig getrennt.

Psychiatrie und forensische Psychologie ausgegangen.⁷⁷ Die Notwendigkeit eines geregelten psychiatrischen Unterrichts im Rahmen der medizinischen Ausbildung wurde bereits vielfach gefordert. Richard von Krafft-Ebing (1840-1902), Direktor der steirischen Anstalt, brachte in einem hierzu erstellten Gutachten die angestrebte Heilbarkeit psychischer Erkrankungen in einem direkten Zusammenhang mit der als wichtig erachteten rechtzeitigen Aufnahme der Kranken, da die Mehrzahl dieser in der Regel erst relativ spät psychiatrisch beobachtet werden konnte. Der klinische Unterricht war auf die Beobachtung akuter beziehungsweise früherer Stadien der Erkrankung angewiesen. Die Hoffnung richtete sich insbesondere auf ein Erkennen somatischer Zusammenhänge mit dem Auftreten der psychischen Leiden, welche einer „zweckmäßigen Kunsthilfe“ zugeführt werden sollten.⁷⁸

Der Zeitraum des Beginns einer Geisteskrankheit galt als eine potentiell entscheidende Phase zur Erstellung einer Diagnosen und eines erhofften erfolgreichen therapeutischen Eingreifens. Den fachlichen Kenntnissen der praktischen Ärzte, die psychisch Kranke oftmals schon früher erfassten, wurden demnach größte Bedeutung zur weiteren Entwicklung des Fachs zugeschrieben.⁷⁹ Die Schwierigkeit der Anerkennung der Psychiatrie im Kanon der Disziplinen wurde

⁷⁷ Im Psychiatrischen Centralblatt, dem Organ des Vereins, wurde die Einrichtung einer psychiatrischen Klinik als das vorrangige Ziel benannt. Zur Forderung der Standesvertreter nach der Eingliederung der Psychiatrie in den Kanon der medizinischen Disziplinen: Psychiatrisches Centralblatt 4 (1874) 115. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 27. Juni 1874.

Die Gründungsmitglieder des Vereins waren Maximilian Leidesdorf, Theodor Meynert und Joseph Gottfried Riedel. Letzterer war der Präsident des Vereins, verstarb aber bald nach seiner Ernennung. Sein Nachfolger war der Leiter der Anstalt *Am Brünnefeld* Karl Spurzheim. Ein Nachruf zu Spurzheim findet sich in: Psychiatrisches Centralblatt 2 (1872) 107. Die Zeitschrift „Vierteljahresschrift für Psychiatrie in ihren Beziehungen zur Morphologie und Pathologie des Nervensystems, der physiologischen Psychologie, Statistik und gerichtlichen Medizin“ war das nur zwei Jahre lang bestehende Vorgängerorgan. Zunächst wurde die Zeitschrift von Gauster und Meynert redigiert, Gauster schied 1880 sowohl aus dem Verein als auch der Redaktion aus, an seine Stelle trat Johann Fritsch. Zu Beginn hatte diese Zeitschrift noch eine Zielsetzung, die die ganze Breite der Psychiatrie umfasste, nach dem Ausscheiden von Gauster wurde sie fast ausschließlich zum Sprachrohr der von Meynert vertretenen Richtung der Psychiatrie: UAW, Medizinische Dekanatsakten, 233 / 1869; Heinrich OBERSTEINER, Grundzüge einer Geschichte des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien in den ersten 50 Jahren seines Bestehens. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 39 (1919) 1-46; LESKY, Die Wiener medizinische Schule, 380f. Sie macht auf die Rolle Krafft-Ebings aufmerksam, der in den im Folgenden zu beschreibenden Auseinandersetzungen zwischen Klinik und Anstalt aussöhnend gewirkt hätte. HIRSCHMÜLLER, Freuds Begegnung mit der Psychiatrie, 46f.

⁷⁸ Richard KRAFFT-EBING, Gutachten über die Erteilung des psychiatrischen Unterrichts. In: Psychiatrisches Centralblatt 6 (1876) 47-49 und 57-59. Für Wien wurde die notwendige Größe einer klinischen Abteilung mit mindestens 50 Betten berechnet. Pro Semester konnten auf diese Weise 60 bis 80 Kranke den Studenten demonstriert werden.

⁷⁹ Psychiatrisches Centralblatt 8 (1878) 77f. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 27. Juli 1878. Referat Theodor Meynert: Ueber die Nothwendigkeit psychiatrischer Kenntnisse für den praktischen Arzt und über den dermaligen Stand des klin. Unterrichtes über Psychiatrie in Oesterreich. Forensische Gutachten konnten auch ohne vertiefende Ausbildung in der Psychiatrie erstellt werden.

von deren Vertretern aber nicht nur aufgrund der Weiträumigkeit und der Diversität des Lehrstoffs vermutet. Die zu dieser Zeit weitverbreitete Theorie der sogenannten „Einheitspsychose“⁸⁰, die Annahme einer einzigen Form psychischer Erkrankung, wurde von Theodor Meynert (1833-1892) als nicht haltbar beurteilt, aber auch er meinte, dass es *„mit sehr wahrscheinlicher Berechtigung nicht zahlreiche Erkrankungsformen“* gäbe.⁸¹ Er verortete den Grund der Schwierigkeit der Anerkennung der Disziplin in den abweichenden Anforderungen an die ärztliche Denkweise, nämlich dem psychiatrischen Interesse an subjektiven Symptomen bei gleichzeitig fehlender Objektivität. Unter Berufung auf Carl Westphal, Leiter der psychiatrischen Klinik an der Charité in Berlin, betrachtete Meynert die Psychiatrie als eine Möglichkeit zur Erweiterung der ärztlichen Allgemeinbildung, nämlich die Öffnung des naturwissenschaftlich geprägten Denkens in eine *„zu großartigen Zielen führende besondere Richtung der Erkenntnis.“*⁸²

Der „Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie“ stellte 1878 eine erste und 1891, anlässlich bevorstehender Änderungen der Rigorosenordnung, eine weitere Petition, deren beider zentrale Forderung es war, dass alle Mediziner psychiatrische Kenntnis nachweisen müssten, vor allem aber dass für alle Anstalts- und Physikatärzte eine solche sowohl theoretische als auch praktische Ausbildung obligatorisch sein sollte. Die Sichtweise, dass psychisch Kranke in der Regel erst bei fortgeschrittenem Verlauf ihrer Erkrankung in eine Anstalt kämen und aus diesem Grunde nicht mehr geheilt werden könnten, spielte dabei eine große Rolle: Es ist *„ein Grundirrtum, welcher vielseits herrscht, dass der gewöhnliche praktische Arzt mit Psychopathien nichts, oder nur selten und vorübergehend zu thun hat. Die größte Zahl der fort anwachsenden Hirnkrankheiten mit Geistesstörung ist nicht nur im Beginne des Leidens, sondern im Verlauf desselben ausschließlich in Behandlung*

⁸⁰ Zum Konzept der Einheitsdiagnose in der Psychiatrie: German E. BERRIOS, Dominic BEER, The Notion of Unitary Psychosis: A conceptual History. In: History of Psychiatry 5 (1994) 13-36; Christoph MUNDT, Henning SAß (Hg.), Für und wider die Einheitspsychose (Stuttgart 1992); Anne DIGBY, Madness, Morality and Medicine: A Study of the York Retreat, 1796-1914 (Cambridge History of Medicine Series) Cambridge 1985, 135f.; Josef VLIEGEN, Die Einheitspsychose. Geschichte und Problem (=Forum der Psychiatrie 9) Stuttgart 1980.

⁸¹ Jahrbücher für Psychiatrie 10 (1892) 307. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 27. November 1890.

⁸² Ebd., Die Einführung des Fachs Psychiatrie als obligaten Prüfungsgegenstand wurde zu diesem Zeitpunkt in Deutschland und Ungarn als unmittelbar bevorstehend angesehen.

*der praktischen Aerzte.*⁸³ Zudem wurde auch die Ausbildung der Anstaltsärzte selbst als mangelhaft angesehen, mit dem bislang üblichen dreimonatigen Hospitieren lernten diese „*allenfalls die Manipulation in der Irrenanstalt, aber fast nichts vom Irrsinn verstehen*“.⁸⁴ Als Ursache des nur geringen Interesses der Ärzte für das Spezialgebiet der Psychiatrie wurden demnach nicht nur das geringe Einkommen und Prestige, sondern, wie schon angeklungen, auch das ungefestigte theoretische Gebäude dieser Disziplin vermutet.

Neben den fachlichen Gründen wurden in der Hervorhebung der Bedeutung der Psychiatrie für die Gesellschaft stets auch ökonomische Aspekte betont. Die mangelhafte Schulung der Mediziner sei einer der Gründe der Überfüllung der Anstalten, da praktische Ärzte ohne entsprechender Ausbildung gar nicht in der Lage wären zu entscheiden, ob beispielsweise ein Patient gemeingefährlich sei, oder aber auch zuhause gepflegt werden könnte. Darüber hinaus war das Versprechen einer Lösung der vielen ungeklärten Fragen auf dem Gebiet des Strafrechts ein nicht unwesentlicher Aspekt in der Argumentation zur Einrichtung eines Lehrstuhls und der Anerkennung des Fachs im Kanon der medizinischen Disziplinen. Insbesondere die schwierige Diagnostik und der Umgang mit Geisteskranken im Allgemeinen wären nach Ansicht der Standesvertreter ohne Praxis kaum zu erlernen. Die Ausbildung zum Mediziner bedürfe unbedingt eines klinischen Unterrichts in der Psychiatrie, denn, wie Krafft-Ebing meinte, „*aus Büchern, Krankengeschichten, dem Studieren der Porträts Geisteskranker, theoretischen Vorträgen u. dgl. erwirbt sich kein Mediziner nur annähernd brauchbare Kenntnisse.*“⁸⁵

Der klinische Unterricht an einer Anstalt wäre jedoch gemäß der Ansicht vieler Psychiater völlig unzureichend. Die Vorstellung von Patienten im Rahmen von psychiatrischen Vorlesungen sollte vielmehr an einer zentral gelegenen klinischen Abteilung erfolgen, da weder die Patienten noch die Studenten für die notwendig häufigen Beobachtungen weite Wege zurücklegen könnten. Deren Details waren in vielerlei Hinsicht nicht klar, insbesondere die Frage, welche Patienten für klinische Demonstrationen herangezogen werden könnten, war Gegenstand zahlreicher

⁸³ Jahrbücher für Psychiatrie 10 (1892) 159-163. Petition des Vereins, übergeben dem hohen k.k. Ministerium für Cultus und Unterricht am 10. Jänner 1891. Die Unkenntnis vieler Mediziner zeige sich entsprechend bei deren Schreiben von Attesten, Überweisungen und Krankenakten.

⁸⁴ Psychiatrisches Centralblatt 8 (1878) 137-142. Memorandum des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien betreffs der Einführung der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand bei den medicinischen Rigorosen. Hier: 138.

⁸⁵ KRAFFT-EBING, Gutachten über die Ertheilung des psychiatrischen Unterrichts, 48.

Auseinandersetzungen. Theodor Meynert, der 1870 die Professur für Psychiatrie erhalten sollte, sah eben jenen Aspekt als zentral an: Er unterschied grundsätzlich zwischen sogenannten „heilbaren Fällen“ und dem „Unterrichtsmaterial“. Seiner Ansicht nach könne eine Klinik gar nicht genügend Raum bieten, um beide Patientengruppen aufzunehmen, benötige aber dennoch aus Lehrzwecken die sogenannten „secundären Fälle“. Diese Patienten sollten keinesfalls einfach als unheilbar betrachtet, sondern hinsichtlich des Verlaufs der Erkrankung besonders gut beobachtet werden. Zudem warnte er davor, nur „einseitiges Material“ in die Klinik aufzunehmen. Diese sollte zudem mit einer Nervenabteilung verbunden sein. Eine solche sollte für Patienten konzipiert werden, die, wie beispielsweise an „neurasthenischen Zwangsvorstellungen“ Leidende, sonst erst gar nicht in eine psychiatrische Institution gelangen würden.⁸⁶ Dieser Forderung nach einer institutionellen Versorgungsform für Kranke, die an „Neuropsychosen“ leiden, wurde auch von Krafft-Ebing vertreten. Er meinte, dass an „Neurasthenie, Hysteria gravis oder Chorea major“ Leidende besondere Furcht vor Geisteskranken hätten, oder aber gar nicht in eine psychiatrische Anstalt aufgenommen werden, da sie für ihre Umgebung nicht gefährlich seien und somit nicht den Aufnahmekriterien entsprächen.⁸⁷ Hinter dieser Verschiebung des psychiatrischen Interesses an neu erkannten Krankheitsformen gilt es auch eine weitere Entwicklung zu erkennen, nämlich die Erweiterung und auch Verlagerung von den mechanistisch geprägten Ansätzen der Forschung hin zu psychologischen Erklärungsmodellen von Geisteskrankheit. Für den klinischen Unterricht bedeutete dies ein Abgehen des reinen Diagnostizierens der Symptome, die lange als Manifestationen höherer,

⁸⁶ Bericht über die Wanderversammlung des psychiatrischen Vereines in Graz und Protokoll der Sitzungen. In: Jahrbücher für Psychiatrie 10 (1892) 271-304. Hier: 301.

⁸⁷ Richard KRAFFT-EBING, Die Entwicklung und Bedeutung der Psychiatrie als klinischer Wissenschaft. Antrittsvorlesung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 43 und 44 (1889) 817-820 und 843-845. Diese Lücke in der Versorgung für Patienten, die für ihre Unterbringung selbst zahlen konnten, war nicht in dieser Weise gegeben, beziehungsweise zeigt die gedankliche Verbindung weniger schwerer, nämlich „neuropathischen Erkrankungen“ und einem zahlungskräftigeren Klientel. Insgesamt gab es in diesem Zeitraum fünf private Institutionen, die „Privatheilanstalt für Nerven-, Gemüts- und Geistesranke“ in Oberdöbling (1819 gegründet), die „Privatheilanstalt für Gemütsranke auf dem Erdberge zu Wien“ (1834), die Privatheilanstalt in Lainz (1863) und in Inzersdorf (1872). Vgl. dazu ausführlicher: HIRSCHMÜLLER, Freuds Begegnung mit der Psychiatrie, 76f. Vgl. dazu auch: Harry OOSTERHUIS, Extending the Boundaries of Psychiatry. The Professional Strategies of Richard von Krafft-Ebing. In: ENGSTROM, ROELCKE (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert, 153-167. Krafft-Ebing gründete 1886 das Sanatorium *Mariagrün* in der Nähe von Graz.

idealisierter Krankheitskategorien gesehen wurden, hin zu einem Ausbau der diagnostischer Techniken.⁸⁸

Auf Betreiben Maximilian Leidesdorfs (1819-1889), der seit seiner Habilitation im Jahre 1856 psychiatrische Vorlesungen abgehalten hatte⁸⁹, engagierte sich nun auch die Medizinische Fakultät, um diese Pläne zu realisieren. Bei der Anfang des Jahres 1869 erstellten Petition des Vereins an das k.k. Ministerium für Kultus und Unterricht war man sich nur mehr uneins, ob die Klinik im Rahmen der Anstalt *Am Brünnefeld* oder in den im Allgemeinen Krankenhaus bereits bestehenden Beobachtungszimmern eingerichtet werden sollte. Auf der Grundlage eines Übereinkommens zwischen der Reichsregierung und dem Land Niederösterreich beschloss das Professorenkollegium 1870 die Einrichtung einer psychiatrischen Klinik an der bestehenden „Landesirrenanstalt“. Im Rahmen dieser Auseinandersetzungen einigte man sich bereits zu diesem Zeitpunkt darauf, eine zweite psychiatrische Klinik in den Räumen der Beobachtungszimmer einzurichten. Deren Eröffnung sollte an die Einführung der Psychiatrie als Gegenstand der Rigorosen des Medizinstudiums gebunden werden.⁹⁰ Ausschlaggebend für die Entscheidung zugunsten der Niederösterreichischen Anstalt *Am Brünnefeld* waren die Zahl und die Art der Aufnahmen von Kranken, nämlich die für den klinischen

⁸⁸ Vgl. ausführlicher zur Entwicklung des klinischen Unterrichts in der Psychiatrie in Deutschland: Eric J. ENGSTROM, *Assembling Professional Selves: On Psychiatric Instruction in Imperial Germany*. In: Ders., ROELCKE (Hg.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert*, 117-129. Die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Entwicklungen wie der Non-Restraint Methode und dem Versuch, ein breiteres Spektrum an Patienten in die Klinik zu bekommen, kann an dieser Stelle nur angedeutet werden. Vgl. zu der, ebenfalls im Zusammenhang des erweiterten Patientenkreises stehender Etablierung der Neurologie: Roland SCHIFFTER, *Die Neurologisierung der Psychiatrie: Aspekte eines Paradigmenwechsels – Moritz Romberg, Wilhelm Griesinger, Carl Westphal*. In: Hanfried HELMCHEN (Hg.), *Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin* (Lengerich 2008) 59-75.

⁸⁹ Im Jahr 1860 hat Leidesdorf das Lehrbuch „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ herausgegeben, welches 1865 in einer zweiten Auflage erschienen war. Er gilt als der Begründer des klinisch-psychiatrischen Unterrichts in Österreich. Vor ihm haben auch Riedl in Prag (ab 1841), Feuchtersleben und Viszanik (1844) und Karl Flögl (1848) in Wien Psychiatrie unterrichtet. Vgl. dazu ausführlicher: LESKY, *Die Wiener medizinische Schule*, 185.

⁹⁰ UAW, Medizinische Dekanatsakten, 233 / 1869; 7088 / 1870. Josef Skoda, Johann Oppolzer und August Schroff gehörten dem beratenden Komitee an. Skoda und Oppolzer plädierten für die Einrichtung der Klinik im Beobachtungszimmer, Regierungsrat Schroff für die Anstalt *Am Brünnefeld*, war aber wegen der umstrittenen Frage der Heranziehung von Patienten zu Unterrichtszwecken „aus Humanitätsgründen“ aus dem Komitee ausgetreten, als seine Kontrahenten sich – vorerst – durchzusetzen schienen. Vom klinischen Unterricht sollten für ihre Behandlung und Unterbringung selbst zahlende PatientInnen nicht herangezogen werden.

Unterricht als geeignet angesehen sogenannten „primären Krankheitsformen“ und eine hinreichend große Zahl an Obduktionsfällen.⁹¹

Die Leitung der I. Psychiatrischen Klinik sollte gemäß einem ersten Verfahren des Wiener Professorenkollegiums Maximilian Leidesdorf erhalten. Er konnte gegenüber seinem Konkurrenten Ludwig Schlager auf eine größere Erfahrung im psychiatrischen Unterricht zurückgreifen.⁹² Der Beschluss zur Besetzung der Klinik verlief allerdings gänzlich anders. Leidesdorf wurde die vorerst unbezahlte Leitung der nur kleinen Beobachtungsabteilung zugesprochen, die erste Professur für Psychiatrie in Wien erhielt Theodor Meynert. Er war ein Schüler Carl von Rokitanskys und hatte sich 1865 mit der neurologischen Arbeit „Der Bau und die Leistung des Gehirnes und Rückenmarkes mit Beziehung auf deren Erkrankungen“ habilitiert. Ab 1866 war er Prosektor an der Landesirrenanstalt und bezeichnete sich selbst als „wissenschaftlichen Neuropathologen“.⁹³ Meynert sah zwischen den Psychiatern der Anstalten und denjenigen, die, wie er selbst, anatomisch-pathologische Forschungen betrieben, einen ausgeprägten Gegensatz.⁹⁴ Seine Ernennung zum Leiter der Klinik gilt als der Ursprung zahlreicher Auseinandersetzungen, die sowohl von persönlichen Motiven getragen als auch Ausdruck inhaltlicher Differenzen zwischen Klinik und Anstalt waren. Der sogenannte „Doppelzweck als Heil- und Unterrichtsanstalt“ der Institution *Am Brünnefeld* war zwar genau geregelt, unterlag dennoch der prinzipiellen Schwierigkeit unterschiedlicher Interessen und auch zweier Leitungen.⁹⁵

⁹¹ UAW, Medizinische Dekanatsakten, 314 / 1869. Schreiben von der Direktion der niederösterreichischen Landesirrenanstalt an das Dekanat des medizinischen Professorenkollegiums vom 21. April 1869.

⁹² UAW, Medizinische Dekanatsakten, 403 / 1870. In den Jahren 1864 bis 1869 hatte Ludwig Schlager insgesamt 16 Studenten in seinen Vorlesungen. Leidesdorf konnte innerhalb dieser dreizehn Semester insgesamt 90 Studenten zu seinen Schülern rechnen. Vgl. sowohl zu dem Problem der niedrigen Studentenzahl in Deutschland, als auch zu den Schwierigkeiten der auch in vielen anderen Institutionen in Personalunion geführte Institutionen: ENGSTROM, *Assembling Professional Selves*, 120f.

⁹³ Die Ernennung Meynerts erfolgte aufgrund der Einflussnahme Rokitanskys auf das Professorenkollegium und zog viel Kritik, insbesondere den Vorwurf mangelnder klinischer Erfahrung nach sich. Seine *Venia legendi* war erst 1868 auf die Psychiatrie erweitert worden. Meynert wurde 1870 zum außerordentlichen und 1873 zum ordentlichen Professor ernannt. Johann FRITSCH, *Nachruf Theodor Meynert*. In: *Jahrbücher für Psychiatrie* 11 (1893) 3f. Vgl. ausführlicher zum umstrittenen Berufungsverfahren und zur Person Meynerts: HIRSCHMÜLLER, *Freuds Begegnung mit der Psychiatrie*, 69-76 und 93-104; LESKY, *Die Wiener medizinische Schule*, 374. Aufgrund der Entwicklung einer besonderen Seziertechnik konnte Meynert die vergleichend-anatomische Hirnforschung gut fördern.

⁹⁴ Theodor MEYNERT, *Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes*. In: *Psychiatrisches Centralblatt* 6 (1876) 2-5.

⁹⁵ UAW, Medizinische Dekanatsakten, 16469 / 1873. Normale des k.k. n.ö. Statthaltereierlasses vom 31. Juli 1872, Z. 22199. In administrativen Angelegenheiten war die psychiatrische Klinik der Anstaltsleitung unterstellt.

In einem in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift veröffentlichten Rückblick zur Entwicklung der I. Psychiatrischen Klinik ist von diesen Differenzen nur indirekt die Rede. Alexander Pilcz, der letzte (und auch nur mehr Interims-)Vorstand bis zur Auflassung der Wiener Anstalt im Stadtinneren, betonte die Einhaltung und das gute Funktionieren des Übereinkommens, welches zwischen dem Niederösterreichischen Landesausschuss und dem Ministerium für Kultus und Unterricht abgeschlossen worden war und in zehn Punkten die finanziellen, administrativen und dienstlichen Fragen regelte. Seitens des Landesausschusses oder der Anstaltsdirektion gab es in den, vom Autor allerdings nicht näher erläuterten „kritischen Zeiten“ keinerlei Einflussnahme auf klinische Angelegenheiten.⁹⁶

Im Gegensatz zu dieser offiziell vertretenen Sichtweise steht ein langes Beschwerdeschreiben Meynerts aus dem Jahre 1873, mit welchem er die Einschränkung seiner klinischen Interessen beklagt. Aufgrund des Ausmaßes der Meinungsverschiedenheiten gingen die Überlegungen des Niederösterreichischen Landesausschusses offenbar so weit, die Klinik gänzlich aufzulösen. Im Zentrum der Vorwürfe standen ausgeprägte und teilweise auch persönliche Differenzen in der Führung der Institution und deren Funktion sowohl als Klinik als auch zur Versorgung chronisch Kranker zwischen Theodor Meynert und Ludwig Schlager. Dies betraf unterschiedliche Ansichten hinsichtlich der konsequenten Durchführung der zwanglosen Behandlung, die, gemäß dem erwähnten Schreiben, entgegen der bereits von Karl Spurzheim festgelegten Instruktionen nicht eingehalten wurde. Meynert machte Schlager Vorwürfe wie das Einsetzen von Zwangsjacken und die Kontrolle des ihm gar nicht unterstehenden Pflegepersonals. Der Kern der Kritik richtete sich auf die versuchte Einflussnahme seitens der Anstaltsleitung einerseits bei den Visiten, die Meynert als einen wesentlichen Teil seines Unterrichts angesehen hatte und andererseits auch bei den im Hörsaal der Anstalt abgehaltenen Vorlesungen und klinischen Demonstrationen. Das zentrale Argument Meynerts war die von ihm beanspruchte Wissenschaftlichkeit seines Vorgehens, beziehungsweise der Verweis auf die mangelnde akademische psychiatrische Ausbildung vieler Anstaltsärzte: *„Gewiss aber liegt hier sehr wesentlich der noch so verbreitete Mangel an Einsicht in die Unumgänglichkeit eines wissenschaftlichen Betriebes der*

⁹⁶ Alexander PILCZ, Geschichte der klinischen Abteilung (k.k. I. psychiatrische Universitätsklinik) in der Wiener Landesirrenanstalt. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 231-233. Hier: 231.

*Psychiatrie vor. Es ist der Kampf verwalteter Institutionen einer zurückgebliebenen klinischen Disciplin, wozu der ohne Beobachtung und Diagnose behandelnde Director, wozu die ohne geregelte Vorbildung functionierenden Ärzte gehören, gegen die Zumuthung einer wissenschaftlichen Gestaltung ihres Faches, es ist einfach der Kampf gegen den Fortschritt.*⁹⁷

Diese Differenzen führten in weiterer Folge dazu, dass 1875 die Beobachtungsabteilung im Allgemeinen Krankenhaus als II. Psychiatrischen Klinik eingerichtet wurde. Deren Leitung, ebenso wie die der 1887 angegliederten neurologischen Abteilung, wurde nun Theodor Meynert zugeteilt. Der Status der I. Psychiatrischen Klinik blieb unverändert und stand von 1875 bis 1889 unter der Führung von Leidesdorf. Dessen Nachfolger wurden der bereits genannte Richard von Krafft-Ebing, der 1892 von der I. an die II. Psychiatrische Klinik wechselte, und ab 1893 Julius von Wagner-Jauregg, der ab Ende des Jahres 1902 ebenfalls diesen Weg auf die II. Klinik genommen hatte.⁹⁸ Ab diesem Zeitpunkt wurde die Leitung der I. Psychiatrischen Klinik nicht mehr besetzt, als Interimsleiter fungierte Alexander Pilcz, der 1907 *Am Steinhof* die Leitung des Sanatoriums übernehmen sollte.⁹⁹ Ebenso wie die Aufteilung zweier Kliniken zeigte sich die Konkurrenz auch auf dem Gebiet der Behandlung neurologischer Erkrankungen. 1887 gelang es Meynert, seiner psychiatrischen Klinik eine Abteilung für Nervenranke anzuschließen, eine Entwicklung die beispielsweise in Berlin bereits 22 Jahre zuvor stattgefunden hatte. Im Jahr 1889 wurde Krafft-Ebing im Zuge seiner Ernennung als Leiter der I. Psychiatrischen Abteilung ein klinisches Ambulatorium für Nervenkrankheiten zugesprochen. Dieses wurde ab 1902 von seinem Nachfolger Wagner-Jauregg geleitet und galt als eine Expositur der Klinik.¹⁰⁰

⁹⁷ UAW, Medizinische Dekanatsakten, 38 / 1873 und 1874; 109 / 1873 und 1874. Der Brief vom 25. Juli 1873 umfasst zwanzig Seiten.

⁹⁸ Psychiatrisches Centralblatt 5 (1875) 118; Gisela POINTNER, Personalbibliographien von Professoren und Dozenten der Psychiatrie und Neurologie an der Wiener Medizinischen Fakultät im ungefähren Zeitraum von 1880 bis 1920 (Diss.med. Erlangen, Tübingen 1972) 19f.

⁹⁹ PILCZ, Geschichte der klinischen Abteilung, 231f. An dieser Stelle findet sich auch eine Auflistung aller Assistenten der I. psychiatrischen Klinik.

¹⁰⁰ Die Räumlichkeiten des Laboratoriums dienten seit 1880 als Behandlungsräume für elektrotherapeutische Kuren. Ein Bericht über das klinische Ambulatorium von 1884-1914: Alfred FUCHS, Zur Statistik der Nervenkrankheiten. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 35 (1915) 1-26. Behandelt wurden die unterschiedlichsten organischen Nervenkrankheiten, aber auch funktionelle Neurosen und Psychosen. Quecksilber- und Tuberkulinkuren wurden zur Behandlung von Syphilis ambulant durchgeführt, Epileptiker wurden mit Brom therapiert. Vgl. dazu auch: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 120. Die erste psychiatrische Klinik hatte zudem ein Ambulatorium für Nervenranke, konnte aber keine Patienten aufnehmen. In: PILCZ, Geschichte der klinischen Abteilung, 233.

Die Auseinandersetzungen hinsichtlich einer Etablierung der Psychiatrie innerhalb der medizinischen Disziplinen blieben von der Einrichtung der II. Psychiatrischen Klinik unberührt. Erst mit der Prüfungsordnung aus dem Jahre 1903 wurde die Psychiatrie als obligatorisches Lehr- und Prüfungsfach anerkannt.¹⁰¹ Die Einweisungspraxis und der damit verbundene Kampf um das „geeignete Unterrichtsmaterial“ blieben jedoch weiterhin bestehen. Hintergrund des Mangels an „interessanten Fällen“ der I. Psychiatrischen Klinik war die Aufnahmeregulation des Wiener Allgemeinen Krankenhauses, welche festlegte, dass Patienten nur über einen Polizei- oder Amtsarzt aufgenommen werden konnten, die als „einer Geistesstörung verdächtig erschienen“. Die Einweisung erfolgte in diesen Fällen über das „Beobachtungszimmer“, welches der II. Psychiatrischen Universitätsklinik zugeordnet war. Diese Abteilung hatte somit die Möglichkeit, die für das Studium als interessant erscheinenden Fälle zu behalten und nur jene Kranken zu transferieren, für die sie keinen klinischen Bedarf oder auch keinen Platz hatten.

Die I. Psychiatrische Klinik bekam Patienten zur Aufnahme, die laut deren Statuten als „entschieden geisteskrank“ bezeichnet wurden. Dies bedeutete, dass deren Erkrankung mit „großer Sicherheit“, wie dies beispielsweise bei *„Paralytikern in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung, Patienten mit einfachen Schwachsinnformen, bezirksbekannte Paranoiker, Säufer und immer wieder notorische Simulanten und arbeitsscheue ‚Fratres nosocomiales‘ leicht erkennbar war.“*¹⁰² Die monierte „Unvollkommenheit des Materiales“, die geringere Zahl interessanter Patienten, wäre aufgrund der insgesamt sehr vielen Aufnahmen nach Ansicht der Verantwortlichen für den klinischen Unterricht ausgleichbar gewesen. Hinzu aber kam ein weiterer erschwerender Umstand, die I. Psychiatrische Klinik hatte nämlich im Gegensatz zu vielen anderen Kliniken kein sogenanntes „Ausheberecht“ zur Rekrutierung interessanter Fälle. Zudem gab es nur sehr

¹⁰¹ LESKY, Die Wiener medizinische Schule, 383. Die akademische Etablierung der Psychiatrie innerhalb des Kanons der medizinischen Disziplinen erfolgte in Deutschland wenige Jahre früher. Lehrstühle für Psychiatrie entstanden zunächst 1863 an den Universitäten Berlin und Göttingen. Ab den 1880er Jahren wurde an vielen größeren Hochschulen Deutschlands mit dem Aufbau psychiatrischer Universitätskliniken begonnen, bis 1900 waren insgesamt 19 Ordinariate und 39 Extraordinariate und Dozenturen eingerichtet. Die Psychiatrie wurde 1901 im Rahmen der neuen Prüfungsordnung als obligatorisches Examensfach in der medizinischen Ausbildung für ganz Deutschland anerkannt. Allerdings wurde die Approbationsordnung erst 1906 in die Praxis umgesetzt: Martin GUNTAU, Hubert LAITKO, Der Ursprung der modernen Wissenschaften. Studien zur Entstehung wissenschaftlicher Disziplinen (Berlin 1987) 313; EULNER, Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer, 261f. In der Schweiz war die Psychiatrie seit 1870 Lehrfach und ab 1888 obligatorisches Prüfungsfach. In: MEIER, BERNET, DUBACH, GERMANN, Zwang zur Ordnung, 63.

¹⁰² PILCZ, Geschichte der klinischen Abteilung, 232f. [H.i.O.]

eingeschränkte Möglichkeiten die Patienten auch wieder weiter zu transferieren. Die Klinik hatte somit, wie deren Leiter beklagte, „*beträchtlichste Schwierigkeiten sowohl in der Beschaffung als auch in der Evakuierung ihres Krankenmaterials*“.¹⁰³ Im Gegensatz dazu verfügte die II. Psychiatrische Klinik über jenes umstrittene „Ausheberecht“, mit welchem die Möglichkeit bestand, nur jene Patienten aufzunehmen, die für den klinischen Unterricht als bedeutend erschienen. Sie konnten vom „Journal“, der Aufnahmestation im Allgemeinen Krankenhaus, über ihre Assistenten oder „Operationszöglinge“, die auszubildenden Chirurgen, die für die Forschung interessanten Fälle auswählen lassen. Zudem durften innerhalb eines Tages auf anderen Stationen bereits aufgenommene Patienten unter Zustimmung des betreffenden Abteilungsvorstandes auf die II. Psychiatrische Klinik transferiert werden.¹⁰⁴

Neben den zahlreichen Auseinandersetzungen zur klinischen Forschung und Lehre haben die an der Praxis ausgerichteten Gebiete der Psychiatrie in dieser Zeit ebenfalls einen, im Folgenden zu untersuchenden „Professionalisierungsschub“ erfahren. Dabei stellt sich die Frage, ob es im Zuge dieser Entwicklung zur Ausbildung neuer Wissensräume gekommen ist, beziehungsweise konkret danach, worin das Selbstverständnis der von den Vertretern der Profession vielbeschworenen ‚modernen Anstaltspsychiatrie‘ bestanden hatte.

¹⁰³ Ebd. Demnach war es Josef Berze zu verdanken, dass manchmal die Möglichkeit eingeräumt wurde, die für den Unterricht nicht mehr benötigte Patienten aufgrund persönlicher Absprachen transferieren und Patienten für klinische Demonstrationen kurzfristig übernehmen zu können.

¹⁰⁴ UAW, Medizinische Dekanatsakten 16469 / 1873. Diese Vorschrift regelte auch das „Docieren am Krankenbett“, welches den Klinikvorständen vorbehalten sein sollte. Ebenfalls in der Verantwortung des klinischen Arztes, beziehungsweise dessen Hilfsärzten stand die Führung der „Zimmerprotokolle, der Krankengeschichten und deren Aufbewahrung, die Ausfertigung der Kopfbettel beim Abgang der Kranken und die Führung des Gestionsprotokolles“ (nach welchem alle Anzeigen, Berichte, Parere etc. nach einer fortlaufenden Nummer einzutragen wurden), eines „Zustellungsbuches“ (in welchem alle abgehenden Schriftstücke zu verzeichnen waren), das Erstellen von Anzeigen bei Verletzungen, Vergiftungen und Suiziden und über sanitätspolizeilich und gerichtlich bedeutende Sektionen. Ausnahmen zum Lehren am Krankenbett konnten mit Bewilligung des Abteilungsvorstands in einzelnen und eigens dazu bestimmten Krankensälen stattfinden.

2.2. Die Reform des „Irrenwesens“

Im unmittelbaren Eingangsbereich der Anstalt *Am Steinhof* im Parterre des prominent auf der Mittelachse gelegenen Direktionsgebäudes wurde zum Zeitpunkt der Eröffnung im Jahre 1907 ein „Museum für Irrenpflege und Psychiatrie“ eingerichtet. Es verweist auf ein zentrales Merkmal der Abgrenzungsstrategie der `modernen Anstaltspsychiatrie´ gegenüber der „Irrenpflege“ des 19. Jahrhunderts, nämlich die angestrebte gedankliche Verbindung von Wissenschaft, Humanität und Fortschritt.¹⁰⁵ Die Gründung der psychiatrischen Anstalt *Am Steinhof* galt als die Vollendung einer in den letzten Dezennien des 19. Jahrhunderts begonnenen Reform. In der Konzeption der neuen Anstalt zeigt sich die kritische Auseinandersetzung der Disziplin mit der eigenen Tradition.

Eines der größten Probleme der längerfristigen Behandlung in den Anstalten war der Umgang mit unruhigen und agitierten PatientInnen. Der Beginn der medizinischen Betreuung psychisch Kranker wird allgemein auf 1790, mit der Aufhebung aller nicht gesetzlich legitimierten Freiheitsbeschränkungen und der Auflösung der großen französischen Internierungsanstalten datiert, die die Gründung spezieller Einrichtungen für eine speziellen „Irrenbetreuung“ nach sich zog. Philippe Pinel (1755-1826) hatte auf diese Entwicklung der humaneren Krankenbehandlung maßgeblichen Einfluss. Er förderte eine somatisch-pädagogische Therapiepraxis, die von seinem Schüler Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) zur leitenden therapeutischen Praxis einer moralischen Erziehung im Sinne einer angestrebten Rückführung des Kranken zu Selbstverantwortung und bürgerlicher Normalität, dem *traitement moral*, weiter entwickelt wurde.¹⁰⁶ Diesem neuen Erziehungsoptimismus entsprangen therapeutische Grundsätze, die sich zuweilen eher in ihrer Begründung als in der konkreten Praxis von früheren Behandlungen unterschieden. Die als Therapieziel propagierte „Herrschaft der Vernunft“ hatte zur Folge, dass die

¹⁰⁵ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 214. Leider sind keine weiteren Angaben zu diesen Räumlichkeiten erhalten. Auch ist nicht bekannt, wie lange dieses geführt und für welches Publikum es konzipiert wurde.

¹⁰⁶ GUNTAU, LAITKO, Der Ursprung der modernen Wissenschaften, 302. Esquirol setzte mit der einheitlichen und im Wesen progressiven Irrengesetzgebung von 1838 auch das ärztliche Behandlungsmonopol weitgehend durch. Vgl. allgemein zu dieser Behandlungsmethode: Michael KUTZER, „Psychiker“ als „Somatiker“ – „Somatiker“ als „Psychiker“. Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien. In: ENGSTROM, ROELCKE (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert, 27-47.

Geisteskranken nunmehr rigorosen, von Zwang und Gewalt geprägten Ordnungsprinzipien unterworfen waren. Im Unterschied zu diesem Modell entwickelte sich ausgehend von England eine neue Art der Behandlung psychisch Kranker, welche im Namen von Humanität und Freiheit die Abkehr von den herkömmlichen Zwangsmaßnahmen forderte.¹⁰⁷ Die deutschsprachige Diskussion über das sogenannte *Non Restraint* wurde kurz nach dem Erscheinen der ersten englischen Publikationen über Reiseberichte und Rezensionen in den 1840er Jahren zunehmend bekannt, aber fast einhellig abgelehnt. Das System des *moral treatment*, in dem körperliche Strafen eine große Rolle spielten, blieb noch bis in die 1860er Jahre ein weithin angewandtes Konzept.¹⁰⁸ Die 1857 veröffentlichte und drei Jahre später ins Deutsche übersetzte Abhandlung des englischen Psychiaters John Conolly mit dem Titel *The Treatment of the Insane Without Mechanical Restraint* avancierte zur Fibel der bürgerlichen Psychiatriereform und wird allgemein als der Beginn der Behandlung psychisch Kranker ohne jegliche Zwangsmittel angesehen. Zugleich war das *Non-Restraint-Prinzip* ein durch Heilung und Pflege charakterisiertes neuartiges Gesamtkonzept psychiatrischer Anstalten zur Unterscheidung bisheriger Formen der Unterbringung, die von Verwahrung und Wegschließung geprägt waren.¹⁰⁹

In Wien gilt Viszanik als derjenige, der im *Narrenturm* gleich Pinel die „Irren von den Ketten befreien“ ließ. Unter der Leitung des ersten Direktors der Anstalt *Am*

¹⁰⁷ Vgl. allgemein zu dieser Thematik: MEIER, BERNET, DUBACH, GERMANN, Zwang zur Ordnung. Hier: 20f. Die Autoren verweisen explizit auf die Verschiebung der Definitionen von „Zwang“ mithilfe unterschiedlichster medizinischer Rationalisierungsbestrebungen.

¹⁰⁸ Kai SAMMET, Ökonomie, Wissenschaft und Humanität – Wilhelm Griesinger und das non restraint-System. In: ENGSTROM, ROELCKE (Hg.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert*, 95-116. Ders.: Akteure, Konflikte, Interessen: Wilhelm Griesingers Reformversuche in der Irrenabteilung der Berliner Charité 1865-1868. In: *Medizinhistorisches Journal* 38 (2003) 285-312. Zur Praxis der psychischen Kurmethode in Frankreich und in England: Jan GOLDSTEIN, *Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century* (Cambridge 1987); Anne DIGBY, *Moral Treatment at the Retreat, 1796-1846*. In: William F. BYNUM (Hg.), *The Anatomy of Madness. Essays in the History of Psychiatry*, Vol. 2, *Institutions and Society* (London 1985) 132-146; Doris KAUFMANN, *Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland: 1770-1850* (Göttingen 1995) 169f.

¹⁰⁹ John Conolly begann 1839 in Hanwell (England) die mechanischen Zwangsmittel abzuschaffen. Er war der Ansicht, dass das No-Restraint-System richtig verstanden, „ein vollkommenes Irrenbehandlungssystem [sei], dessen Wirksamkeit in dem Augenblick beginnt, wo der Kranke die Schwelle des Asyls überschreitet“ (1860). Zitiert in: SAMMET, „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“, 200. Dies verweist auch auf die propagierte Abgrenzung zu nicht-institutionellen und nicht-medizinischen Versorgungsformen. Sammet macht auch auf die gedankliche Verbindung zwischen der Abschaffung der Zwangsmittel und der berühmten Befreiung der Geisteskranken von den Ketten aufmerksam. Unter der unantastbaren Prämisse, dass Pinel die psychiatrische Wissenschaft begonnen hatte, sollte das *non-restraint* eine daran anschließende weitere Entwicklung der psychiatrischen Wissenschaft sein, bei der Humanität und Wissenschaft Hand in Hand gingen. Ebd., 106f.

Brünnfeld, Johann Gottfried Riedel, wurde der Großteil der mechanischen Zwangsmittel abgeschafft, unter Ludwig Schlager wurde das *No-Restraint-System* weiter gefördert.¹¹⁰ Die Isolierung agitierter Kranker galt als die therapeutische Alternative. Die Pläne der Mitte des 19. Jahrhunderts eröffneten Anstalt geben davon ein beredtes Zeugnis.¹¹¹ Es wurden Studienreisen ins Ausland unternommen, die erkennen ließen, dass „*Niederösterreich hinsichtlich seiner Irrenpflege hinter dem Auslande, ja selbst hinter Böhmen und Steiermark, um wenigstens dreißig Jahre zurückgeblieben war*“.¹¹² In Österreich wurde die neue humane Behandlung der Kranken zuerst in der Heilanstalt in Hall in Tirol und anschließend in Ybbs initiiert. In der Folge wurde in den niederösterreichischen psychiatrischen Anstalten 1870 die Behandlung ohne mechanische Zwangsmittel, die „freie Irrenbehandlung“ allgemein verbindlich eingeführt. Zudem wurde 1871 der *Narrenturm* in seiner Funktion als Bewahranstalt für psychisch Kranke aufgelassen.¹¹³

Nach der Wende zum 20. Jahrhundert hatte sich das als „Ideal der zwanglosen Behandlung“ anerkannte Modell der humanen Pflege von Geisteskrankheiten weitgehend durchgesetzt. Der Ruf nach dem gänzlichen Verzicht von Zelle und Zwangsjacke, der wie noch zu zeigen sein wird, nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit einer weit verbreiteten kritischen Haltung gegenüber der Psychiatrie zu sehen ist, war allerdings von prominenter Stelle auch widersprochen worden. Beispielsweise hat Eugen Bleuler wiederholt darauf hingewiesen, dass für manche Kranke die Beschränkung eine Möglichkeit zur Beruhigung darstelle, somit die Anwendung des mechanischen Zwanges nicht ausschließlich als ärztlicher Kunstfehler angesehen werden solle. Ähnliche Ansichten wurden insbesondere seitens italienischer aber auch einiger englischer Psychiater vertreten, die sich trotz öffentlicher Kritik in schwierigen Fällen für die Anwendung mechanischer Beschränkungen einsetzten. Interessant bleibt dennoch das Resümee, welches

¹¹⁰ Josef BERZE, Bauliche Beschreibung und Geschichte der alten Anstalt. in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 221-226. Hier: 225.

¹¹¹ Anonym, Ärztliche Berichte über die kaiserlich-königliche Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Wien in den Jahren 1853 bis 1856 (Wien 1858). So gab es auf der Männer- und auf der Frauenabteilung jeweils 10 Zellen für „Tobsüchtige I. und II. Classe“. Wie agitierte Patienten der III. Verpflegungsklasse behandelt wurden, bleibt nach diesem Plan leider im Unklaren. Ob die Behandlung ohne Zwang unmittelbar mit dem Zeitpunkt der Eröffnung der neuen Anstalt zusammenfällt, ist ebenfalls nicht bekannt. Allgemein meinte man dass eine öffentliche Heil- und Pflegeanstalt für ein Zehntel aller Insassen Isolierräume haben sollte.

¹¹² Fedor GERENYI, Der gegenwärtige Stand der Irren-, Trinker- und Idiotenversorgung in Nieder-Oesterreich. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 81-84. Hier: 81.

¹¹³ Zugleich wurde in Klosterneuburg ein ehemaliges Fabrikgelände für die Unterbringung chronisch Kranker adaptiert. In: Ebd.

diesbezüglich an dem 1908 in Wien tagenden III. Internationalen Kongress für Irrenpflege gezogen wurde. Als besonders wichtig galt stets die Dokumentation und statistische Erhebung dieser umstrittenen Maßnahmen, um die Transparenz nach außen gewährleisten zu können. Aber auch die medizinische Rechtmäßigkeit sollte legitimiert werden, denn *„die aus ernstesten ärztlichen Erwägungen heraus geschehene Anwendung des Restraints und der Isolierung verstößt nicht gegen die Humanität. Sie hält nicht nur der Kritik stand, sondern ist in manchen Fällen wissenschaftlich begründet und geboten.“*¹¹⁴ Der gänzliche Verzicht auf Beschränkungsmaßnahmen erwies sich jedoch als nur schwer durchführbar. Auch noch zwei Jahrzehnte später, als die Anstalt *Am Steinhof* wieder einmal an die Grenzen ihrer Kapazitäten stoßen sollte, wurden (rundum geschlossene) Gitterbetten wieder verwendet.¹¹⁵ Die Thematik der „zellenlosen Behandlung“ war um die Jahrhundertwende vielbesprochen und galt gemäß den normativen Vorgaben bereits als *lege artis*. Allgemein anerkannt war, dass die neue Behandlungsform nur unter einem ausreichend hohen Personalstand und der Erweiterung der Räumlichkeiten zur besseren Unterbringung der PatientInnen durchführbar war.¹¹⁶ Die sogenannte freie Behandlung, die Vermeidung von Beschränkungsmaßnahmen und auch die gänzlich neuen Grundsätze in der Behandlung geisteskranker Menschen zählten allgemein zu den größten Errungenschaften der „Irrenpflege“.¹¹⁷

Die mit der Thematik der zwanglosen Behandlung von den Experten implizit oder explizit aufgerufene Trias Wissenschaft, Humanität und Fortschritt spielte in den

¹¹⁴ Johannes BRESLER, Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 253-262. Zusammenfassender Bericht, erstattet dem III. internationalen Kongress für Irrenpflege in Wien, 7. Oktober 1908. Hier 255.

¹¹⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 466 / 1926. Zirkular betreffend der Anwendung von Beschränkungsmaßnahmen vom 4. März 1926.

¹¹⁶ MERCKLIN, Anstaltsberichte; Bemerkungen zur zellenlosen Behandlung. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 259-260: *„Die Frage, ob eine vollständige zellenlose Behandlung anzustreben ist, muss durchaus bejaht werden. Aesthetische, humane und medizinische Gründe drängen dazuhin.“* Als weiterhin notwendig angesehene Maßnahme waren die sogenannten „akustischen Isolierungen“, wenn, wie häufig festgestellt, zumeist die Patientinnen nachts die Bettruhe störten. Bei denjenigen Kranken, die auch mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren, schien das Vermeiden von Zwangsmaßnahmen offenbar nicht so streng genommen worden zu sein. Die Frage, ob man Anstalten neu und gänzlich ohne Zellen planen konnte, galt weiterhin als eine offene. Ebd., 262. Die bedeutende Rolle des Pflegepersonals war in dieser Frage stets betont worden. Vgl. dazu auch: Cecile aan de STEGGE, Changing Attitudes towards `Non-restraint´ in Dutch Psychiatric Nursing 1897-1994. In: GIJSWIJT-HOFSTRA, OSTERHUIS, VIJSELAAR, FREEMAN (Hg.), *Psychiatric Cultures Compared*, 331-353.

¹¹⁷ Psychiatrisches Centralblatt 8 (1878) 79-81. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 27. Juli 1878. Referat Ludwig Schlager: Ueber den gegenwärtigen Stand der Irrengesetzgebung in Oesterreich. Und zgl.: Erfahrungen über freie Behandlung der Irren in österreichischen Anstalten. Hier: 79.

folgenden Jahrzehnten eine wesentliche Voraussetzung für die daran anknüpfenden Entwicklungen in der Praxis der psychiatrischen Versorgung. Die wichtigste Neuerung stellte dabei die „koloniale Versorgung“ und die mit einem Landtagsbeschluss von 1898 eingeführten „Familienpflege“ dar. Zu diesem Zwecke und auch zur Unterbringung weiterer Patienten der stets an Platzmangel leidenden Wiener psychiatrischen Institution wurden vom Land Niederösterreich zwei neue Anstalten eingerichtet. Die Heil- und Pflegeanstalt Gugging war bereits seit den 1870er Jahren kontinuierlich erweitert worden. Deren Beginn war der *Rote Hof*, eine Privatanstalt für Nervenranke in Kierling. Dieser Hof wurde angekauft, umgebaut und 1885 als Filiale der Wiener Irrenanstalt eröffnet. Im selben Jahr wurden acht weiterer Pavillons gebaut, 1895 war das Zentralgebäude der Anstalt Kierling-Gugging an der Stelle des letzten ursprünglichen Teils des *Roten Hofes* errichtet worden. Insgesamt stellten diese Zu- und Neubauten eine Erweiterung des Belegraums von 700 Betten dar.¹¹⁸ Während der Planungsphase der nach modernsten Kriterien auszurichtenden Anstalt war es vorgesehen, dass pro Jahr jeweils zwei Ärzte an ausländischen Anstalten arbeiten und an renommierten psychiatrischen Kliniken hospitieren sollten.

Die wichtigste inhaltliche Neuerung war die Beschäftigung der Kranken in der Landwirtschaft. Zwar konnten Patienten auch *Am Brünnefeld* in den Gärten und Werkstätten arbeiten, ein systematischer Ausbau der Beschäftigung der Kranken war allerdings erst in der nach neuesten Prinzipien geplanten Institution möglich gewesen. An diese Pläne wurden große Hoffnungen geknüpft, denn *„mit diesem Schritte wird eine vernünftiger Auffassung über die Geisteskranken und deren Gebaren unter den breiten Volksschichten Platz greifen und endlich der Glaube an das geheimnisvolle Wesen der Tollen und das haarsträubende Getriebe in den Irrenanstalten schwinden.“*¹¹⁹ Da die ersten Versuche der Beschäftigung von Patienten in der Landwirtschaft, wie berichtet wurde, sich als gefahrlos für die

¹¹⁸ GERENYI, Der gegenwärtige Stand der Irren-, Trinker- und Idiotenversorgung, 81f. Die „Wohlfahrtseinrichtungen für abnormale Kinder“ umfasste zu diesem Zeitpunkt 192 Plätze in Kierling-Gugging, 95 Plätze im Pius-Institut in Bruck an der Mur und 30 Plätze im Asyle der Stephanie-Stiftung in Biedermannsdorf. In einer Abteilung im Krankenhaus Mödling konnten 70 Knaben untergebracht werden. Die Kostenfrage der Unterbringung dieser Kinder wurde explizit thematisiert, die lebenslange Erhaltung in einer Institution war nach der Ansicht von Fedor Gerenyi, dem Administrativinspektor der niederösterreichischen Landeswohlfahrtsanstalten, *„eine Lösung, die, wenn man die Frage der Fortpflanzung ins Auge fasst, vielleicht nicht einmal die schlechteste genannt werden kann.“* Ebd., 84.

¹¹⁹ Josef KRAYATSCH, Ein Gutachten über die Anlage und bauliche Einrichtung einer modernen Irrenanstalt. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 13 (1895) 303-338. Hier: 305. Der Autor war der erste Leiter dieser Institution.

Umgebung erwiesen hatten, erfolgte 1899 die Einrichtung der sogenannten „Irrenkolonie“ in Haschhof, die gemäß den Stimmen der Verantwortlichen *„nach den allerneuesten Prinzipien unter vollständig freier Behandlung und Bewegung der Kranken angelegt werden konnte.“*¹²⁰ Die polemische Rhetorik als Versuch einer eindeutigen Abgrenzung zu früheren Formen im Umgang mit geistig Kranken ist nicht zu überhören, wenn es da hieß, dass *„Tagesräume, die zuvor Kasernen glichen, zu Wohnräumen und Isolierräumen zu Wachräumen umgestaltet wurden, und die früher typisch gewesene Figur des vollständig entkleideten Geisteskranken, der in seiner Zelle, einem Thiere gleich, in Seegras gelagert, nun vollständig verschwunden ist.“*¹²¹ Festzuhalten gilt, dass die Suche der Verantwortlichen nach „geeigneten Kranken“, die sorgfältige Auswahl besonders zuverlässiger und vorzugsweise aus ländlichen Berufen stammenden Kranken aber erst die „freie Versorgung“ ermöglichte.¹²² Die neu eingerichtete und sich am Modell der Beschäftigungstherapie orientierenden Anstalt in Kierling-Gugging nahm, ebenso wie auch alle anderen niederösterreichischen Anstalten, gemäß ihrer Statuten, nur „geisteskranke und gemeingefährliche“ oder „geisteskranke und heilbare“ Patienten auf.¹²³ Im Gegensatz dazu lag die Versorgung der „unheilbaren und harmlosen Geisteskranken“ im Verantwortungsbereich der Gemeinden. In Wien gab es eine Reihe von Versorgungsanstalten,¹²⁴ in den ländlichen Gebieten war die sogenannte „Einlage“, die wechselnde Überantwortung der Pflegebedürftigen von Haus zu Haus, das traditionelle Versorgungsmodell. Die in den folgenden Jahren in Niederösterreich errichteten Armenhäuser sollten diesem Übelstand abhelfen und nicht zuletzt auch einen Teil der Patienten der überfüllten Anstalt *Am Brünnefeld* übernehmen. Die ursprüngliche Aufgabe der Armenhäuser, nur körperlich Erkrankte aufzunehmen, war aufgrund der schlechten Versorgungslage schon lange nicht mehr möglich gewesen. Oftmals waren mehr als die Hälfte der dortigen Insassen sogenannte „Geistessieche“. Diese gemeinsame Unterbringung von geistig und körperlich

¹²⁰ GERENYI, Die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich, 218.

¹²¹ GERENYI, Der gegenwärtige Stand der Irren-, Trinker- und Idiotenversorgung, 81.

¹²² Vgl. dazu ausführlicher: Leslie TOPP, Sabine WIEBER, Architecture, Psychiatry and the Rural Idyll: The Agricultural Colony at Kierling-Gugging. In: GABRIEL, GAMPER (Hg.), Psychiatrische Institutionen, 109-120.

¹²³ Eine Auflistung öffentlicher und privater österreichischer Anstalten für psychisch Kranke findet sich in: Eberhard GABRIEL, Einleitung. In: Ders., GAMPER (Hg.), Psychiatrische Institutionen, 5-17. Hier: 10-17.

¹²⁴ Vgl. dazu allg.: Ingrid ARIAS, Sonia HORN, Michael HUBENSTORF (Hg.), `In der Versorgung´. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum `Am Wienerwald´ (Wien 2005).

Kranken wurde zunehmend kritisiert, diese Institutionen kannten, wie es hieß, keinerlei Individualisierung: „*Altersblödsinnige, Idioten, Cretins, Epileptiker, körperlich unheilbare Kranke, Trunksüchtige, Taubstumme, Blinde, körperlich gesunde, alte gebrechliche Personen und Waisen Kinder*“ waren alle unter einem Dach vereint.¹²⁵

Zu diesem Zeitpunkt gab es in Niederösterreich vier Anstalten zur Versorgung unheilbar Kranker zur Entlastung der Armenpflege der Gemeinden¹²⁶ und eine Reform der städtischen Versorgungshäuser war im Zuge des neuen Landes-Armengesetzes bereits initiiert. Im Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie war man der Ansicht, dass die bislang ausgeübte Gemeindepflege für „arme, unheilbare und nicht gemeingefährliche Kranke“ nicht mehr genüge und forderte, dass die Länder diese Aufgabe übernehmen sollten.¹²⁷ Zudem war es immer wieder zu Rücktransferierungen von „Geistessiechen“ in die, hinsichtlich der Verpflegungskosten teureren psychiatrischen Anstalten gekommen. Im Jahr 1893 übernahm der Niederösterreichische Landtag die Obsorge für die „unheilbaren Geisteskranken“, die bislang zuständigen Armenbehörden sollten zu deren Versorgung lediglich einen finanziellen Zuschuss leisten. Hintergrund dieses Konzepts war bereits der Plan, dass alle zukünftig zu errichtenden öffentlichen Anstalten jeweils aus einer Heil-, einer Pflegeanstalt und aus einer Kolonie bestehen sollten.¹²⁸

Im Zuge dieser Reformen wurde der Neubau einer weiteren Anstalt von den Verantwortlichen der Niederösterreichischen Landesregierung als dringend notwendig erachtet. Sowohl hinsichtlich der Aufnahmekriterien als auch der Betreuung der „Pfleglinge“ sollte eine Modernisierung der Betreuung psychisch Kranker gänzlich neue Möglichkeiten bieten. Die am zweiten Juli 1902 in Mauer-Öhling eröffnete Anstalt wurde für die Unterbringung von 1000 sowohl heil- als auch unheilbaren und erstmals auch für freiwillig eintretende Patienten eingerichtet. Eine Ausnahme diesbezüglich stellten Alkoholiker und mit dem Strafgesetz in Konflikt geratene Patienten dar, deren Aufnahme das angestrebte Ideal der „freien Pflege“

¹²⁵ GERENYI, Der gegenwärtige Stand der Irren-, Trinker- und Idiotenversorgung, 83.

¹²⁶ Diese waren in St. Andrä vor dem Hagenthale, Mistelbach, Allensteig, Oberhollabrunn; zudem gab es eine „Landessiechenabteilung“ im Bezirksarmenhaus in Korneuburg.

¹²⁷ Moriz GAUSTER, Die Gemeindeversorgung und die armen Geistessiechen. In: Jahrbücher für Psychiatrie 10 (1892) 278-295. Hier: 281. Bericht über die Wanderversammlung des III. österreichisch-ungarischen Irrenärztetages. Er forderte ärztlich geleitete „Landes-Siechenanstalten“.

¹²⁸ GERENYI, Die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich, 219. Ganz ähnlich: Alfred HELLWIG, Zur Lösung der Irrenfrage in Mähren. In: Prager Medizinische Wochenschrift 28 (1903). Sonderabdruck aus der Bibliothek der Medizinhistorischen Bibliothek in Wien (ohne Seitenangabe).

verunmöglicht hätte.¹²⁹ Die nicht unweit liegende und schon seit vielen Jahren bestehende Institution in Ybbs wurde nunmehr zur reinen Pflegeanstalt und in ihrer administrativen Leitung der neuen Institution unterstellt. Hier sollten diejenigen Patienten aufgenommen werden, bei denen sich während ihres Aufenthaltes in Mauer-Öhling jede Aussicht auf Heilung oder Erlangung einer Beschäftigungsfähigkeit als ausgeschlossen erwiesen hatte.¹³⁰ Die neue im Pavillonstil errichtete Anstalt sollte mit ihrem Ausbau der kolonialen Versorgung ein gänzlich neues Modell für den weiteren Ausbau der Familienpflege darstellen.

Die PatientInnen waren in der neuen, dem *open-door-System* verpflichteten Heil- und Pflegeanstalt gemäß dem § 18 ihrer Statuten von den Ärzten „angemessen zu beschäftigen“. Die der Anstalt angeschlossene Landwirtschaft, die vielen Gemüsefelder, die Blumenzucht und groß angelegte Werkstätten boten hierzu reichlich Gelegenheit. Zudem konnten die Patienten zur Aufrechterhaltung des Anstaltsbetriebes beispielsweise am Holz- und Kohlenhof arbeiten oder zu diversen häuslichen Arbeiten eingesetzt werden. Sie hatten aber auch die Gelegenheit zu sportlichen Aktivitäten und konnten Atelier oder Bibliothek nutzen. Diese Einrichtungen verweisen ganz deutlich auf den Aspekt, dass die Frage, ob die Arbeit nützlich sei, der Ablenkung diene oder auch nur unterhaltend sei, nicht im Vordergrund stand. Die therapeutische Notwendigkeit einer angemessenen Beschäftigung war Gegenstand ständiger Ermahnungen an das Personal, dessen Aufgabe es war die Patienten dazu anzuhalten. Kranke durften gemäß den Statuten der Anstalt nicht zur Arbeit gezwungen werden, seitens der Leitung herrschte allerdings die Sichtweise vor, dass die Pflicht zur Arbeit aus medizinischen Gründen indiziert, aber aufgrund administrativer Gründe nicht durchsetzbar war.

Es gab eigene „Kolonieärzte“, die für diese Form der Therapie verantwortlich waren, ihnen waren die „Arbeitsoberpfleger“ direkt unterstellt. Diese mussten täglich einen schriftlichen Rapport über ihre Tätigkeit ablegen. Die „Professionisten“ arbeiteten gemeinsam mit den Patienten. Neben diesen Tätigkeitsbereichen wurde auch eine sogenannte „klinische Arbeitsgruppe“ eingerichtet, die den Versuch der Professionalisierung dieser neuen therapeutischen Möglichkeiten klar herausstreicht. Diese war so organisiert, dass drei Pflegepersonen eine nur geringe Anzahl an

¹²⁹ BERZE, Bauliche Beschreibung und Geschichte der alten Anstalt, 225.

¹³⁰ Anonym, Die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 251-260. Hier: 260.

Patienten zugeteilt wurde, von denen man sich gar nicht sicher war, ob sie aufgrund ihrer Unzugänglichkeit überhaupt in der Lage waren zu arbeiten. Diese sollten hinsichtlich ihrer Arbeitsfähigkeit intensiv beobachtet werden.¹³¹

Die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege stellte, wie bereits erwähnt, einen weiteren wichtigen Aspekt der Reform des „Irrenwesens“ in Niederösterreich dar. Diese extramurale Verpflegungsform hatte bereits eine lange Tradition in Belgien und Schottland¹³² und beruhte darauf, dass pflege- oder beaufsichtigungsbedürftige psychisch Kranke oder Behinderte in Familien lebten. Die Betreuungsarbeit wurde von der Anstalt aus finanziell unterstützt und auch kontrolliert. In Österreich war dieses Modell schon einige Zeit vor der Eröffnung der Anstalt in Mauer-Öhling insbesondere von Jaromir Mundy (1822-1894) angeregt worden.¹³³ Im belgischen Dorf Gheel, welches als der Ursprung der „patronalen Irrenpflege“ gilt und wo Mundy auch praktiziert hatte, war die Familienpflege nicht als Ergänzung, sondern als Alternative zur Anstaltspflege eingerichtet worden. Zur Zielgruppe zählten „Unheilbare“, aber nicht einer intensiven Pflege bedürftige Kranke, davon ausgeschlossen waren Paralytiker, die meisten Epileptiker, sowie chronisch bettlägerige oder unreinliche Kranke.¹³⁴ Die von Mundy propagierte Familienpflege wandte sich insbesondere gegen den Bau großer Anstalten, die er als ein von den

¹³¹ Josef STARLINGER, Beschäftigungstherapie bei Geisteskrankheiten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 53-57 und 61-65. In Mauer-Öhling hat etwas mehr als die Hälfte aller PatientInnen gearbeitet.

¹³² Vgl. dazu ausführlicher: Thomas BEDDIES, Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, Die Diskussion um die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege in Deutschland. In: Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte 85 (2001) 82-107; Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, Stefan PRIEBE, Open Psychiatric Care and Social Psychiatry in 19th and early 20th Century Germany. In: ENGSTROM, ROELCKE (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert, 263-281; Thomas MÜLLER, Jaromir von Mundys (1822-1894) Beitrag zur Debatte um die psychiatrische Familienpflege – und die Folgen. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde 9 (2003) 179-196. Der Autor beschreibt auch das von Mundy installierte Musterhaus an der Pariser Weltausstellung von 1867.

¹³³ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 261f. Mundys Promotion und die zu diesem Zweck 1854 verfasste Inaugural-Festschrift „Ueber die familiäre Behandlung der Irren“ galt als der Beginn dieser alternativen Verpflegungsform: „*Möge es mir vergönnt sein, dass ein Jugendtraum in Erfüllung gehe und dass ich, wenn auch nur ein Scherflein, zur Lösung dieser großen Frage beizutragen in den Stand gesetzt werde.*“ Seine 1864 veröffentlichte Schrift zur Reformierung des Irrenwesens und sein 1876 dem böhmischen Landtag vorgelegtes Konzept einer alternativen Versorgung zu den großen Anstalten blieben unberücksichtigt; statt dessen wurde die zu diesem Zeitpunkt größte Anstalt der Monarchie in Dobran (Böhmen) gebaut.

¹³⁴ Jahrbücher für Psychiatrie 10 (1892) 331-333. Rezension einer Monographie zur „familialen Irrenpflege“. Gheel war das traditionelle Zentrum dieser Verpflegungsform (2000 Kranke), 1884 wurde in Belgien für 140 Personen ein zweites „Irrendorf“ eingerichtet. In Schottland wurden beispielsweise zwanzig Prozent aller (behördlich erfassten) psychisch Kranken privat gepflegt, in England waren im Jahre 1880 bereits über 6500 Kranke auf diese Weise versorgt. In Deutschland war es Warendorf, der 1879 in Ilten dieses Modell für „Schwach- und Blödsinnige mittleren Grades, Verrückte mit harmlosen Wahnvorstellungen und abgeschwächten Sinnestäuschungen“ initiierte.

Verantwortlichen völlig fehlgeleitetes, da stets unzulängliches Konzept ansah. Viele der großen Neubauten würden seiner Ansicht nach den Erfordernissen der als stetig steigend vermuteten Zahl der versorgungsbedürftigen Menschen kaum ein Dezennium genügen.¹³⁵

Die bei Amstetten im westlichen Niederösterreich gelegene *Kaiser Franz-Joseph Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Öhling* stellte eine Kombination bestehender Modelle dar. Sie bestand aus sechzehn Pavillons und einiger Nebengebäude und es wurden 95 „Familienpflegestellen“ für die Unterbringung von insgesamt 240 Personen eingerichtet.¹³⁶ Die in dieser Anstalt initiierten Neuerungen, die beispielsweise auch die Unterbringung der Familien verheirateter Pfleger, eine Altersversorgung des Pflegepersonals, und, wie noch zu zeigen sein wird, einen methodischen Unterricht für die Pflegenden umfasste, wurden auch im internationalen Vergleich als ein sehr weitreichender Schritt in der Reformierung bestehender Versorgungseinrichtungen für psychisch Kranke angesehen. Darüber hinaus wurde zur Unterstützung der psychisch Kranken und deren Familien ein Fürsorgeverein initiiert. Sogenannte „Vertrauensmänner“ hatten die Aufgabe, für jeweils eine Gemeinde die finanziellen Zuwendungen an die jeweiligen Familien zu verteilen und dienten zudem als Informanten, die der Anstaltsleitung über die persönlichen Verhältnisse der Patienten berichten sollten.¹³⁷

Trotz der Ausbauten der Versorgungseinrichtungen war die Überfüllung in den niederösterreichischen „Irrenanstalten“ weiterhin ein drückendes Problem geblieben

¹³⁵ Jaromir MUNDY, *Kleiner Katechismus über die Nothwendigkeit und Möglichkeit einer Radikalen Reform des Irren-Wesens* (Wien 1879). Zentrale Kritikpunkte waren die „unterschiedslose Sequestration der Irren“ also die Internierung unabhängig der Art der Erkrankung und die mangelnde Akzeptanz der zwanglosen Behandlung. Auch in rechtlicher und administrativer Hinsicht forderte er Reformen, der Aufenthalt von drei Viertel aller in psychiatrischen Anstalten internierten Personen war seiner Ansicht nach „*weder medicinisch-legal noch therapeutisch förderlich.*“ Ebd., 3. Für die koloniale Versorgung führte er sowohl therapeutische als auch ökonomische Gründe an. Auf diese Weise könnten die Verpflegungskosten durch die Arbeit der zu versorgenden Menschen erbracht werden. Diese Verpflegungsform sah er als einen adäquaten Ersatz für die Anstaltspflege an. Pro Familie sollte etwa drei bis vier Kranke (gleichen Geschlechts) untergebracht werden. Die von ihm angeregte Reform umfasste auch Vorschläge zur gesetzlichen Regelungen der Anhaltung von Geisteskranken und Fragen der Ausbildung sowohl der Psychiater als auch der Wärter. Mundy sprach sich für eine staatlich geregelte Kontrolle durch eigens geschulte Inspektoren aus und wandte sich vehement gegen den Betrieb privater Anstalten, die, wie er meinte, größtenteils Unternehmungen von Laien seien.

¹³⁶ Josef STARLINGER, *Einiges über Irrenklinik, Irrenanstalt und Irrenpflege in den letzten 25 Jahren*. In: *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 26 (1905) 413-421. Hier: 414. Ders.: *Die Familienpflege in Mauer-Öhling*. In: *Psychiatrisch-Neurologischer Wochenschrift* 7 (1905/06) 206.

¹³⁷ Josef STARLINGER, *Über den gegenwärtigen Stand des Schutzes und der Fürsorge für Geisteskranke*. In: *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 36 (1914) 49-64. Hier: 59. *Statuten der Fürsorge-Organisation*: Ebd., 60-64.

und wurde dementsprechend häufig auch im Landtag diskutiert. Statistische Erhebungen ergaben, dass in Niederösterreich 4.877 Kranke stationär untergebracht waren, die systemisierte Bettenzahl belief sich auf 3.735. Die Kranken lagen in *„Nähstuben, Tagräumen und erfüllen durch ihren Lärm, durch ihre Unruhe die Anstalt, in welcher die größte Ruhe herrschen sollte. Dieser Zustand kann nicht länger andauern und, wenn auch die Wiener Irrenanstalt im Bau begriffen ist, sind jetzt schon so viele Anmeldungen vorhanden, dass sie schon mit den heutigen Anmeldungen vollständig belegt sein wird, so, dass wer von heute an sich anmeldet, bereits auf einen künftigen Termin zurückgestellt werden muss.“*¹³⁸

Die Institution in Mauer-Öhling galt bereits in der Planungsphase als Modell für die in Wien neu zu erbauende und noch viel größere Anstalt. Diese Entwicklung des stetigen Ausbaus der stationären Versorgung psychisch kranker Menschen verweist auf scheinbar widersprüchliche und im Folgenden im Detail zu erläuternde sowohl gesellschaftliche Anforderungen als auch auf die Entfaltung des psychiatrischen Wissens.

2.3. Zählen und Bauen. Gefährlichkeit und Erbllichkeit. Zur Frage der steigenden Anzahl psychisch Kranker

Ein zentrales Thema der „Irrenpflege“ und des öffentlichen Wohlfahrtswesens war die Sorge um die stetig wachsende Zahl psychisch Kranker und die zunehmende Überfüllung bestehender Anstalten. Die daraus resultierenden hygienischen Zustände waren mangelhaft, die Ärzte konnten ihren Aufgaben nicht mehr nachkommen und die Sicherheit der Insassen galt als gefährdet. Moriz Gauster, Sanitätsrat und Leiter der Anstalt *Am Brünnefeld*, nannte als Ursache dieser Entwicklung die steigende Zahl *„chronischer Alkoholiker, welche wegen ihrer Gefährlichkeit in den Anstalten behalten werden müssen, und Kranke, behaftet mit moralischer Perversität, vor denen die Außenwelt geschützt werden soll, Kranke, die eine Geißel für die Ärzte und ein Übel für die Anstalt sind. Diese Kranken bedürfen der Führung durch eine Anstalt, die blosse Curatel ist nicht ausreichend für sie. Das*

¹³⁸ STPNÖ, 8. Sitzung der IV. Session am 5. Juni 1905, S. 187.

ist die eine Gruppe. Die andere Gruppe bilden die Epileptiker, welche in ihren Anfällen gemeingefährlich werden und in den Anstalten behalten werden müssen, wenn sie auch in der Zwischenzeit normal scheinen. Endlich kommt hier eine Reihe psychischer Krankheiten in Betracht, die abgelaufen und chronisch geworden sind. Diese Fälle gehören eigentlich in die Familien- oder Gemeindeversorgung, wenn die Verhältnisse in derselben darnach liegen würden.“¹³⁹

Die angebliche Zunahme der Geisteskranken wurde in unterschiedlichster Weise diskutiert. Nicht nur in der zeitgenössischen Wahrnehmung waren deren Ursachen sehr umstritten, auch in der historischen Forschung bilden sie einen Dissens. Psychiater wie Benedikt Morel, Cesare Lombroso und Paul J. Moebius machten die Degenerationstheorie zu einem wesentlichen Bestandteil ihrer Erklärungen der als neuartig festgestellten Phänomene. Andere Mediziner stellten die im Zuge von Industrialisierung und Urbanisierung stattfindenden umfassenden sozialen Veränderungen in den Vordergrund ihres scheinbar kausalen Modells, wonach „der moderne Mensch“ gefährdet wäre „Nervenschwächen“ oder „Neurosen“ zu entwickeln.¹⁴⁰ Karl Jaspers beziffert in seinem 1959 in der siebten Auflage erschienenem Lehrbuch der Allgemeinen Psychopathologie den, seit der Mitte des 19. Jahrhunderts in allen europäischen Kulturstaaten sich zeigenden stetigen Anstieg der stationär untergebrachten Geisteskranken mit zwei- bis dreihundert Prozent. Die Meinung vieler Psychiater zusammenfassend stellte er aber fest, dass daraus nicht zu schließen sei, dass die relative Zahl der psychischen Erkrankungen gestiegen sei: *„Es wurde nie und es werden auch heute durchaus nicht alle Geisteskranken in Anstalten gebracht. Vielleicht liegt die Vermehrung der Anstaltsinsassen nur daran, dass heute mehr von den prozentual zur Gesamtbevölkerung gleichgebliebenen Psychosen in die Anstalt gebracht werden. Eine entscheidende Antwort ist nicht*

¹³⁹ GAUSTER, Die Gemeindeversorgung und die armen Geistessiechen, 279.

¹⁴⁰ Carlos WATZKA, Der „Irrenboom“ in der Steiermark. Zum Problem der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Moderne. In: Newsletter MODERNE 5 (2002) 21-26. Die zeitgenössische Annahme eines Zusammenhangs mit Urbanisierungsprozessen wurde auch von agrarromantischen Vorstellungen geprägt. Mikrosoziale Wandlungen der Familienstrukturen gelten ebenfalls als einer der Gründe warum deviante Personen häufiger an soziale Einrichtungen verwiesen wurden. Vgl. dazu auch: GUNTAU, LAITKO, Der Ursprung der modernen Wissenschaften, 310; Im Gegensatz dazu macht Nolte darauf aufmerksam, dass der größere Teil der Anstaltsinsassinnen aus klein- und mittelbürgerlichen Gesellschaftsschichten stammte, in deren Kultur sich die bürgerliche Kleinfamilie schon aufgrund der prekären Wohnverhältnisse sich erst später durchgesetzt habe. Karen NOLTE, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 (=Geschichte und Gesellschaft 42) Frankfurt, New York 2003, 50.

möglich, doch ist für die Mehrzahl der Psychiater die letztere Deutung die wahrscheinlichere.“¹⁴¹

Anknüpfend an Foucaults Thesen in „Wahnsinn und Gesellschaft“ vertreten die Sozialhistoriker Klaus Dörner und Dirk Blasius die Sichtweise, dass die ansteigende Zahl der „Irren“ vor allem ein Effekt der Definition und der systematischen Erfassung von Geisteskranken gewesen sei.¹⁴² Edward Shorter folgt als Historiker mehr dem vielfach zu vernehmenden zeitgenössischen Diskurs, nämlich dass es im 19. Jahrhundert zu einer realen Zunahme psychischer Erkrankungen gekommen wäre. Demnach hätten insbesondere die Neurosyphilis und die Alkoholpsychosen, aber auch Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises zugenommen. Neben seiner Ablehnung der konstruktivistischen Interpretation ließ er jedoch den Umstand gelten, dass es zeitgleich auch zu einer Umverteilung von Insassen der Armenhäuser in psychiatrische Institutionen gekommen wäre.¹⁴³

An dieser Stelle soll aber nun weniger den hier nur kurz skizzierten Auseinandersetzungen gefolgt werden. Verfasser von Statistiken benannten immer wieder Schwierigkeiten in der Erhebung eines möglichst umfassenden Datenmaterials. So wurde beispielsweise warnend festgehalten, dass *„diese Zahlen für administrative Zwecke noch sehr wenig und für wissenschaftliche noch gar keinen Werth [haben]; mögen sie nur nicht zur Selbsttäuschung der mit der Irrenfürsorge betrauten Verwaltungskörper dienen.“*¹⁴⁴ Der Fokus der historischen Studie richtet sich somit auch weniger auf die konkreten Daten der ab den 1870er Jahren publizierten statistischen Erhebungen, sondern vielmehr auf Hintergründe und Absichten von deren Erstellung.¹⁴⁵ Es interessiert die Widersprüchlichkeit der in den psychiatrischen Fachzeitschriften und Monographien vielbesprochenen Frage der steigenden Zahl psychischer Erkrankungen. Einerseits finden sich zahllose Beobachtungen und Berechnungen einer angeblichen Zunahme, die auch als Ausdruck einer großen Furcht vor der stetig steigenden Anzahl der zu versorgenden Kranken zu lesen ist. Andererseits findet zeitgleich der Versuch einer Ausweitung

¹⁴¹ Karl JASPERS, Allgemeine Psychopathologie (Berlin, Göttingen, Heidelberg 1959) 621.

¹⁴² Dirk BLASIUS, „Einfache Seelenstörung“, 72f.; Klaus DÖRNER, Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie (Frankfurt am Main 1969).

¹⁴³ Edward SHORTER, Geschichte der Psychiatrie (Berlin 1999) 83f.

¹⁴⁴ Jahrbücher für Psychiatrie 9 (1879) 67. Notizen. Standesbücher wurden zuerst in der Steiermark, in Kärnten und schließlich auch in Niederösterreich eingeführt.

¹⁴⁵ Diese Zahlen sind lediglich richtungweisend, können aber keinesfalls als Grundlage einer historisch-quantitativen Analyse herangezogen werden. Vgl. dazu auch: ENGSTROM, Clinical Psychiatry in Imperial Germany, 30-33.

psychiatrischer Zuständigkeiten auf weitere Personengruppen statt, die, wie auch in der Einleitung des Kapitels exemplarisch zitiert, von bisherigen Patientenschaften differenziert werden sollten. Diese für die Gründung der großen Anstalt *Am Steinhof* maßgeblichen Entwicklungen sollen im Folgenden in einem kurzen Überblick beschrieben werden.

Zählungen der in psychiatrischen Institutionen untergebrachten Kranken hatten bereits eine lange Tradition und wurden zumeist in den jährlich herausgegebenen Anstaltsberichten veröffentlicht. Im Zuge der 1870 erfolgten Reorganisation des öffentlichen Sanitätsdienstes sollten nun auch die in privaten Anstalten untergebrachten Kranken mittels „Irrenstatistiken“ erfasst werden. Mit dieser Regelung wurden zudem auch die Gemeinden verpflichtet, psychisch Kranke „in Evidenz“ zu halten – die Berichte über die tatsächliche Handhabung dieser Regelung verweisen allerdings auf das weitgehende Nichtbeachten dieser Vorschriften.¹⁴⁶ Der „Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien“ verwies wiederholt auf die Notwendigkeit solcher Zählungen. Die Auflistung aller Geisteskranken ist auch im Zusammenhang mit Bestrebungen zur Neuregelungen der Vormundschaftsverfahren zu sehen, welche, wie von den Experten vielfach beanstandet, nur gegen Kranke, die in einer psychiatrischen Anstalt interniert waren, eröffnet werden konnten.¹⁴⁷ Die Vertreter des Vereins waren zudem der Ansicht, dass *„der Staat die Erkrankungsverhältnisse und Krankenzahlen bezüglich der Psychosen in den einzelnen Gebieten kennen sollte, da er auf diesem Wege zum Studium ihrer Ursachen angeregt werde“*.¹⁴⁸ Mittels dieser Erhebungen sollten lokale Häufungen beispielsweise von Alkoholismus, Ehen innerhalb der Verwandtschaft, mangelhafte Ernährungszustände, oder wie es hieß, anderweitige soziale, moralische oder physische Verhältnisse ermittelt werden.

Eine erste vom Verein für Psychiatrie und forensische Psychologie initiierte „Irrenzählung“ wurde 1871 in Niederösterreich durchgeführt. Diese fokussierte auf eine Erfassung der außerhalb der Institutionen versorgten psychisch Kranken. Dabei

¹⁴⁶ Moriz GAUSTER, Memorandum des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien, über die Nothwendigkeit einer Irrenzählung. In: Psychiatrisches Centralblatt 7 (1877) 1-7, 17-22 und 25-28. Hier: 7. Eine frühere Verpflichtung der Gemeinden zur Meldung war 1852 außer Kraft gesetzt worden.

¹⁴⁷ Psychiatrisches Centralblatt 3 (1873) 170. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 29. November 1873.

¹⁴⁸ GAUSTER, Memorandum des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien, über die Nothwendigkeit einer Irrenzählung, 19.

konzentrierte man sich auf quantitative Angaben zum Verhältnis von „Geistesgesunden“ und „Geisteskranken“, zielte aber auch auf weitergehende und bislang weniger genau bestimmte Formen geistiger Devianz. Da die ersten Ergebnisse als viel zu niedrig eingeschätzt wurden, sollten die als mangelhaft angesehenen Nachweise der auskunftspflichtigen Gemeinden sowohl aus wissenschaftlichen, als auch aus administrativen und rechtlichen Gründen hinsichtlich einzuleitender prophylaktischer Maßnahmen vor allem in Bezug auf „Psychopathien“ genauer erstellt werden. Moriz Gauster sprach sich für eine Ausweitung der gesetzlich geregelten Anzeigepflichten aus, nämlich auf Fälle, wo auch nur der Verdacht auf eine Geistesstörung bestand. Die Versorgung in den Gemeinden war, wie bereits erwähnt, entweder so organisiert, dass die Kranken in sogenannten „Pfründnerhäusern“ untergebracht waren, oder aber von Haus zu Haus geschickt wurden, um sich ihren Unterhalt zu erbetteln. Diese Umstände galten als wesentliche Gründe zur Einrichtung der Familienpflege, die Verantwortlichen nannten aber auch weitergehende Argumente für den Ausbau der institutionalisierten Verpflegungsformen, wie *„die unbeschränkte Fortpflanzungsmöglichkeit der Kranken, die unter den geschilderten Verhältnissen eine Gefahr für die nächste Generation darstellt.“*¹⁴⁹ Eine möglichst exakte „Irrenzählung“ sollte nun parallel über die in regelmäßigen Abständen ohnehin erhobenen Volkszählungen mit Hilfe von eigens erstellten Zählkärtchen bewerkstelligt werden. Darüber hinaus waren in den Gemeinden Standesbücher über die Anzahl der psychisch Kranken zu führen.¹⁵⁰ Der Beschluss des Vereins lautete dahingehend, diese Bestrebungen künftig auch auf ganz Österreich auszuweiten, um *„die Interessen des Staates sowie der Wissenschaft“* in dieser Frage wahren zu können.¹⁵¹

¹⁴⁹ GAUSTER, Die Gemeindeversorgung und die armen Geistessiechen, 280.

¹⁵⁰ Psychiatrisches Centralblatt 4 (1874) 154f. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 31. Oktober 1874. Das geschätzte Zahlenverhältnis lag bei 1:600. Vgl. dazu auch: Psychiatrisches Centralblatt 8 (1878) 74-77. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 26. Juli 1878. Gauster war derjenige, der sich in dieser Frage am meisten engagierte. Offen blieb die Frage, ob Ärzte oder Personen aus der unmittelbaren Umgebung des Erkrankten zur Meldung verpflichtet werden könnten.

¹⁵¹ Psychiatrisches Centralblatt 7 (1877) 17f. Die Zählung von Ärzten durchführen zu lassen galt als zu kostspielig. In Preußen hatte man mit dieser Methode bereits gute Erfahrungen gemacht, wo nicht nur Tabellen, sondern sogenannte Zählkärtchen genauere Ergebnisse boten. Eine Beschreibung der Zählblättchen findet sich in: GAUSTER, Memorandum des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien, über die Nothwendigkeit einer Irrenzählung, 25f. Erhoben wurden allgemeine personenbezogene Daten und Antworten auf folgende Fragen: *„wo der/diejenige verpflegt wurde; sind Eltern blutsverwandt / war der Kranke Gewohnheitssäufer? / schon gefährlich? / Kropf, Cretin / stumm, blind? / arbeitet der Kranke?“*

Diese von unterschiedlichen Interessen geprägten Erhebungen waren auch längst nicht nur ein nationales Anliegen. Bereits am 1867 in Paris tagenden „Internationalen Psychiaterkongress“ zielte man darauf, einen Entwurf für eine international anwendbare „Irrenstatistik“ zu erarbeiten. Dieses Vorhaben machte die Konvergenz sowohl obrigkeitsstaatlicher als auch wissenschaftsimmanenter Interessen deutlich erkennbar.¹⁵² Parallel dazu wurden sowohl in Berlin¹⁵³ als auch in der Schweiz¹⁵⁴ Vorschläge zur internationalen Anwendung von Zählblättchen erarbeitet, um beispielsweise Korrelationen von Ätiologie und Verlauf von Erkrankungen zu erfassen. Am 1872 in Petersburg tagenden „Internationalen Statistischen Kongress“ wurde ein allgemeiner Fragenkatalog zur Erstellung von „Irrenstatistiken“ erarbeitet. Der dahinter stehende Versuch, ein international verbindliches Klassifikationsschema etablieren zu können geriet jedoch gegenüber den quantitativen Erhebungen zu einem nachgeordneten Kompromiss.¹⁵⁵ Auch die 1877 vom Wiener Verein vorgeschlagene Version eines „Zählblättchens“ zielte nicht auf eine Etablierung oder gar Differenzierung des bestehenden Klassifikationssystems, diese Thematik wurde erst wieder auf den ab 1878 stattfindenden „Irrenärztetagen“ relevant.¹⁵⁶

¹⁵² Volker ROELCKE, Unterwegs zur Psychiatrie als Wissenschaft: Das Projekt einer „Irrenstatistik“ und Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Klassifikation. In: Ders., ENGSTROM (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert, 169-188. Hier: 172f. In der hierzu eingesetzten Kommission waren Wilhelm Griesinger, der Leiter der psychiatrischen Klinik an der Charité in Berlin, Christian Roller, Direktor der deutschen Anstalt Illenau, und der Österreicher Jaromir Mundy.

¹⁵³ Wilhelm SANDER, Entgegnung auf die Abhandlung: Ueber Zählblättchen und ihre Benutzung bei statistischen Erhebungen der Irren. In: Psychiatrisches Centralblatt 1 (1871) 144-148. Die Zählkarten waren standardisierte, staatliche Formulare zur Erfassung von Patientendaten wie der Diagnosen, Symptome und Krankheitsverläufe. Vgl. ausführlicher zu den Diskussionen über die „Irrenstatistik“: Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, Psychiatrie und Psychologie im Widerstreit. Die Auseinandersetzung in der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft (1867-1899). (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 51) Husum 1986, 71-85.

¹⁵⁴ Ludwig WILLE, Ueber Einführung einer gleichmässigen Statistik der schweizerischen Irrenanstalten. In: Psychiatrisches Centralblatt 2 (1872) 130-132. Vgl. dazu auch: Hans-Jakob RITTER, Von den Irrenstatistiken zur „erblichen Belastung“ der Bevölkerung. Die Entwicklung der schweizerischen Irrenstatistiken zwischen 1850 und 1914. In: Traverse 1 (2003) 59-70.

¹⁵⁵ Psychiatrisches Centralblatt 2 (1872) 75. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 25. Mai 1872. Ein Entwurf wurde den Vorständen der Anstalten und der Vereine zur Begutachtung zugesandt. Vgl. dazu ausführlicher: ROELCKE, Unterwegs zur Psychiatrie als Wissenschaft.

¹⁵⁶ Anonym, Über die Erhebung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten. In: Jahrbücher für Psychiatrie 6 (1886) 225-233. Bericht über den österreichisch-ungarischen Psychiatertag. Die erste Tagung wurde von Direktor der Wiener Anstalt Ludwig Schlager, 1882 die zweite von Theodor Meynert, Moriz Gauster und Moriz Benedict einberufen. Bei letzterer hielt Meynert ein Referat über psychiatrische Diagnostik zu Zwecken der Statistik des Irrenwesens. Aus den früheren „Irrenärztetagen“ wurden später die „Wanderversammlungen des Vereins für Psychiatrie und Neurologie“. In: OBERSTEINER, Grundzüge einer Geschichte des Vereines, 22.

Auf der Grundlage von Erhebungen der „k.k. statistischen Zentralkommission“ wurden für die Jahre 1882 (Tabelle 1) und 1906 (Tabelle 2) folgende Zahlen ermittelt.¹⁵⁷

Tabelle 1	Männlich	Weiblich	Summe
Innerhalb der Anstalten	888	822	1710
Außerhalb der Anstalten	1219	1025	2344
„Kretins“	1026	842	1868
Summe	3133	2754	4922

Tabelle 2	Männlich	Weiblich	Summe
Innerhalb der Anstalten	2423	2266	4689
Außerhalb der Anstalten	1154	1115	2269
„Kretins“	774	563	1337
Summe	4351	3944	8295

Der Bevölkerungszuwachs innerhalb der Jahre von 1882 bis 1906 umfasste in Wien etwa eine Million Einwohner.¹⁵⁸ Die Anzahl der im Jahre 1882 statistisch erfassten Kranken betrug im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung 2,47 Promille und verschob sich bis 1906 auf 2,43 Promille. Die Zahl der Geisteskranken ohne der „Kretins“ erhöhte sich innerhalb dieses Zeitraums von 1,7 auf 2,0 Promille. Die Zunahme der

¹⁵⁷ Josef STARLINGER, Streifzüge durch das Budget der niederösterreichischen Landesirrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 265-270. Vortrag am III. Internationalen Kongress für Irrenpflege in Wien, Oktober 1908. Hier: 266. Der Autor machte darauf aufmerksam, dass diese Zahlen eine geschlechtsspezifische Ungleichheit zeigen. Nicht nur überwog allgemein die Zahl der männlichen Patienten in den Anstalten, sondern es zeigte sich auch, dass bei den statistischen Erhebungen eher Männer als Frauen erfasst wurden.

¹⁵⁸ Vgl. dazu auch: Andreas WEIGL, Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien (Wien 2000) 65f.

Geisteskranken wurde jedoch vielfach im Zusammenhang mit dem Bevölkerungszuwachs gesehen. Die Vermehrung der stationären Aufnahmen wurde mit dem wachsenden Zutrauen zur Spitalsbehandlung begründet, da gegenüber der privaten Pflege die zunehmend moderneren öffentlichen Anstalten zur besseren Alternative in der Versorgung psychisch Kranker geworden wären.¹⁵⁹

Das quantitative Erfassen psychisch Kranker ist ganz im Kontext der Modernisierungsbestrebungen des „Irrenanstaltswesens“ zu lesen, welches auf möglichst frühe Internierungen und damit größere Heilungschancen hoffte.¹⁶⁰ Zudem sollten die Familien und Gemeinden von der Last der Pflege geisteskranker Menschen befreit werden. Der lange Aufenthalt in der häuslichen Umgebung fördere gemäß zeitgenössischer Ansichten das frühere Erreichen des Stadiums der Unheilbarkeit. Psychiater befürchteten darüber hinaus, dass geistige Erkrankungen sowohl auf die Umgebung als auch die Nachkommen übertragen werden könnten.¹⁶¹ Der umstrittene Zeitpunkt der Einweisung in eine psychiatrische Anstalt ist auch im Zusammenhang mit den Verpflegungskosten zu sehen, die teilweise von den Gemeinden zu tragen waren. So wurden angeblich psychisch Kranke nur bei größter Gefahr für die Bevölkerung, wie beispielsweise bei drohender Brandstiftung auch tatsächlich eingewiesen. Vertreter der Psychiatrie beklagten die seitens der Bevölkerung oder auch der praktischen Ärzte mangelhafte Einsicht der Notwendigkeit einer Internierung, *„nicht einmal Unheilbarkeit, oder im Wege der Vererbung oder des üblen psychischen Einflusses auf andere Individuen“* galten für die Angehörigen als ausschlaggebend für eine stationäre Aufnahme.¹⁶² Die bei der Volkszählung von 1890 landesweit erhobene Anzahl „geistiger Gebrechen“, unterschieden nach „Irrsinnigen“ und „Cretins“, ergab dass diese zu einem überwiegenden Anteil, nämlich 52%, privat versorgt wurden. 35,7% der Registrierten

¹⁵⁹ Vgl. zur Rolle der Angehörigen im Aufnahmeverfahren: BRINK, Die Grenzen der Anstalt, 116-120.

¹⁶⁰ Vgl. allg. zum Verhältnis von Wissenschaften und quantifizierender Verfahren: Theodore M. PORTER, Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life (Princeton 1995).

¹⁶¹ M. SCHASCHING, Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt zu Niedernhart bei Linz. In: Psychiatrisches Centralblatt 3 (1873) 40-42. Diese Berechnung ergab ein Verhältnis von einem Geisteskranken auf 350 bis 400 Einwohner. Die Theorie der „psychischen Infektion“ und der Diagnose des „inducirten Irreseins“ ist als ein Desiderat der Forschung anzusehen. Eine informative zeitgenössische Publikation mit einem ausführlichen Literaturverzeichnis zu „psychischen Epidemien“ versus sporadischen Fällen „psychischer Ansteckung“ ist: Robert WOLLENBERG, Ueber psychische Infektion. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 20 (1888) 62-88.

¹⁶² SCHASCHING, Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt, 40f. Die Frage der Möglichkeit der Vererbung psychischer Erkrankungen spielte eine wechselnde Bedeutung in der psychiatrischen Forschung und wird im Abschnitt 3.6.3. genauer erörtert. Es gab auch Bestrebungen, erbliche Geistesstörung in eine eigene nosologische Einheit zu fassen. In: Psychiatrisches Centralblatt 4 (1874) 126.

waren in Institutionen für psychisch Kranke und 13,3% in Versorgungsanstalten untergebracht.¹⁶³

Der Niederösterreichische Landtag beschloss 1905 die Einrichtung eines „statistischen Bureaus“ um die rasant angestiegenen Ausgaben zur Versorgung der psychisch Kranken, aber auch die Leitung der Wohlfahrtsanstalten genügend kontrollieren zu können. Die Angaben der statistischen Zentralkommission galten wegen ihrer beschränkten finanziellen Mittel als ungenügend. Der bereits für die Erbauung der Anstalt *Am Steinhof* neugegründete Landesausschuss wurde mit der Leitung dieses neuen Büros betraut und sollte etwaige Korrelationen von Morbidität und Mortalität mit statistischen Angaben zum Beruf und Familienstand der Erkrankten suchen, oder auch allgemein Daten zu den aus den Anstalten als geheilt oder gebesserten Entlassenen erstellen.¹⁶⁴ Aber auch Politiker befassten sich mit Fragen dieser Art und rückten spezielle Erkrankungen wie die „Neurasthenie“ oder die aufgrund der Lebensbedingungen angeblich häufiger gewordenen „Nervenkrankheiten“ in den Fokus ihrer Aufmerksamkeit. So stellte der Abgeordnete im Niederösterreichischen Landtag Ritter von Lindheim bezeichnenderweise fest, dass *„die Medizin nicht alles tun [könne], die Statistik müsse nachhelfen“* und errechnete eine im Vergleich zu anderen Berufsgruppen um 20% höhere Rate von „Nervenerkrankungen“ bei Arbeitern an Eisenbahnen und elektrischen Betrieben. „Nervenerkrankungen“ von 100.000 Arbeitern in modernen Betrieben wären zu 80% der Diagnose Neurasthenie zugeordnet worden. Diese Berechnungen dienten der Untermauerung seiner Forderung nach speziellen Einrichtungen für „Nervenschöpffe“ aus dem Arbeiterstande, welche es in Frankfurt und der Schweiz bereits gab und die die Aufnahme nur leicht Erkrankter in die ohnedies überfüllten Anstalten verhindern, beziehungsweise die Versorgungskosten senken sollten.¹⁶⁵ Im Zuge dieser Diskussionen wurden im Niederösterreichischen Landtag auch eugenisch motivierte Forderungen formuliert: Junge Leute sollten vor ihrer Heirat verpflichtend einer Untersuchung ob ihrer geistigen Gesundheit unterzogen werden, beziehungsweise stellte sich umgekehrt die Frage, ob „erblich Belastete“ eine Ehe

¹⁶³ KRAYATSCH, Ein Gutachten über die Anlage und bauliche Einrichtung einer modernen Irrenanstalt, 306. Allerdings war das Versorgungssystem in den jeweiligen österreichischen Ländern sehr unterschiedlich ausgebaut.

¹⁶⁴ STPNÖ, 8. Sitzung der IV. Session am 5. Juni 1905, S.190.

¹⁶⁵ STPNÖ, 34. Sitzung der I. Session am 12. Oktober 1903, S. 1249f. Sanatorien, die auf jene Erkrankungen ausgerichtet waren, existierten schon länger, waren aber nur für Patienten bestimmt, die für ihre Unterbringung selbst aufkommen konnten.

eingehen dürften, „von denen man im voraus sieht, dass sie eine Generation in die Welt setzen werden, die geistig umnachtet ist und daher lebenslänglich dem Unglück und Elend zum Opfer fällt.“¹⁶⁶ Seitens der psychiatrischen Experten gab es, wie bereits erwähnt, auch kritische Stimmen zur Zählbarkeit von Geisteskrankheit, einerseits weil Erkrankungen nicht immer eindeutig erkennbar wären, andererseits es eine Vielzahl an Übergangsformen und Grenzzustände gäbe, wie „Schwachsinnige, Epileptiker, Degenerierte, oder Nervöse“. Diese stellten nach zeitgenössischer Ansicht häufig eine Prädisposition zu eventuell später manifest werdenden psychischen Erkrankungen dar. Da sie von äußeren Einflüssen nicht unabhängig wären, blieb es folglich unklar, wie und ob diese zählbar seien.¹⁶⁷

Aber auch die „Gefährlichkeit der Geisteskranken“ sollte berechenbar werden. Es wurde allgemein davon ausgegangen, dass deren definitive Feststellung nur schwer möglich sei. Umso wichtiger wurde die Beobachtung dieser Gruppe der psychisch Kranken innerhalb einer Anstalt erachtet. Bislang war hierzu die Art der Erkrankung das entscheidende Kriterium gewesen, so galten beispielweise die an Epilepsie oder akuten Halluzinationen Leidenden als besonders bedrohlich. Theodor Meynert plädierte im Verein für Psychiatrie, wie er meinte, aus wissenschaftlichen Gründen für die Einteilung der „Gefährlichkeit“ nach bestimmten Symptomen. Zur Erstellung einer allgemeinen Definition der Gefährlichkeit sollte ein Direktiv in Form einer Kasuistik ausgearbeitet werden, um beispielsweise auch praktischen Ärzten in dieser schwierigen Frage eine Anleitung an die Hand geben zu können. Auf ähnliche Weise sollten auch die Entlassungen von stationären Aufenthalten geregelt werden, da es bei den auszustellenden Reversen oftmals unklar war, ob ein Patient zu einem späteren Zeitpunkt wieder gefährlich werden könnte.¹⁶⁸

Bei den zahlreichen Versuchen der Quantifizierung psychischer Devianzen waren bestimmte Krankheitsformen, wie die progressive Paralyse als das Spätstadium einer

¹⁶⁶ STPNÖ, 8. Sitzung der IV. Session am 5. Juni 1905, S. 193. Stellungnahme Abgeordneter Matthias Bauchinger. Bei den dazu herangezogenen Berechnungen galten vor allem Alkohol und Syphilis als die Ursache von Geisteskrankheiten, die es zu verhindern galt. Auch er äußerte Bedenken ob der Genauigkeit der Statistiken, meinte aber aus diesem Grunde weiter forschen zu müssen, „was eigentlich die Ursache für die sittliche Verkommenheit dieser Individuen gewesen ist, die sie zum Syphilitiker und damit zum Tiere gemacht hat.“

¹⁶⁷ W. WEBER, Ist eine Zunahme der Geisteskranken festzustellen? In: Justus BOEDEKER, Wilhelm FALKENBERG (Hg.), Bericht des IV. Internationalen Kongresses zur Fürsorge von Geisteskranken (Halle 1911)) 999-1003. Hier: 1001. Der Autor sprach sich in seinem Bericht für multifaktorielle Erklärungen des Anstiegs der Insassen in den Anstalten, nicht aber einer tatsächlichen Vermehrung psychischer Erkrankungen aus. Ebd., 999f.

¹⁶⁸ Psychiatrisches Centralblatt 2 (1872) 125f. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 26. Oktober 1872.

Syphilisinfektion in den Fokus der Experten geraten. Diese war seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen, ihre Ätiologie verblieb allerdings noch unklar. Insbesondere in den Städten war sie weit verbreitet und wurde vielfach mit den „*Schädlichkeiten des socialen und Culturlebens unserer Zeit*“ oder allgemein mit den Gefahren des Lebens in der modernen Gesellschaft assoziiert.¹⁶⁹ Die Infektion mit Syphilis galt als einer der möglichen ätiologischen Faktoren, daneben waren aber auch „*die Existenzbedingungen des Menschen, der Kampf ums Dasein*“, übermäßiger Alkoholenuss, Bleivergiftung, hereditäre Bedingungen, und bei Frauen auch schwierige Geburten oder das Klimakterium Teil der Vielfalt der medizinischen Erklärungsmodelle.¹⁷⁰

Statistische Erhebungen waren jedoch nicht einfach zu erstellen, Krafft-Ebing zog hierzu ausdrücklich nur Angaben psychiatrischer Institutionen heran. Seine These der stetigen Zunahme der progressiven Paralyse – von denen Frauen allerdings weit weniger betroffen waren – untermauerte er mit Daten aus der Wiener Klinik: In den Jahren von 1873 bis 1877 lag die Zahl dieser Krankheitsfälle bei 15,7% aller männlichen und 4,4% aller weiblichen Patienten. Bis zum Zeitraum von 1888 bis 1892 war der Anteil der progressiven Paralyse im Vergleich zu anderen Krankheiten auf 19,7%, beziehungsweise 10% angestiegen.¹⁷¹ In einen ähnlichen Sog der Aufmerksamkeit der Psychiater war der Alkoholismus geraten, die sich ändernde

¹⁶⁹ Richard KRAFFT-EBING, Ueber die Zunahme der progressiven Paralyse im Hinblick auf die sociologischen Factoren. In: *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 13 (1895) 127-142. Hier: 127.

¹⁷⁰ Joseph Adolf HIRSCHL, Die Aetiologie der progressiven Paralyse. In: *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 14 (1896) 321-323. Hirschl war Assistent bei Krafft-Ebing an der Wiener Klinik für Psychiatrie. Von besonderem Interesse erscheint die Vorgehensweise der medizinisch-statistischen Erhebung, Frauen waren von der anamnestischen Untersuchung ausgeschlossen, da die Erhebung aus diversen Gründen als zu schwierig galt. Die Anamnese von Patienten aus der Ambulanz galt ebenso als zu unsicher, so zog man (in den Jahren von 1894 und 1895) 200 Patienten aus der Klinik heran. Bei 25 der untersuchten Fälle konnten keine detaillierten Anamnesen erhoben werden, die nämlich eine Miteinbeziehung von Freunden und Verwandten benötigt hätte.

Die Diskussion unter den Experten zeigt, dass die Syphilis als eine unter vielen anderen Möglichkeiten der Ursache der progressiven Paralyse angesehen wurde. *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 14 (1896) 547f. Bericht der Wanderversammlung in Prag im Oktober 1895.

WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 2901 / 1907. Die Österreichische Gesellschaft zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten war zu ähnlichen statistischen Ergebnissen gelangt. Sie konstatierte eine bestimmte Tendenz im Verhältnis der erkrankten Frauen und Männer, welches im Vergleich der Jahre von 1882 bis 1886 von 5 zu 1 zu den Jahren von 1902 bis 1908 auf eine Relation von 3 zu 1 gestiegen war. Die Infektion mit Syphilis war bereits als sehr wahrscheinlich angesehen. Emil Kraepelin hätte in München eine ähnliche Zunahme der an Paralyse erkrankten Frauen gefunden. Die Veröffentlichung jener Erhebungen finden sich bei: Karl RICHTER, Krankenbewegung der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 9 (1907/08) 226-231. Richter war von 1907 bis Primar und Abteilungsvorstand der Frauenheilanstalt *Am Steinhof*, ab 1912 Leiter des Sanatoriums.

¹⁷¹ KRAFFT-EBING, Ueber die Zunahme der progressiven Paralyse, 130. Andere Institutionen berichteten von noch weit signifikanteren Anstiegen.

Relation männlicher und weiblicher Kranker stellte hierbei ein wichtiges Moment der psychiatrischen Analyse dar.¹⁷² Im Untersuchungszeitraum von 1882 bis zur Eröffnung der neuen Anstalt lag das durchschnittliche Verhältnis bei 12,2 Alkoholikern zu einer Alkoholikerin. Innerhalb des genannten Zeitraums vollzog sich jedoch ein nicht unerheblicher Wandel: Zu Beginn der Erhebungen stand deren Relation bei 23,9 zu 1, nach der Jahrhundertwende bei 7,6 zu 1.¹⁷³

Die Frage des Zeitpunkts der stationären Aufnahme psychisch Kranker war, wie bereits erwähnt, sehr umstritten. Die Diskussionsbeiträge im Wiener Verein für Psychiatrie verweisen auf die professionspolitischen Bestrebungen der Experten, die der Meinung waren, dass sowohl die Angehörigen als auch die praktischen Ärzte psychisch Erkrankte früher in Behandlung bringen sollten. Hintergrund dieser Argumentation war auch die Hoffnung, auf diese Weise die Rate der Heilungen psychischer Erkrankungen aufgrund der relativ größeren Anzahl von akuten psychischen Störungen anheben zu können und auf diese Weise dem bestehenden Vorurteil der Bevölkerung gegenüber der Psychiatrie entgegenzuwirken.¹⁷⁴

Diese Aspekte sind auch im Zusammenhang mit den europaweit ungemein raschen Aus- und Neubauten psychiatrischer Anstalten zu sehen, deren Heilungserfolge sehr kritisch beurteilt wurden. Diesbezüglich wurden zwei unterschiedliche Positionen diskutiert. Einerseits wurde die Ansicht vertreten, dass „Irrenanstalten“ lediglich Pflegestätten seien, keinerlei Heilungschancen böten und den Verlauf an sich heilbarer Psychosen nicht weiter beeinflussen könnten. Auch sei in manchen Fällen ein stationärer Aufenthalt ein Moment, welches den Krankheitsprozess fördern könnte, wenn beispielsweise Wachsäle überbelegt waren.¹⁷⁵ Die Vertreter dieser,

¹⁷² Vgl. ausführlicher zum Alkoholismus: Abschnitt 5.2. dieser Arbeit.

¹⁷³ RICHTER, Krankenbewegung der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt, 228.

¹⁷⁴ Vgl. nur beispielsweise: Psychiatrisches Centralblatt 2 (1872) 102f.; Jahrbücher für Psychiatrie 10 (1892) 300. Bericht über die Wanderversammlung des psychiatrischen Vereins im Oktober 1891. Entsprechend dieser Annahme finden sich in der Fachliteratur Berechnungen, die auch in einem internationalen Vergleich auf die Früherkennung psychischer Erkrankungen und deren verbesserten Heilungschancen aufmerksam gemacht haben. In: GAUSTER, Memorandum des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien, über die Nothwendigkeit einer Irrenzählung, 20f.

¹⁷⁵ Friedrich SCHOLZ, Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 177-182 und 185-187. Die Auseinandersetzung war von Direktor der deutschen Anstalt in Obrawalde entfacht worden, die er, wie er selbst meinte, nur in der Verborgenheit des Fachblattes geführt habe. Sein Opponent Friedrich Alt habe diesen Diskurs in die Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte, also einer wesentlich breiteren Öffentlichkeit getragen. Scholz und mit ihm auch einige andere Ärzte vertraten die Meinung, dass es gänzlich uneklärt sei, ob die – ohnehin seltene – Heilung mancher Psychosen nicht auch ohne stationären Aufenthalt stattfinden könne. Die therapeutischen Möglichkeiten der Anstaltsbehandlung liegen ausschließlich im Bereich symptomatischer Linderung. Seine Ansicht nach „*könne das Irrenhaus Geistesstörungen überhaupt nicht heilen, Heilung sei nichts anderes als Selbstgenesung*“. Ebd., 177. Der Autor

dem Ansehen der Anstaltspsychiater nur wenig förderlichen Position, hatten sich zudem den Vorwurf des therapeutischen Nihilismus eingehandelt. Ihnen stand die Ansicht vieler Standesvertreter gegenüber, dass – auch wenn der therapeutische Wert eines Anstaltsaufenthaltes vielfach überschätzt worden sei – der grundlegende Anspruch auf eine ursächliche Behandlung weiterhin das anzustrebende Ziel der Anstaltspsychiatrie sein sollte. Die Hoffnungen richteten sich auf die für manche psychische Erkrankungen vermutete exogene Auslöser, vor allem aber auf eine administrative Vereinfachung und Beschleunigung der Aufnahmeverfahren, welche auch Akutkranke in die Anstalten bringen sollte. Für viele Kranke wäre aber die Anstaltsbehandlung ohnehin eine „Indicatio vitalis“, da sie außerhalb einer solchen wegen Selbstmord, allgemeiner Erschöpfung, oder Unfällen gar nicht überleben könnten. Bei akuten Psychosen, Angstzuständen, oder zur besseren Überwachung von Epileptikern und Alkoholsüchtigen läge der Sinn und Nutzen einer Anstaltsbehandlung klar auf der Hand. Gemäß dieser Position waren bauliche Maßnahmen die adäquate Antwort auf die Fragen zur Behandlung psychischer Krankheiten, „eine zweckmäßige Bauanlage und die sorgfältige Gruppierung der Kranken“ und auch die Möglichkeit zur Beschäftigungstherapie, somit der Aufenthalt in einer „zeitgemäß angelegten Anstalt“ blieben somit weiterhin Mittel der Wahl.¹⁷⁶

Eine Übersicht zu den Erkrankungen der Patienten der Anstalt *Am Brünnefeld* zeigt, dass ein Großteil der in den Anstaltsstatistiken als „erfolgreich behandelt“ geführten Kranken chronische Alkoholiker waren. Diese Zählung, ebenso wie die anderer, mit einem regelmäßigen Alkoholkonsum in Verbindung stehenden Erkrankungen, die aufgrund der verordneten Abstinenz als „ausgeheilt“ entlassen wurden, zeigen, dass hier lediglich das Ende der akuten Symptomatik erfasst wurde. Die Rate der „geheilten“ Frauen kam am häufigsten – in dieser Reihenfolge – bei „Verwirrtheit, Melancholie, hysterischen und periodischen Irresein“ vor, insgesamt aber wurden doppelt so viele Männer wie Frauen als „geheilt“ entlassen. Als Erklärung für diese geschlechtsspezifisch stark ausgeprägten Unterschiede, nämlich 19% im Verhältnis zu 8,7%, galt der Umstand, dass die Erfolgsrate der Anstaltsbehandlung bei den überwiegend männlichen Alkoholikern generell relativ hoch war, aber auch die

hinterfragte explizit die zeitgenössische Sichtweise, ob sich die Zahl der Heilungen mit früheren Aufnahmen ändern würde.

¹⁷⁶ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908) 183f. Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Berlin am 24. und 25. April 1908.

Tatsache, dass Frauen von ihren Angehörigen früher wieder aus der Institution geholt wurden.¹⁷⁷

Die Frage der Zunahme der Geisteskranken ist, wie bereits erwähnt, in einem engen Zusammenhang mit den steigenden Kosten zu lesen. Nicht wenige der zeitgenössischen Beobachter kritisierten die Klage der stetigen und unverhältnismäßigen Zunahme als gänzlich unzutreffend. Ein wesentlicher Punkt zur Erklärung der quantitativen Zunahme der in die Anstalten Aufgenommenen war die Übernahme der harmlosen Kranken in den Kompetenzbereich des Landes Niederösterreich. Dieser Umstand bedingte aber eine Verlagerung der finanziellen Verpflichtungen von den Gemeinden auf die Länder.¹⁷⁸ Ab dem Zeitpunkt der Übernahme der Wiener psychiatrischen Anstalt aus der Staatsverwaltung in die Verantwortung des Landes Niederösterreich wurden bis Ende des Jahres 1906 insgesamt 68.712 Kranke gepflegt, dies entsprach 2,2% der Bevölkerung des Landes. Die Zahl der aufgenommenen Kranken verdoppelte sich innerhalb dieses Zeitraumes, 1865 waren pro Jahr 1440 Kranke stationär aufgenommen, 1906 waren es 3029 Patienten. Die während dieser Zeit von der Landesverwaltung zum Zweck der Entlastung eingerichteten Filialen führten nur zu kurzfristigen Lösungen des andauernden Problems der Überbelegung der Institution *Am Brünlfeld*. Die Anstalt war etwa um ein Viertel über den ursprünglich bestimmten Bettenstand mit Kranken belegt.¹⁷⁹ Jenseits der quantitativen und organisatorischen Folgen der Kostenübernahme ist an dieser Stelle auf eine weit wirkmächtigere Entwicklung aufmerksam zu machen, die nämlich auf ein neues Selbstverständnis der Anstaltspsychiatrie verweist. Denn das Herausheben der Zuständigkeit aus lokalen und kommunalen Belangen ist nach Bernd Walter als bürokratisches Vollzugsmittel eines veränderten gesellschaftlichen Verhältnisses zu psychisch Kranken

¹⁷⁷ RICHTER, *Krankensbewegung*, 229. Durchschnittlich blieb über ein Drittel der Insassen länger als ein Jahr interniert. Die Mortalitätsrate: 11,9% der Männer, 7,6% der Frauen, der bei weitem häufigste Grund hierzu war die progressive Paralyse.

¹⁷⁸ STARLINGER, *Streifzüge durch das Budget der n.ö. Landesirrenanstalten*, 265-270. Interessant bei der Argumentation des Autors ist die Gegenüberstellung öffentlicher Kosten für die Verpflegung von Geisteskranken im Vergleich zu anderen Sparten wie Landesverwaltung, öffentliche Sicherheit, Sanitäts- und Humanitätsanstalten und dem Straßenbau innerhalb desselben Zeitraumes. Die Zunahme ersterer betrug 2,6%, alle anderen Ausgabeposten hatten weit höhere Steigerungen erfahren. Details, S. 270.

¹⁷⁹ RICHTER, *Krankensbewegung*, 227. Statistische Daten aus den Jahren 1865-1906.

anzusehen, mit welchem das spezifische Versorgungsangebot maßgeblich erweitert wurde.¹⁸⁰

In der gesamten österreichisch-ungarischen Monarchie gab es 1907 insgesamt 36 Anstalten beziehungsweise 23.000 Betten für psychisch Kranke, in privaten Sanatorien konnten etwa vierhundert Personen Aufnahme finden. Zu diesem Zeitpunkt waren weitere tausend Plätze in der Anstalt Kremsier in Mähren, zweitausend in Böhmen und weitere zweitausend in Wien mit der neuen Anstalt *Am Steinhof* geplant.¹⁸¹ Diese rein quantitativ gesehen enorme Veränderung in der Versorgung Geisteskranker, aber auch die im folgenden Kapitel zu erläuternden Reformen inhaltlicher Natur, wie die Durchführung der freien Pflege, die extensive Beschäftigung, die Wachabteilungen mit Bettbehandlung und die Angliederung landwirtschaftlicher Kolonien waren, gemäß der Selbstzuschreibung, im Ausland allgemein anerkannt. Die meisten der genannten Anstalten wie Kierling-Gugging, Mauer-Öhling, Maxglan in Salzburg, die Anstalt in Klagenfurt, Studenc in der Krain, Dobran in Böhmen¹⁸², Sternberg in Mähren, Troppau in Schlesien, und Sebenico in Dalmatien galten bereits aufgrund ihrer Bauweise im Pavillonstil als `modern`, viele der übrigen Anstalten sind zumindest teilweise in diesem Stil erweitert worden.¹⁸³

Die enormen finanziellen Ausgaben für die Versorgung psychiatrischer Patienten waren offensichtlich, die projektierten Neubauten der Niederösterreichischen Landesverwaltung bedurften entsprechender Rechtfertigungsschriften. Die Psychiatrie galt als diejenige Disziplin der Medizin, die die augenfälligsten Neuerungen mit sich brachte. Von den Verantwortlichen waren die finanzielle Ausgewogenheit und die prophylaktische Bedeutung der zu bauenden Institutionen stets zu betonen. So hieß es, dass eine „*geregelt* *Irrenpflege auch vom wirtschaftlichen Standpunkt her empfehlenswert sei*“.¹⁸⁴ Dazu zählte nicht nur die „*zeitgerechte Erziehung idiotischer Kinder*“ zu möglichst nützlichen Arbeiten, sondern

¹⁸⁰ WALTER, Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch, 78.

¹⁸¹ In Cisleithanien waren in den letzten zwei Jahrzehnten der Monarchie insgesamt sieben öffentliche Anstalten neu erbaut, viele andere sind erweitert worden. Vgl. dazu ausführlicher: Heinrich SCHLÖSS, Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild (Halle 1912). Berichte zu den österreichischen Anstalten auch in einem internationalen Vergleich: K. PANDY, Die Irrenfürsorge in Europa. Eine vergleichende Studie (Berlin 1908) 393-425.

¹⁸² Dobran wurde, wie es hieß, gegen den Widerstand vieler Fachmänner, in den Jahren von 1876 bis 1880 als die erste Anstalt der österreichischen Monarchie im Pavillonstil erbaut. In: Anonym, Die Ausstellung der Wiener Landes-Irrenanstalt zur Feier des 25jährigen Jubiläums 1878. In: Psychiatrisches Centralblatt 8 (1878) 121-124. Hier: 122. Vgl. dazu auch die oppositionelle Stellungnahme Jaromir Mundys im Abschnitt 2.2. dieser Arbeit.

¹⁸³ Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 34 (1907) 94.

¹⁸⁴ GERENYI, Irrenpflege und Verwaltung, 394.

auch die wirtschaftlichen Ergebnisse der Tätigkeiten in den Anstalten, ganz besonders aber der Versuch, prophylaktisch gegen die in der Ätiologie von Geisteskrankheiten als sehr gefahrenvoll angesehenen Faktoren wie Alkoholismus und Syphilisinfektionen vorzugehen. Berechnungen und Interpretationen verweisen somit auf mannigfaltige Ambivalenzen zwischen den Notwendigkeiten zur Versorgung psychisch Kranker und einem, einer Modernisierung verpflichteten, teilweise auch prophylaktisch ausgerichteten Vorgehen.

2.4. Psychiatrische Polytechnik: Die Gründung einer `modernen` Anstalt

Die 1907 eröffneten am Stadtrand von Wien an der Grenze des XVI. und XIII. Wiener Gemeindebezirkes gelegenen Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* waren die Nachfolgeinstitution der zu diesem Zeitpunkt aufgelassenen Anstalt *Am Brünnefeld*. Mit der Neugründung waren nun Anstalts- und Universitätspsychiatrie sowohl topographisch als auch inhaltlich voneinander getrennt. Der Gestaltung einer `modernen Anstalt` wurde, wie es die Initiative zur Gründung einer Fachzeitschrift namens „psychiatrischer Polytechnik“ zeigt, von den Vertretern des Fachs eine sehr hohe Bedeutung zugeschrieben. Gemäß dieser Initiative sollten *„Irrenärzte mit Architekten, Künstlern, Ingenieuren, Mechanikern und Handwerkern aller Art zusammenarbeiten, um ein schönes, zweckmäßiges, durchgearbeitetes, abgerundetes Ganzes, mit einem Worte ein Werk aus einem Guß schaffen.“*¹⁸⁵ Die Vielzahl der neuartigen Entwicklungen sollte sowohl nach innen als auch nach außen deutlich sichtbar sein.¹⁸⁶ Insbesondere die beiden Anstalten in Mauer-Öhling und *Am*

¹⁸⁵ Charles BACH, Psychiatrische Polytechnik. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 328-334. Hier. 328f. Bach war dirigierender Arzt der Heilanstalt Sonnenhalde bei Basel. Vgl. zur Bedeutung der Architektur der Anstalt in Mauer-Öhling: Leslie TOPP, Psychiatric Institutions, their architecture, and the politics of regional autonomy in the Austrian-Hungarian monarchy. In: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences 38 (2007) 733-755. Zur Architektur des privaten Sanatoriums Purkersdorf: Dies., Architecture and truth in Fin-de-Siècle Vienna (Cambridge University Press 2004) 63f.

¹⁸⁶ Vgl. allgemein zur Bedeutung der Architektur beim Krankenhausbau: Allan M. BRANDT, David C. SLOANE, Of Beds and Benches: Building the modern American Hospital. In: Peter GALISON, Emily THOMPSON (Hg.), The Architecture of Science (Cambridge 1999) 281-299. Zur Christlich-Sozialen Partei und der für die Anstalt maßgeblichen Personen Leopold Steiner und Hermann Bielohlawek, der von 1905 bis 1918 Leiter der Landeshumanitätsanstalten war: John W. BOYER, Culture and Crisis in

Steinhof galten auch im internationalen Vergleich als nachahmenswerteste Institutionen, bei denen alle Faktoren des Schönen und Zweckmäßigen so harmonisch zusammenwirkten.

Im Jahre 1901 wurde zum Zweck des Neubaus von Kliniken die Abtretung der im neunten Wiener Gemeindebezirk gelegenen „Landes-Irrenanstalt“ an den Wiener Krankenanstaltenfonds vereinbart.¹⁸⁷ Am 13. Oktober 1902 wurde das Grundstück der Anstalt *Am Bründlfeld* um 13 Millionen Kronen an den Staat verkauft. Im Zuge dieses Vertrags wurde von Leopold Steiner, Referent für Wohlfahrtsangelegenheiten im Niederösterreichischen Landesausschuss und maßgeblicher Initiator des Neubaus, ein Antrag zur Errichtung einer neuen und für 2000 Patienten zu konzipierenden Anstalt am Rande von Wien eingebracht. Mit dessen Genehmigung konnten in weiterer Folge geeignete Grundstücke erworben werden.¹⁸⁸ In der Psychiatrischen Wochenschrift wurde die öffentliche Fürsorge für Wohlfahrtseinrichtungen der Stadt Wien euphorisch beschrieben: *„Wien erhält gleichzeitig eine neues allgemeines Krankenhaus, eine neue große Irrenanstalt (man spricht von 2000 Betten) und eine neue Versorgungsanstalt. Das klinische Krankenhaus (die psychiatrische Klinik, S.L.) kommt auf das Areal des jetzigen Versorgungshauses und der Irrenanstalt, im beiläufigen Ausmaße von 200.000 qm. Das Versorgungshaus und die neue Irrenanstalt werden an die Peripherie verlegt.“*¹⁸⁹ Den modernen Anforderungen der „Irrenpflege“ einer Großstadt entsprechend sollten drei unterschiedliche Teile, nämlich eine Heilanstalt mit 800, eine Pflegeanstalt mit

Vienna. Christian Socialist in Power, 1897-1918 (Chicago, London 1995); Ders., Karl Lueger (1844-1910). Christlichsoziale Politik als Beruf (=Studien zu Politik und Verwaltung 93) Wien, Köln, Weimar 2010.

¹⁸⁷ Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 192. Notizen. Dieser Vertrag stellte den Anstoß zu Verhandlungen dar, welche über ein Jahrzehnt lang zwischen dem Ministerium für Kultus und Unterricht, der niederösterreichischen Statthalterei (namens des Wiener Krankenanstaltenfonds) und dem niederösterreichischen Landesausschuss (namens des Irrenfonds) geführt wurden. Sie standen im Zusammenhang mit dem Bau der sogenannten „Neuen Kliniken“ und sollten erst spät einen Abschluss finden: Das Gebäude *Am Bründlfeld*, nun Teil des Allgemeinen Krankenhauses, wurde erst ab dem 25. Jänner 1911 für die Psychiatrisch-Neurologische Universitätsklinik unter Wagner-Jauregg genutzt. Die Räumlichkeiten wurden 1974 im Zuge der Neuerrichtung des Neuen Allgemeinen Krankenhauses gesprengt. Vgl. dazu auch: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 12 (1910/11) 440f.

¹⁸⁸ GERENYI, Die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich, 216f. Vgl. allg. zur Gründungsgeschichte: GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe, 23f.

¹⁸⁹ Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 326. Mitteilungen. Die Versorgungsanstalt Lainz wurde 1904 für 2200 Personen eröffnet. Die „Neuen Kliniken“ wurden zu Beginn der Planungsphase für 2400 Patienten konzipiert und 1911 für knapp 900 Patienten realisiert. Der hierbei verantwortliche Architekt Franz Berger, der ab 1894 in der niederösterreichischen Statthalterei die Bauabteilung für die Wiener k.k. Krankenanstalten leitete, sollte später bei den Planungen der Anlage *Am Steinhof* eine maßgebliche Rolle spielen. Vgl. dazu ausführlicher: Monika KEPLINGER, Heilanstalten in Wien um 1900. In: GABRIEL, GAMPER (Hg.), Psychiatrische Institutionen, 27-46. Hier: 29f.

900 und ein Sanatorium mit 300 Betten erbaut werden. Zu deren Realisierung gab es zwei unterschiedliche Pläne, einer dieser stammte vom Landesbauamt und sah einstöckige Häuser vor, ein anderer wurde von Otto Wagner vorgelegt. Die Stellungnahmen der zur Planung eingerichteten Bau-, Finanz- und Verwaltungsausschüsse ergaben drei unterschiedliche Positionen, die für jeweils einen der Pläne und eine Neuausschreibung des Projektes votierten. Letztere Möglichkeit wurde allerdings im Niederösterreichischen Landtag wegen des Zeitdruckes zur Eröffnung der Institution abgelehnt. Otto Wagners sogenannter Situations-Plan, die Anlage der einzelnen Pavillons, wurde anfänglich wegen der ausgeprägten Terrainunterschiede des Grundstückes als undurchführbar angesehen, konnte aber schlussendlich nach einigen Änderungen die Mehrheit der Landtagsabgeordneten erlangen.¹⁹⁰

Seine Pläne für die Anstaltskirche riefen jedoch größten Widerspruch hervor. Es wurde auch der Vorschlag gemacht, diese erst nach Anstaltseröffnung fertig zu stellen, um noch ausreichend Zeit für eine neuerliche Ausschreibung zu haben. Die Kritik entzündete sich vor allem an ästhetischen Fragen, denn der sezessionistische Stil wurde von einigen Vertretern im Landtag strikt abgelehnt. So hieß es beispielsweise im Abgeordnetenhaus, dass zwar der Grundriss hervorragend sei, die Ausgestaltung der Kirche aber gar nicht glauben ließe, dass es sich hier um ein christliches, sondern vielmehr um ein interkonfessionelles Gotteshaus handeln würde. Der „assyrisch-babylonische Stil“ würde den Eindruck eines „Grabmahls eines indischen Maharadschas“ vermitteln.¹⁹¹ Aber auch Stellungnahmen wie „Idiotenstil“, und die „Übertragung des goldenen Krauthapl“ [eine wienerische Bezeichnung der Secession; S.L.] auf die neue Heil- und Pflegeanstalt finden sich dokumentiert: *„Gemüse muss bei der Sezession immer dabei sein, statt dem Krauthapl ist hier ein*

¹⁹⁰ STPNÖ, 34. Sitzung der I. Session am 12. November 1903. S. 1249-1265. Die einzige Einschränkung war, dass die im Besitz der Landesverwaltung Niederösterreich befindlichen Grundstücke nicht überschritten werden durften, um keine weiteren Flächen ankaufen zu müssen. Beschluss zur Annahme des Situationsplans: Ebd., 1264.

Otto Wagners „Situationsplan über die Hauptdisposition sämtlicher Bauwerke“ orientierte sich teilweise an der vom Baukomitee vorgeschlagenen Lösung. Deren Plan am Gelände die Pavillons unregelmäßig zu verstreuen ersetzte Wagner durch eine streng symmetrische Konzeption: „Aus der romantischen englischen Parklandschaft machte Otto Wagner eine barockisierende moderne Architekturlandschaft“. In: Peter HAIKO, Harald LEUPOLD-LÖWENTHAL, Mara REISSBERGER, „Die weiße Stadt“ – Der „Steinhof“ in Wien. Architektur als Reflex der Einstellung zur Geisteskrankheit. In: Kritische Berichte 9 (1981) 3-37. Hier 25f. Zum Verhältnis von Anstaltsplanern und Architekten: Leslie TOPP, Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital: Architecture as Misunderstanding. In: Art Bulletin 87 (2005) 130-156. Hier: 140f.

¹⁹¹ STPNÖ, 34. Sitzung der I. Session am 12. November 1903, S. 1259f. Stellungnahme Abgeordneter Carl Costenoble.

umgekehrter Rettig aufgestellt.“¹⁹² Änderungswünsche gab es vor allem allerdings hinsichtlich der Form der Kuppel und des Statutenschmuckes.¹⁹³ Wegen der vielen Bedenken wurden Wagners Pläne dem Erzbischof von Wien vorgelegt. In einer Bischofskonferenz wurden die vorliegenden Pläne als nicht der katholischen Kirche widersprechend beurteilt und genehmigt.¹⁹⁴ Mit dieser Stellungnahme und unter maßgeblicher Unterstützung von Leopold Steiner wurde Otto Wagner vom niederösterreichischen Landtag die Konzeption der – heute zu den bedeutendsten Bauwerken der österreichischen Jugendstil-Moderne zählenden – Kirche übertragen, welche nun zeitgleich mit den Krankenpavillons errichtet werden konnte.¹⁹⁵

Ein Komitee, bestehend aus sechs Personen sollte die Organisation des Neubaus übernehmen, ihr gehörten der Landesinspektor Fedor Gerényi, der bereits beim Bau von Mauer-Öhling verantwortliche Landesbaurat Carlo von Boog (und nach dessen Tod Franz Berger), der Rechnungsrat Franz Bertgen, der Direktor der früheren Wiener Anstalt Adalbert Tilkowsky, der dortige Primararzt Josef Starlinger und der Leiter der Anstalt Kierling-Gugging Josef Krayatsch an.¹⁹⁶ Leopold Steiner wurde 1905 vom niederösterreichischen Landtag offiziell die Bauoberleitung übertragen.¹⁹⁷

In einer sehr frühen Phase der Planungen wurde überlegt, mehrere kleine Einheiten zu bauen. Das Komitee favorisierte allerdings auf Anraten der Verwaltungs- und Bauexperten, sowie aus administrativen und finanziellen Gründen eine große Institution, welche aus zwei getrennten Einheiten, einer Heil- und einer Pflegeanstalt, bestehen sollte. Allgemein galt eine Belegzahl von insgesamt 600 bis maximal 1000

¹⁹² Ebd., S. 1260. Stellungnahme Abgeordneter Josef Strobach.

¹⁹³ Ebd., S. 1264

¹⁹⁴ STPNÖ, 8. Sitzung der II. Session am 18. Oktober 1904, S. 220. In der Neuen Freien Presse hieß es anlässlich der Anstaltseröffnung: „*Und ist es nicht eine hübsche Ironie des Schicksals, dass so ziemlich das erste vernünftige `sezessionistische` Gebäude großen Stils in Wien für die Irrsinnigen gebaut ist?*“ Zitiert in: HAIKO, LEUPOLD-LÖWENTHAL, REISSBERGER, Die weiße Stadt, 35.

¹⁹⁵ John Boyer beschreibt die Sichtweise der Abgeordneten folgendermaßen: „*Although Leopold Steiner, Victor Silberer and Robert Pattai were able to secure their colleagues' grudging consent in the Lower Austrian Diet to Otto Wagner's plan for the church at the Am Steinhof sanitarium, no similar consensus could be found in the City Council for any of Otto Wagner's several designs for a monumental city museum. [...] In their divided sympathies about modernist architecture Christian Social politicians simply reaffirmed the extraordinary difficulty of assigning fixed and consistent coordinates to "traditional" and "modern" in Vienna after 1900.*“ In: BOYER, Culture and Crisis in Vienna, 10f. Vgl. aus kunsthistorischer Perspektive zur Kirche: Elisabeth KOLLER-GLÜCK, Otto Wagners Kirche am Steinhof (Wien 1991, 4. Aufl.); TOPP, Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital, 146f. Eine zeitgenössische Beschreibung: Anonym, Erläuterungen zur Bauvollendung der Kirche der niederösterreichischen Landes- Heil- und Pflegeanstalten (Wien 1907), Sonderabdruck am Wiener Institut für Geschichte der Medizin.

¹⁹⁶ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 193. Mitteilungen. Ein Modell der Anlage von Erwin Pendl befindet sich heute im Wiener Technischen Museum. Die drei Wandgemälde im großen Saal des Theatergebäudes sind ebenfalls von Pendl.

¹⁹⁷ STPNÖ, 6. Sitzung der IV. Session am 2. Juni 1905, S. 115

Patienten als die größte zu verwaltende Einheit. Die vornehmliche Problematik einer großen Anstalt lag weniger im baulichen oder technischen Bereich, sondern in der ungeklärten Frage, wie sie administrativ organisiert sein könnte.¹⁹⁸ Sollte sie unter einer einheitlichen Leitung stehen, war die Kompetenz des Direktors auf bestimmte Kernbereiche zu konzentrieren, da die traditionell stark hierarchisch geprägte Verwaltung und Leitung in der Hand eines Direktors als nicht mehr handhabbar galt. Der großdimensionierte Neubau führte in der Folge auch zu einer völligen neuen Organisation des ärztlichen Dienstes. Der Zuständigkeitsbereich der insgesamt vier Abteilungsvorstände, einer für das Sanatorium, jeweils einer für die Heilanstalt der Männer- beziehungsweise der Frauenabteilung und ein Primararzt für die männlichen und weiblichen Patienten der Pflegeabteilung, wurde im Vergleich zu früheren Kompetenzen beträchtlich erweitert.¹⁹⁹ In administrativer Hinsicht wurde der Direktor insofern entlastet, als es einen ersten Verwaltungsbeamten gab, der für eine Vielzahl finanzieller Aspekte wie beispielsweise der Abrechnung aller Verpflegungskosten verantwortlich war.²⁰⁰

Der erste Direktor der größten psychiatrischen Anstalt des europäischen Kontinents, Heinrich Schlöß (1860-1930; Direktor bis 1918) erläuterte die Gründe zum Beschluss deren enormer Dimension rein quantitativ.²⁰¹ Da, wie es hieß, das fortwährende und rasche Anwachsen der Stadt Wien und die unabsehbaren Rückwirkungen des neuen Heimatgesetzes von 1896 die Verantwortlichkeit der Landesverwaltung gewachsen

¹⁹⁸ Prinzipiell gab es drei unterschiedliche Modelle der Leitung von Anstalten, eine ärztliche, eine beamtete und die Möglichkeit einer paritätischen Aufteilung zwischen diesen. Starlinger führte mit dem Hinweis auf die Entwicklung in anderen Ländern, wie Frankreich, oder aber auch die österreichischen Militärspitäler und deren besondere Rückständigkeit auf die Tatsache zurück, dass sie nicht von Medizinern geleitet wurden. Die Situation in den Militärspitälern hatte sich zu diesem Zeitpunkt bereits geändert; die psychiatrische Versorgung in Frankreich war hingegen im Bereich der Familienpflege besonders gut organisiert – diese lag im Kompetenzbereich von Ärzten. Solange es keine Kliniken gab war es üblich gewesen, dass nur der Direktor eine psychiatrische Ausbildung hatte. Um die Jahrhundertwende hatte die überwiegende Anzahl der Anstaltsärzte bereits eine psychiatrische Ausbildung: Josef STARLINGER, Zur Frage der grossen Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 97-102. Hier: 99.

¹⁹⁹ Heinrich SCHLÖß, Die Organisation des ärztlichen Dienstes in den niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistesranke *Am Steinhof*. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 240-245.

²⁰⁰ Johannes BRESLER, Zur Eröffnung der niederösterreichischen Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien XIII. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 213-215. Hier: 215. Vgl. dazu auch: Statut für die N.Ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien, XIII. (Wien 1907). Sonderabdruck aus dem Wiener Institut für Geschichte der Medizin.

²⁰¹ Vgl. dazu die Personenangaben in: Alma KREUTER, Deutschsprachige Psychologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zum 20. Jahrhundert, Band 3 (München 1996) 1278f.; GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe, 160.

waren, wurde die ohnehin schon sehr groß geplante Anstalt mit insgesamt sechzig Pavillons von vorneherein mit diversen Möglichkeiten zur Erweiterung konzipiert. Zudem war, wie bereits erwähnt, 1898 die Versorgung der sogenannten „Geistessiechen“ zur Gänze vom Land Niederösterreich übernommen worden.²⁰² Für die Unterbringung von Kranken waren 36 der geplanten Gebäude vorgesehen, die übrigen dienten der Administration, der Aufbewahrung ärztlicher Behelfe und als Wohnraum für die Angestellten. Doch bereits während der Planungsphase wurde der Gesamtbelegraum auf nunmehr 2200 Kranke erweitert. Die zuständigen Behörden rechneten mit einem stetig steigenden Bettenbedarf und plädierten, insbesondere bei der Konzeption der Wirtschaftsräume, für die Möglichkeit von Kapazitätserweiterungen bis zu einer möglichen Überbelegung auf 3000 Betten.²⁰³ Wesentliche finanzielle Vorteile erhofften sich die Planer von der gemeinsamen Verwaltung der Vielzahl der Patienten. Die von ärztlicher Seite geäußerten Bedenken hinsichtlich eines seitens der Leitung nur schwerlich zu behaltenden Überblicks spielten angesichts der ökonomischen Vorteile einer groß dimensionierten Anstalt eine nur untergeordnete Rolle.

Die etwa ab der Mitte des 19. Jahrhunderts beginnende Pavillonbauweise stellte spätestens ab den 1880er Jahren das allgemein übliche Modell für die sich als modern verstehenden und immer größer dimensionierten Anstalten für psychisch Kranke dar. Dieser auch „Zerstreuungssystem“ genannte Baustil hatte ursprünglich hygienische Gründe, mit der Entwicklung der Anti- und Asepsis und der Bakteriologie ab den 1870er Jahren hatte dieser Faktor jedoch an Bedeutung verloren. Technische, wirtschaftliche und personelle Gründe bestimmten die weitere Entwicklung dahingehend, dass zunehmend mehrgeschossige Pavillons errichtet wurden²⁰⁴, die, wie ein anonymer Kritiker bemerkte, sich nur dadurch voneinander unterschieden, einander gegenseitig in der Distanz zwischen den Pavillons zu

²⁰² GERENYI, Die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich, 219.

²⁰³ SCHLÖß, Die Organisation des ärztlichen Dienstes, 240f.

²⁰⁴ Die Pavillonbauweise war in ihren ersten Ansätzen bereits im 18. Jahrhundert in England zur Unterbringung kranker Seeleute entwickelt worden. Die ersten dieser Bauten entstanden in Frankreich (Hôpital militaire Vincennes 1856-58) und Amerika (Free City Hospital Boston 1860/61). Im Krimkrieg und in den deutschen Kriegen von 1864 und 1866 und bei der Isolierbaracke der Charité, konzipiert nach den Plänen des damaligen Direktors Karl Heinrich Esse, wurden damit gute Erfahrungen gemacht. Als die erste große Pavillonanlage gilt das Allgemeine Städtische Krankenhaus in Friedrichshain in Berlin welches von Karl Martin Gropius und Heinrich Schmieden in Zusammenarbeit mit Rudolf Virchow geplant wurde (1868-1874). In: Axel Hinrich MURKEN, Die Entwicklung des Krankenhauses im 19. Jahrhundert. In: *Historia Hospitalium* 6 (1971) 38-40. Vgl. dazu auch: KEPLINGER, Heilanstalten in Wien um 1900, 36-42.

überbieten. Die großen Vorteile dieses Baustils bestanden vor allem in einer effektiven räumlichen und akustischen Trennung und auch die dadurch ermöglichte freiere Behandlung der Kranken, die eine Abgrenzung zu dem „düsteren Gefängnisartigen früherer Anstalten“ auch nach außen hin deutlich sichtbar machte.²⁰⁵

Die Grundsteinlegung zum Bau erfolgte in Anwesenheit von Kaiser Franz Joseph im September 1904, die Eröffnung der Anstalt fand unter der Patronage des Thronfolgers Franz Ferdinand im Oktober 1907 statt. Die auch „die weiße Stadt“²⁰⁶ genannte Institution bestand neben den allgemeinen Einrichtungen aus drei unterschiedlichen Bereichen, umgeben von Gartenanlagen und umfasst von einer langen Mauer.²⁰⁷ Die Einrichtung des Gartens, dem von den Planern allgemein eine große, aber nicht näher erläuterte Bedeutung zugeschrieben wurde, ermöglichte einen integrierenden Blick, sowohl von außen nach innen, als auch umgekehrt von innen nach außen. Die ausgrenzende Parzellierung und Isolierung der Anstalt ist somit weniger sichtbar, von innen betrachtet gibt es keinen Bruch zum Außen und von außen betrachtet keinen Bruch zum Innen. Der ästhetische Genuss eines ungeschiedenen Ganzen setzt gleichwohl ein Wissen um die Differenz voraus. Faktisch bleibt die Mauer bestehen und die Kranken ein-, beziehungsweise die Gesunden ausgeschlossen, dennoch war der therapeutische Nutzen des ungehinderten Blicks für die Gesundung der Seele ein häufiges Argument. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Gartengestaltung war die, gemeinsam mit der Verteilung der Pavillons am Gelände gegebene Möglichkeit der Binnendifferenzierung.²⁰⁸

²⁰⁵ Anonym, Zum Bau von Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 53-55. Der Autor übte scharfe Kritik an dieser Bauweise der „Mammutanstalten, die wie Pilze aus dem Boden schießen“. Als die großen Nachteile galten die vor allem für Ärzte und OberwärterInnen nicht unerheblichen Distanzen zwischen den einzelnen Häusern.

²⁰⁶ HAIKO, LEUPOLD-LÖWENTHAL, REISSBERGER, Die weiße Stadt. Nur kurz erwähnen die Autoren das zentrale Moment ihrer eigenen Bezeichnung der Wiener Anstalt, nämlich die Schaffung einer autarken Enklave, unabhängig von der Großstadt, aber mit allen nötigen Einrichtungen geplant, die auch sonst in Städten zu finden sind. Ebd., 11.

²⁰⁷ Maria AUBÖCK, Ute MÖRTL, Das Otto Wagner-Spital und seine Gärten. In: GABRIEL, GAMPER (Hg.), Psychiatrische Institutionen, 47-57; Maria AUBÖCK, Mara REISSBERGER, Die Gärten des Otto Wagner-Spitals in Wien. In: Gartenkunst 14 (2002) 91-121. Vgl. dazu allgemein: Christine VANJA, Der Irrenhausgarten als Therapeutikum. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde 12 (2006) 287-313.

²⁰⁸ Christian SOBOTH, Der Garten der Irren. In: Natascha N. HOEFER, Anna ANANIEVA (Hg.), Der andere Garten. Erinnern und Erfinden in Gärten von Institutionen (=Formen der Erinnerung 22) Göttingen 2005, 303-320. Hier: 315. Vgl. im Gegensatz dazu: Alfred STOHL, Warum der Narrenturm zu Wien keinen Garten hatte. In: Ebd., 321-343. Die Bedeutung der Mauer, insbesondere deren Entfernung von den Pavillons war erst explizit Thema geworden, als sich die Frage stellte, ob Teile der

Am Eingang der Anstalt befinden sich zwei kleinere Häuser, das Pförtnerhaus und die Polizeiwachstube. Jeweils weiter rechts und links des Eingangs befanden sich die Beamtenwohnhäuser. Folgt man der ansteigenden Mittelachse des Komplexes, gelangt man zunächst zum Direktionsgebäude. Dort befanden sich mehrere Büroräume und Zimmer, wo die Ärzte, wie es hieß, wissenschaftlich arbeiten konnten, nämlich eine Bibliothek und auch die Anstaltsapotheke. Im Parterre befand sich das bereits erwähnte Museum, im ersten Stock des Gebäudes die Wohnung des Direktors und seiner Familie. Hinter diesem Gebäude liegt das prunkvoll ausgestattete Gesellschaftshaus mit dem zentralen Festsaal, der mit einer vollständigen Bühneneinrichtung versehen ist. An den Saal grenzen weitere kleinere Räumlichkeiten, die für verschiedenste Veranstaltungen genutzt werden konnten.²⁰⁹ Hinter diesem Komplex befand sich die nach modernsten Kriterien hygienisch ausgestattete Küche, seitlich, beziehungsweise ein Stück weiter oberhalb dieser waren das Verwaltungs- und das Materialienhaus eingerichtet.²¹⁰

Die Pavillons der Heilanstalt, jeweils für Männer und Frauen getrennt, waren in den beiden vorderen Reihen der Anlage symmetrisch angeordnet. In den beiden höher gelegenen Reihen befanden sich die Pavillons der Pflegeanstalt. Die am obersten Ende des Anstaltsgeländes befindlichen Häuser waren für die „siechen“ Kranken bestimmt. Außerdem befanden sich sowohl auf der Männer- als auch auf der Frauenseite jeweils ein Pavillon für Infektionskranke und Tuberkulöse. Im östlichen Teil des Anstaltskomplexes lag das Wirtschaftsgebäude, ein Wirtschaftswohnhaus, ein Desinfektions-, ein Wasch-, ein Kessel- und das Beschäftigungshaus, ein Schweine- und ein Pferdestall, die Gärtnerei, ein Gewächshaus und das Leichenhaus mit einer Prosektur. In diesem Areal, aber etwas entfernt von den Pavillons der Heil- und Pflegeanstalten war das sogenannte feste Haus zur Unterbringung der gewalttätigen Geisteskranken. Auf der weitläufigen Anlage wurden mit einer elektrisch betriebenen Kleinbahn die Speisen, die Wäsche und andere Materialien transportiert.²¹¹

Gründe des Anstaltsgeländes aus ökonomischen Gründen verkauft werden sollten. In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` 189 / 1913.

²⁰⁹ Im Vergleich dazu: Julie JOHNSON, Theater as Therapy in the Asylum at Mauer-Öhling: the Fin-de-Siècle Realization of a Romantic Dream? In: Rebecca S. THOMAS (Hg.), Crime and Madness in modern Austria: myth, metaphor and cultural realities (Newcastle 2008) 195-215.

²¹⁰ Abdruck des Entwurfs Otto Wagners für die „Kulturachse“ der Steinhof-Anlage in: AUBÖCK, MÖRTL, Das Otto-Wagner Spital in Wien und seine Gärten, 50.

²¹¹ BRESLER, Zur Eröffnung der niederösterreichischen Landes- Heil- und Pflegeanstalten, 213-215.

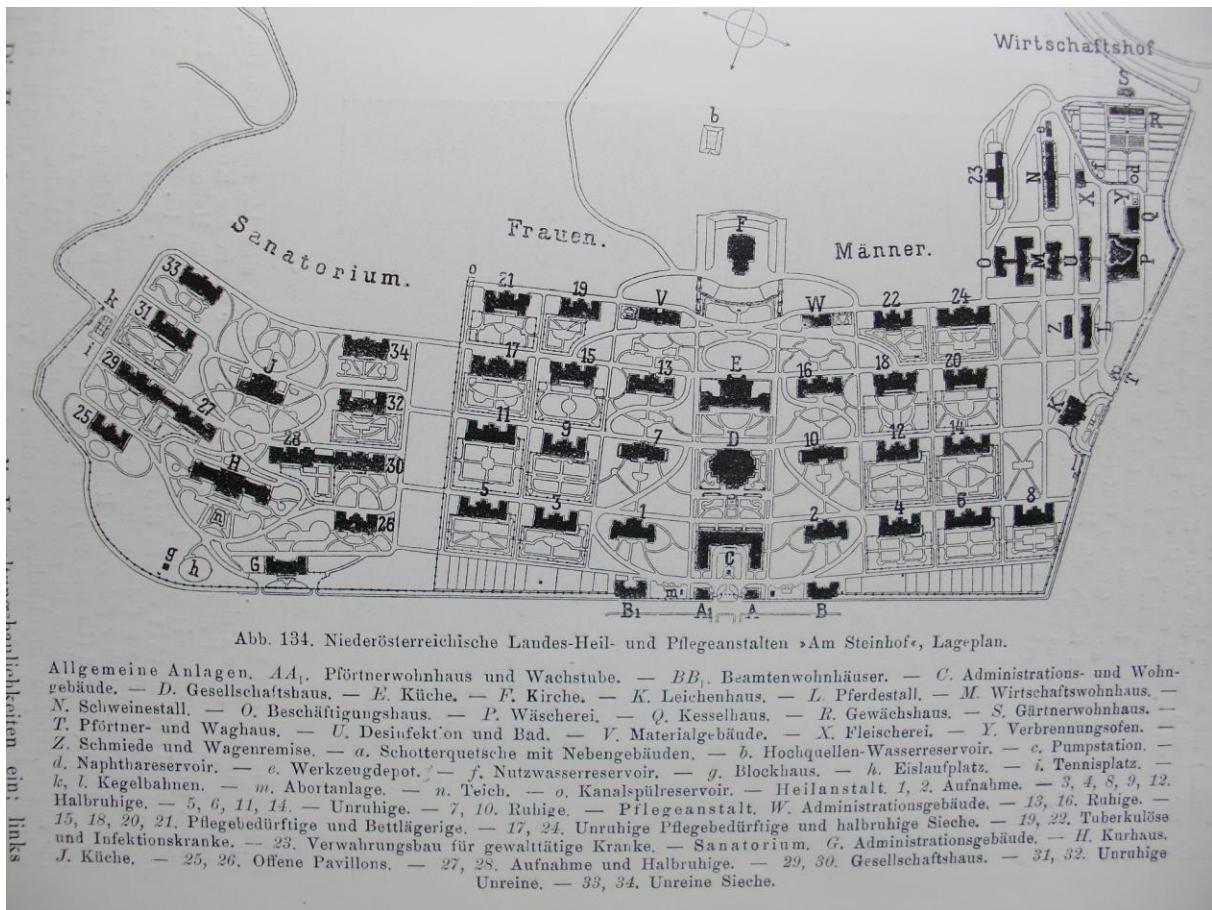


Abbildung 1: Lageplan der psychiatrischen Anstalt Am Steinhof²¹²

Im Westen der Anlage befinden sich weitere zehn Pavillons, die für insgesamt 365 privat zahlende Kranke eingerichtet waren.²¹³ Das Sanatorium stellte zu diesem Zeitpunkt ein völlig neuartiges Modell der Unterbringung finanziell besser gestellter Patienten innerhalb einer öffentlichen Anstalt dar. Der Unterschied zu den Pavillons der Heil- und Pflegeanstalten zeigte sich in der komfortablen Ausstattung wie beispielsweise der Konversations- und Speisesäle, der Lese-, Musik-, Billard- und Rauchsalons und der zahlreichen Wandelgänge.²¹⁴ Darüber hinaus konnten die PatientInnen die, wie proklamiert wurde, zu diesem Zeitpunkt modernste Mechano-

²¹² Eugen HOFMOKL, Wiener Heilanstalten. Darstellung der baulichen Anlage und Einrichtung (Wien 1910). Sonderabdruck aus der Beilage zur Wochenschrift „Das Österreichische Sanitätswesen“ Nr. 19 (1910) 123. Vgl. dazu auch: Franz BERGER, Baubeschreibung der n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof“. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 233-239.

²¹³ Alexander Pilcz, der bis dato supplierende Leiter der Anstalt *Am Brünnefeld*, übernahm die Leitung des Sanatoriums. In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 2753 / 1907.

²¹⁴ Einige Fotos in: HAIKO, LEUPOLD-LÖWENTHAL, REISSBERGER, Die weiße Stadt.

Elektro- und Hydrotherapie in Anspruch nehmen und einen Turnsaal und ein Hallenschwimmbad nutzen, hatten verschiedenste Möglichkeiten zur Beschäftigungstherapie und konnten Luft- und Sonnenbäder nehmen.²¹⁵ Auch hier waren Männer und Frauen getrennt, es gab jeweils eine offene Abteilung, eine für neuaufgenommene und halbruhige Patienten, eine für unruhige und auch eine für „Sieche“. Zwischen dem Sanatorium und den Heil- und Pflegeanstalten befanden sich, vermutlich zur Trennung der beiden Areale, das Kurhaus, eine eigens eingerichtete Küche und auch ein Verwaltungsgebäude.²¹⁶ Die PatientInnen der Heil- und Pflegeanstalten durften auch keinesfalls am Gebiet des Sanatoriums spazieren gehen.²¹⁷ Zur Finanzierung des Sanatoriums wurde vom Land Niederösterreich eigens ein Kredit aufgenommen, um keinerlei öffentliche Gelder heranziehen zu müssen. Über die Einnahmen der in ganz Europa beworbenen Einrichtung sollten diese Kosten wieder amortisiert werden.

Die Einrichtung eines Sanatoriums in Kombination mit den Heil- und Pflegeanstalten war nicht von Anfang an Teil der Pläne des verantwortlichen Komitees gewesen. Ursprünglich war es vorgesehen, die Patienten der I. und II. Verpflegsklasse innerhalb der Heil- und Pflegeanstalten unterzubringen. Viktor Gerenyi war der Ansicht, dass separate Villen innerhalb des Anstaltsgeländes zur „Unterbringung der gehobenen Stände“ aus zwei Gründen heraus zu befürworten seien: Einerseits sollten die Einnahmen über den Betrieb des Sanatoriums auch einen Teil der Kosten für die Heil- und Pflegeanstalten decken; andererseits biete es *„der Bevölkerung die Beruhigung, dass die Möglichkeit vorhanden sei, Kranke selbst bei verwöhntesten Ansprüchen in einer öffentlichen Irrenanstalt unterzubringen.“*²¹⁸ Dieser Aspekt, dass der Gesellschaft die Angst genommen werden sollte, ihre kranken Angehörigen in eine öffentliche Anstalt bringen zu können, war ein zentrales Moment zur Stärkung der von den Verantwortlichen definierte Notwendigkeit der Errichtung eines öffentlichen Sanatoriums. Die privaten Anstalten und deren staatlicherseits nicht kontrollierbare Statuten und Aufnahmeverfahren wurden als Grund für das bestehende Vorurteil der Bevölkerung gegen die stationäre psychiatrische Unterbringung benannt. So machten sie es angeblich möglich, unliebsame

²¹⁵ Vgl. dazu auch die Abbildungen im Anhang

²¹⁶ BRESLER, Zur Eröffnung der niederösterreichischen Landes- Heil- und Pflegeanstalten, 214. Die therapeutischen Einrichtungen des Kurhauses standen allen PatientInnen gleichermaßen zu.

²¹⁷ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Circulanden´ o. Z. / 1908.

²¹⁸ GERENYI, Irrenpflege und Verwaltung, 397.

Familienangehörige in einer Anstalt unterzubringen, die angeblich die finanziell besser gestellte Klientel nur verzögert entlasse.²¹⁹

Hintergrund der Notwendigkeit des auch nach außen zu verdeutlichen Fortschritts der `modernen Anstaltspsychiatrie´ war ein nicht unerheblicher Rechtfertigungsbedarf ihrer Vertreter gegenüber einer misstrauischen Öffentlichkeit. Im Organ der Landesvertretung finden sich zahlreiche Appellationen zur „gerechteren Beurteilung der Tätigkeit der Irrenärzte“. Die Psychiatrie war ab den 1890er Jahren zur Zielscheibe intensiver öffentlicher Kritik geworden. Insbesondere der unkontrollierte Umgang mit der gewachsenen Autorität einzelner Anstalten, aber auch die Alltagspraxis selbst wurde in Frage gestellt.²²⁰ Die auch als „erste antipsychiatrische Bewegung“²²¹ bezeichnete Kritik am stationären Versorgungssystem der Psychiatrie zielte vor allem auf das Fehlen rechtlicher Regelungen zur Versorgung der Kranken. Forderungen zum „Schutz des Publikums vor den Psychiatern“²²² standen in diesen Auseinandersetzungen der Sichtweise der Landesvertreter gegenüber, dass eine Reform der bislang unzureichenden gesetzlichen Bestimmungen vor allem seitens der Mediziner gefordert wurde. Im Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie wurde wiederholt festgehalten, dass es die Vertreter der Disziplin waren, die vor Missständen gewarnt hätten.²²³ Im Niederösterreichischen Landtag wurden diese angeblichen und in den Tageszeitungen ausführlich besprochenen Fälle ungerechtfertigter Internierungen

²¹⁹ GERENYI, Irrenpflege und Verwaltung, 397; Vgl. dazu auch: Richard LÖWENDAHL, Aus den Mysterien der österreichischen Irrenanstalten. Oder: Ein Rechtsstaat ohne Irrengesetz (Wien 1900). Der Autor beschreibt Aufnahmeverfahren, verzögerte Entlassungen und das Erstellen von Gerichtsgutachten.

²²⁰ Ann GOLDBERG, „Lunatics´ Rights“ and Bourgeois Populism in the Kaiserreich. In: ENGSTROM, ROELCKE (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert, 189-217. Kritik an der stationären Psychiatrie wurde auch schon in den Jahrzehnten zuvor formuliert: BRINK, Grenzen der Anstalt, 36f.

²²¹ Der Begriff der Antipsychiatrie stammt aus dieser Zeit. Klemens DIECKHÖFER, Frühe Formen der Antipsychiatrie und die Reaktion der Psychiatrie. In: Medizinhistorisches Journal 19 (1984) 100-111. Vgl. dazu auch: Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, Eine „anti-psychiatrische Bewegung“ um die Jahrhundertwende. In: Martin DINGES (Hg.), Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich, ca. 1870 - ca. 1933. (=Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beihefte 9) Stuttgart 1996, 127-159; Eric J. ENGSTROM, Sozialpsychiatrische Prophylaxe: Zu poliklinischen Einrichtungen in der Universitätspsychiatrie des Kaiserreiches. In: Marc SCHALENBERG, Peter Th. WALTER (Hg.), „...immer im Forschen bleiben“ (Stuttgart 2004) 213-236; Rebecca SCHWOCH, Hans-Peter SCHMIEDEBACH, „Querulantenwahnsinn“, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit um 1900. In: Medizinhistorisches Journal 42 (2007) 30-60.

²²² Peter Paul PFAUSLER, „Schutz des Publikums vor den Psychiatern“. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902) 80-82; J. SALGO nahm mit demselben Titel wiederum Bezug auf diese Auseinandersetzung. In: Ebd., 190-192.

²²³ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 27 (1906) 378f. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 6. Oktober 1906.

ebenfalls zur Argumentation für die Notwendigkeit eines „Irrengesetzes“²²⁴ und der Verbesserungen der psychiatrischen Ausbildung herangezogen. Der Abgeordnete Leopold Steiner, Referent im Landesausschuss, stellte fest, dass es tatsächlich möglich sei, dass ein vollständig gesunder Mensch interniert werde. Er selbst hätte die Gelegenheit gehabt, in einigen Fällen aufgrund „persönlicher Überzeugung“ für eine sofortige Entlassung intervenieren zu können.²²⁵ Mit Aussagen wie diesen soll das Interesse nicht auf ein Erfassen richtiger oder falscher Tatsachen gelenkt, sondern vielmehr darauf verwiesen werden, dass die Suche nach einer Grenze zwischen gesund und krank, gemeingefährlich oder nicht und in weiterer Folge verantwortlich für Straftaten oder unzurechnungsfähig, ein noch sehr weites und ungeklärtes Feld war.²²⁶

Heinrich Schlöß fragte im Verein für Psychiatrie und Neurologie nach den tatsächlichen Vorkommen ungerechtfertigter Internierungen in psychiatrischen Anstalten. Dabei hielt er fest, dass *„es kein Verstecken Spielen und kein Leugnen geben dürfe, die gestellte Frage muss im bejahenden Sinne beantwortet werden. Solche Internierungen sind möglich und sie sind vorgekommen und kommen – allerdings selten – noch vor.“*²²⁷ Gemäß der Sichtweise des leitenden Direktors entstünden diese Fehler aufgrund von Irrtümern jener Ärzte, die das Aufnahmezeugnis ausstellten. Die Anstaltspsychiater könnten aufgrund ihrer Beobachtungen und Untersuchungen die Lage erst verzögert erkennen und entsprechend eine Entlassung bewirken. Die Einrichtung von Beobachtungsabteilungen in der Anstalt, die einer regulären Aufnahme vorgeschaltet sein sollten, bezeichnete Schlöß als wirkungslos. Das viel wirkmächtigere Moment wäre ein ordnungsgemäßes Aufnahmeverfahren seitens des einweisenden Arztes, welches noch außerhalb der Institution stattfinden sollte. Eine Reform der Irrengesetzgebung wurde, wie noch zu zeigen sein wird, seitens der Profession

²²⁴ Vgl. ausführlich zu den Hintergründen der 1916 erlassenen Entmündigungsordnung: Abschnitt 4.1.

²²⁵ STPNÖ, 14. Sitzung der I. Session am 6. Oktober 1903, S. 1248

²²⁶ So war beispielsweise der Abgeordnete Victor Silberer in der Frage zur Einführung einer gesetzlichen Regelung der Internierungen in psychiatrischen Anstalten und Entmündigungen besonders engagiert. Er dokumentierte die Fälle ungerechtfertigter Internierung vor allem prominenter Personen bereits seit 33 Jahren. In: STPNÖ, 8. Sitzung in der II. Session, 18. Oktober 1904, S. 215f.

²²⁷ Heinrich SCHLÖß, Der Regierungsentwurf eines Irrenfürsorgegesetzes. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 32 (1911) 358-388. Hier: 360. Weitere Teile des Entwurfs betrafen die Anzeigepflicht für Geisteskranke, die außerhalb von Anstalten lebten und die Einsetzung von „Irreninspektoren“, die die Garantie für eine öffentliche Kontrolle der Anstalten übernehmen sollten. Die seitens der Ärzte auszufüllenden Einweisungsformulare waren genauer zu führen, insbesondere sollten die sowohl von den Mediziner beobachteten als auch die von den Angehörigen benannten Symptome umfassender beschrieben sein.

schon einige Zeit zuvor initiiert. Schlöß plädierte dabei für eine Mitbestimmung seitens der Anstaltsärzte, da seiner Meinung nach erst auf diese Weise den Anschuldigungen bezüglich ungerechtfertigter Internierungen wirksam entgegengetreten werden könnte.²²⁸

Der Rettung der „Standesehre der Irrenärzte“ wurde wegen der vielen Fälle publizistischer Agitationen größte Bedeutung zugeschrieben. Julius Wagner-Jauregg meinte, dass die Gesellschaft selbst Ursache der fortwährenden Angriffe sei: *„Das Publikum will v.a. Sensation, die Wahrheit und die Vernunft sind gewöhnlich weniger interessant als Lüge und Übertreibung; und es ist gar kein Zweifel: Geisteskrankheit ist ein modernes Thema.“*²²⁹ Emil Raimann machte darauf aufmerksam, dass die Öffentlichkeit im Allgemeinen gar nicht die Umstände kenne, wie psychisch Kranke in ihrer alltäglichen und häuslichen Umgebung misshandelt und missbraucht werden, *„hingegen halten Interessensgruppen und eine ihnen dienstbare Publizistik mit tendenziösen, übertriebenen, ja ganz falschen Darstellungen über ungerechtfertigte Entmündigungen und Internierungen die sensationslüsterne Menge in Atem.“*²³⁰ Edmund Holub, Direktionssekretär und ab 1914 Leiter der Frauenpflegeabteilung, vertrat die Ansicht, dass die so häufig zu lesende Skandalchronik ein Anachronismus, ihr Glaube ein Aberglaube sei. Er plädierte für eine Öffnung der Anstalten, die zuständigen Behörden und die Direktionen der jeweiligen Institutionen sollten der Gesellschaft zeigen können, dass *„Irrenanstalten keine Mördergruben, Geisteskranke keine Zuchthausklaven mehr seien.“*²³¹ Ebenso sollte mittels Vorträge und publizistischer Mitteilungen diesen Agitationen entgegengearbeitet werden.²³²

Auch Holub versäumte es nicht, die Nahtstellen am Weg zur Aufnahme eines Patienten zu kritisieren und meinte, dass *„unzulängliche, unleserliche geradezu lüderliche Pareres und bagatellmäßige Kuratelsverhängungen“* als ein nicht unerheblicher und folglich zu verbessernder Grund in der Kette der Verantwortungen

²²⁸ Ebd.

²²⁹ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 380. Bericht über den österreichischen Irrenärztag vom 4.- 6. Oktober 1907.

²³⁰ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 438. Sitzungsprotokoll des psychiatrischen Vereins vom 18. Februar 1908 anlässlich eines Entwurfs zum Entmündigungsgesetz.

²³¹ Edmund HOLUB, Wir und die Öffentlichkeit! In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 357-361. Vortrag, gehalten am I. Österreichischen Irrenärztag in Wien im Oktober 1907.

²³² Beispielsweise: Heinrich SCHLÖß, Propädeutik der Psychiatrie für Theologen und Pädagogen (Wien 1908). In der zweiten und erweiterten Auflage lautete der Titel des Buches: Einführung in die Psychiatrie für weitere Kreise (Wien 1919).

seien. Zudem hätten die Angehörigen selbst einen wichtigen Anteil an der Entscheidung zum Aufnahmeverfahren. Zentral aber war Holubs Klage, dass der Stand der Anstaltsärzte unter den Anschuldigungen und der vielen publizistischen Beschwerden sehr zu leiden hätte, sie wären zu Ärzten zweiter Klasse geworden und gälten als „moralisch minderwertig“. Eine gemeinsame Vorgehensweise zur Entgegnung dieser Vorwürfe sei aber innerhalb des Vereins für Psychiatrie und Neurologie nur schwer möglich. Die Mitglieder waren zu einem überwiegenden Teil Kliniker, „*im Gefühl und Bewusstsein ihrer akademischen Würden setzten sie sich auch leichter hinweg über die Unbilden des täglichen Lebens.*“²³³ Holub plädierte in der Folge für einen gemeinsamen Anschluss aller Anstaltsärzte an den Verein für Psychiatrie und Neurologie.

Die zwei unterschiedlichen Ausrichtungen der psychiatrischen Disziplin, die klinische Forschung und die stationäre Versorgungseinrichtung, wurden mit dem Neubau der Anstalt *Am Steinhof* voneinander getrennt. In einem Rückblick zur Entwicklung der psychiatrischen Anstalt beschrieb Josef Starlinger die bis 1907 bestehende Verbindung von Patientenversorgung und klinischen Unterricht als eine sehr fruchtbare. So war bis zum Zeitpunkt der Trennung nicht nur stets die Möglichkeit des fachlichen Austauschs der Ärzte gegeben, sondern es wechselten auch manche Mediziner in den Dienst der psychiatrischen Anstalt beziehungsweise hatten Sekundärärzte der Anstalt die Möglichkeit in der Klinik zu arbeiten. Der große Vorteil für die Klinik war, dass in der Anstalt stets „reiches Studienmaterial“ vorhanden war, aber auch, dass Spätformen der Psychosen über einen längeren Zeitraum hinweg beobachtet werden und auch Katamnesen erstellt werden konnten. Allgemein galt diese Verbindung für die Ausbildung der Mediziner in dieser noch jungen Disziplin somit als sehr vorteilhaft. Resignierend über den Riss, den die lokalen Forderungen gesetzt hatten, hieß es: „*Für die Anstalt ist und bleibt die Klinik der vornehmste wissenschaftliche Born, der Leben und Freude in den Schimmel des Anstaltslebens trägt, für die Klinik bleibt die Kenntnis des Anstaltslebens wichtig, weil die Irrenanstalt selbst eine Medizin ist, also angewandte Therapie darstellt.*“²³⁴

Die Trennung dieser beiden Institutionen galt wegen der wachsenden Patientenzahl als eine notgedrungene Entwicklung, dem befürchteten Auseinanderdriften ihrer jeweiligen Vertreter sollte der Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie

²³³ HOLUB, *Wir und die Öffentlichkeit*, 360.

²³⁴ STARLINGER, *Einiges über Irrenklinik, Irrenanstalt und Irrenpflege in den letzten 25 Jahren*, 415.

entgegenwirken. In gängigen psychiatriehistorischen Ausführungen wird oftmals Karl Jaspers als derjenige zitiert, der diesen absoluten Gegensatz der Klinik- und der Anstaltspsychiatrie bezeichnet hätte. Dies ist nicht ganz zutreffend beziehungsweise stark verkürzt wiedergegeben. Zwar beschreibt er die unterschiedlichen Entwicklungen, die Klinik als den Ort der Forschung und die Anstalt zur Unterbringung vorwiegend chronisch Kranker, benennt damit aber weniger die Differenzen der theoretischen Fundierung der Psychiatrie, sondern vielmehr ein doppeltes System der psychiatrischen Behandlung. Auch noch in der siebten Auflage seines Lehrbuches der „Allgemeinen Psychopathologie“ von 1959 hält er unverändert fest, dass die Entwicklung des Verhältnisses dieser beiden Ausrichtungen noch unbestimmt gewesen sei. Von einer Konkurrenz dieser beiden Ausrichtungen innerhalb eines Faches ist hier nicht die Rede.²³⁵ Dennoch wurde wiederholt die Klage geführt, dass die Kliniken als Arbeitsstätten neben den Krankenzimmern die Hörsäle und Laboratorien hätten, die Anstalt aber zusehends zum „Laboratorium der Irrenpflege“ würden. Jene unüberhörbare Anlehnung an eine naturwissenschaftlich geprägte Sprache verdeutlicht zugleich auch die angestrebten Ziele und Hoffnungen der Anstaltspsychiater: *„Vieles haben die letzten Jahre schon geschaffen, aber noch manches Experiment wird vonnöten sein, ehe sich volle und klare Gesetze auf diesem Gebiet werden formulieren lassen“*.²³⁶

Inwiefern diese Hoffnungen in der euphorischen Beschreibung der neugebauten prestigereichen Institution als die *„größte, modernste, luxuriöseste öffentliche Irrenanstalt der Welt“*²³⁷ tatsächlich erfüllt wurden, bleibt letztendlich offen. Das in diesem Zitat angedeutete Wettstreiten zwischen den Staaten verweist deutlich auf den von Lutz Raphael benannten engen Zusammenhang zwischen der Entstehung sozialwissenschaftlicher Expertenkulturen und der Nationalisierung von Gesellschaften.²³⁸ Diese sich auch in der Architektur und der Abgeschlossenheit der Anstalt am Rande der Großstadt zeigenden vielfältigen „Ambivalenzen der Moderne“ (Baumann) charakterisiert die Kunsthistorikerin Leslie Topp etwas kritischer als ein

²³⁵ JASPERS, Allgemeine Psychopathologie, 705f; Vgl. dazu auch: HIRSCHMÜLLER, Freuds Begegnung mit der Psychiatrie, 29f. Diese Struktur zweier Einrichtungen, nämlich der Klinik und der Anstalt hat sich in sowohl in Österreich als auch in Deutschland bis heute erhalten. Ganz im Gegensatz dazu dienen die Kantonsspitäler der Schweiz wie beispielsweise Friedmatt, Waldau und Burghölzli zugleich auch als Universitätskliniken.

²³⁶ STARLINGER, Einiges über Irrenkliniken, Irrenanstalt und Irrenpflege in den letzten 25 Jahren, 416.

²³⁷ Anonym, In: Zeitschrift für Krankenanstalten. Halbmonatsschrift für Bau, Einrichtung, Ausstattung, wirtschaftlicher Betrieb, Organisation und Verwaltung 5 (1909) 367.

²³⁸ RAPHAEL, Die Verwissenschaftlichung des Sozialen, 182f.

„Missverständnis“: *„The established trope of the asylum-as-utopia, gaining its power from its separateness and rejection of the world beyond its walls, and the newer rhetoric of the open, friendly mental hospital existed in unresolved tension in the discourse of early-twentieth-century planners, including the psychiatrists and government officials who planned Steinhof. Otto Wagner`s brand of modernism thrived not on tension but on glorious resolution; it filtered out the ambiguity of the asylum planners´ goals and focused exclusively on their utopian ambitions.“*²³⁹

²³⁹ TOPP, Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital, 151.

3. Anordnungen der Anstaltspsychiatrie: Rationalisierungstendenzen der Moderne

Robert Castel beschreibt in seiner 1983 erschienen Monographie der „Psychiatrischen Ordnung“ die Internierung und „therapeutische Isolierung“ der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts als eine vorwiegend binäre Unterscheidung zwischen „geistig gesund“ und „geistig krank“.²⁴⁰ Diese vor dem Hintergrund zahlreicher Verflechtungen gesellschaftlicher und politischer Einflüsse sowohl als Ausgrenzungs- als auch als Integrationsmechanismus dargestellte „Ordnung“ war im Zuge der Ende des 19. Jahrhunderts in vielen Ländern Europas durchgeführten Reformen zu einer neuen „Anordnung“ gelangt. Viele dieser bis zu jenem Zeitpunkt erfolgten Neuerungen basierten maßgeblich auf einer sowohl tatsächlichen als auch intensiven rhetorischen Abgrenzung zu früheren und mit Zwangsmaßnahmen assoziierten Versorgungsmodellen. Die `moderne Anstaltspsychiatrie` im Allgemeinen und die neue Wiener Institution im Besonderen präsentierten sich vielfach in Form baulicher Maßnahmen um auch nach außen hin klar als solche erkennbar zu sein. In diesem Kapitel wird der Fokus nun auf die innere Anordnung der Institution, beziehungsweise in einem weiteren Sinne auf die kulturelle Bedingtheit der sozialen Praxis in der psychiatrischen Anstalt gerichtet.²⁴¹

Die Gemeinsamkeit der dabei in den Blick geratenden und teilweise sehr unterschiedlichen Felder besteht darin überwiegend von einem impliziten Wissen und Können bestimmt zu sein. Wie in der Einleitung bereits angedeutet, richtet sich die an eine Theorie sozialer Praktiken angelehnte historische Forschung nun weniger für das kognitive Vorwissen und das präsente Bewusstsein der Akteure, sondern vielmehr für das Hervorbringen von Wissen *im* Handeln. Praxistheoretische Ansätze umfassen die dem Alltagshandeln unterliegende Vertrautheit und Könnerschaft und setzen sich gleichermaßen von zweck- als auch von normorientierten Handlungstheorien ab. Doch lässt sich jene soziale Praxis nicht leicht fassen, ihr „Ort“ ist nur schwer

²⁴⁰ Robert CASTEL, Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens (Frankfurt am Main 1983); Michel FOUCAULT, Die Macht der Psychiatrie. Vorlesungen am Collège de France 1973-1974. Hg. von Jacques LAGRANGE (Frankfurt am Main 2005); insbesondere 361f.

²⁴¹ Vgl. ausführlicher zu diesem Ansatz: HÖRNING, REUTER, Doing Culture: Kultur als Praxis. Hier: 11.

auszumachen. Karl Hörning verweist in Anlehnung an Michel Foucault auf die vielfältigen Verflechtungen der in Anschein von Vernunft auftretenden und den Eindruck größter Selbstverständlichkeit vermittelnden „Rationalitätsformen“. Die Praxis wird hierbei gewissermaßen als ein Scharnier zwischen dem Subjekt und den Strukturen verstanden. Ausgangspunkt der Überlegungen ist somit nicht der Akteur, sondern die Praktiken und ihre impliziten Handlungskriterien. Wiederholung und Innovation, das Beständig-Gewohnte und das Suchend-Offene, sind die zwei Seiten der sozialen Praxis. Die Praktiken stützen sich auf Vorhandenes und beginnen nie von Grund auf neu, sind somit immer beides: Wiederholung und Neuerschließung. Die jeweiligen Kompetenzen entspringen keinem gefestigten Wissensbestand, sie stellen vielmehr eine Praktik des *doing knowledge* dar.²⁴²

Die Anstaltspsychiatrie hinterließ nur wenige Spuren in der Geschichte, viele der Quellen sind von normativen Vorgaben geprägt und deren Vertreter haben nur selten weiterführende theoretische Erklärungsmodelle ihres Tuns verfasst. Dies zeigt sich paradigmatisch am anstaltsinternen Dokumentationssystem: In den Krankenakten wurden – ganz entgegen den Bestimmungen der Dienstordnung für die Mediziner – nur sehr selten therapeutische Maßnahmen notiert. Ob dies nun indirekt als ein Hinweis auf die nur geringen Möglichkeiten psychiatrischer Behandlung zu lesen oder vielmehr ein Zeichen dafür ist, dass es sich um ein anstaltsinternes Aufzeichnungssystem handelt, welches allen Beteiligten selbstverständliches Wissen nicht notwendigerweise expliziert, bleibt letztendlich offen. Die Perspektive auf die Historizität der sozialen Praktiken erlaubt es jedoch den Blick auf ein intersubjektiv erworbenes Wissen zu richten. Dieses existiert als solches in den Praktiken, wo es seinen spezifischen Ausdruck findet, verweist aber indirekt auf übergreifende gemeinsame kulturelle Wissens- und Interpretationsschemata.²⁴³

Psychiatrisches Wissen in der Praxis manifestierte sich in ganz unterschiedlicher Weise. Der erste Abschnitt handelt von der topologischen Einteilung psychisch Kranker und der zeitgenössischen Unterscheidung von „heilbaren“, „unheilbaren“ und „geistessiechen“ Kranken, welche die Unterbringung in jeweils andere Pavillons mit sich brachte. Wie im Einzelfall die weitreichende Entscheidung zwischen Heilbarkeit oder Unheilbarkeit vollzogen wurde, findet sich nicht eigens thematisiert, die

²⁴² HÖRNING, Soziale Praxis zwischen Beharrung und Neuschöpfung. Ein Erkenntnis- und ein Theorieproblem. In: *Doing Culture*, 19-39. Ein Überblick zu der diesen Ansatz prägenden wissenschaftshistorischen und soziologischen Literatur: Ders., *Experten des Alltags*, 160f.

²⁴³ HÖRNING, Soziale Praxis zwischen Beharrung und Neuschöpfung, 23f.

Rationalisierung von Entscheidungen und ein Nicht-Wissen hinsichtlich der Prognosen stehen hier einander unentwirrbar gegenüber.

Im zweiten Abschnitt wird das Sanatorium als derjenige Ort untersucht, an dem die Patienten untergebracht waren, die es sich leisten konnten für ihren Aufenthalt selbst aufzukommen. Den sogenannten „Nervenkranken“ standen hier nicht nur diversifizierte Verfahren der stationären Aufnahme, sondern auch komfortablere Möglichkeiten der Versorgung und ein größeres Angebot therapeutischer Anwendungen zur Verfügung. Im dritten Abschnitt wird die Arbeitstherapie in den Fokus genommen, welcher ein überragender Heilfaktor zugeschrieben wurde. Mit deren Anwendung bildeten sich Bedeutungszuschreibung wie angewandtes therapeutisches Wissen gleichermaßen heraus. Diese Praktiken stellten auf eine bestimmte Weise die soziale Relevanz und Geeignetheit erst her.²⁴⁴

Die anschließend thematisierte Pflege als ein zentraler Bestandteil der stationären psychiatrischen Versorgung ist hier ganz bewusst der Beschreibung der Tätigkeitsbereiche der Mediziner vorangestellt. Denn erst eine rationalisierte Pflege ermöglichte die Durchführung vieler Reformen der `modernen Anstaltspsychiatrie´. Die Vorgaben der streng hierarchisch gegliederten Struktur der Anstalt sind hier in einer ganz besonderen Weise erfahrbar. Die Analyse der normativen Rahmungen und der alltäglichen sozialen Praktiken verweist indirekt auf die sich verbergenden Techniken von Anstaltsordnung, Rationalisierung von Verhaltensweisen und Hervorbringung von Problemlösungsstrategien, die nicht nur die Patienten, sondern auch die sie versorgenden Personen betraf. Foucault hat insbesondere in seinen späteren Arbeiten zu Fragen der Macht und Disziplinierung darauf verwiesen, dass diese komplexen Prozesse keine einseitigen, von „oben“ durchrationalisierten Vorgänge sind. Vielmehr gehe es darum, spezifische Rationalitäten zu erkennen, in denen sich Macht generieren aber auch destabilisieren kann, Disziplin zugleich individualisierend und unterwerfend, aber auch individuelle Fähigkeiten und die Produktion von Wissens steigernd zu sein vermag.²⁴⁵ Die Aufmerksamkeit gilt somit nicht nur den Strukturen und den Momenten, in denen sich ihr widersetzt wurde, sondern auch einer historischen Veränderung der von Macht dominierten Praktiken. Insbesondere an der Organisation der `modernen´ psychiatrischen Pflege lässt sich

²⁴⁴ Vgl. dazu: HÖRNING, Experten des Alltags, 162f.

²⁴⁵ Michel FOUCAULT, Das Subjekt und die Macht. In: Hubert L. DREYFUS, Paul RABINOV (Hg.), Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik (Frankfurt am Main 1987) 243-261.

eine Verschiebung von der in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts ausgeübten Macht über die Patienten auf eine Vielfalt neuartiger Strukturen konstatieren, die ihre Wirkung auf subtile Weise in Form zahlreicher Anstaltsordnungen ausübt. Auch im fünften, die Tätigkeitsbereiche der Mediziner erläuternden Abschnitt sind normorientierte Verhaltensweisen der Ausgangspunkt der Überlegungen. Erst im Falle von Übertretungen oder einem Nichtbeachten der Handlungsanweisungen werden der historischen Forschung oftmals nur indirekt zu erschließende Einblicke in die streng vorstrukturierte Organisation des Anstaltsbetriebes gewährt.

Zentrales Thema des sechsten Abschnittes ist das Verfassen von Krankenakten. Das Erstellen von Diagnosen, Internierungs- und Entlassungskriterien, aber auch die psychiatrische Beobachtung selbst unterliegt in einem hohen Maße vorhergehenden Denkkategorien und gibt ihrerseits Anstoß zu weiterer Klassifizierung und Ausbau wissenschaftlicher Definitionen. Das in Krankenakten gesammelte Wissen mündete aber nicht, wie es beispielsweise in psychiatrischen Kliniken der Fall war in eine Kasuistik und Theorienbildung, sondern in Statistiken, die in Anstaltsberichten veröffentlicht wurden. Mit der Archivierung der Krankenakten war es möglich dieses Wissen später spezifisch zu wenden. Die Etablierung einer an der Eugenik und spätestens ab dem Zeitpunkt der nationalsozialistischen Machtübernahme rassenhygienisch ausgerichteten Ordnung des Wissens konnte sich, trotz des prekären Status vieler Informationen, der bestehenden und sehr großen Sammlung bedienen. Die systematische Erhebung von Wissen war auf diese Weise den verbrecherischen Zugriffen vorausgegangen.

Die maßgeblich auf einem stationären Aufenthalt basierende und sich weitgehend als ein Nicht-Wissen in der Behandlung psychischer Erkrankungen erweisende Versorgung wurde in enger Verknüpfung mit dem Ansehen der Disziplin, sowohl innerhalb des Kanons der medizinischen Fächer als auch der Gesellschaft diskutiert. Im siebten Abschnitt werden die zum Vorschein kommenden Probleme in der Führung der Anstalt behandelt, welche insbesondere in den stetig steigenden Patientenzahlen bestanden. Hier zeigt sich das Beharren vieler Vertreter der Anstaltspsychiatrie, die die Richtigkeit und Notwendigkeit der stationären Aufnahme weiterhin als Antwort auf die Schwierigkeiten, die psychische Erkrankungen nach sich zogen, verteidigten und hochhielten. Parallel dazu verstärkten sich die Bemühungen um die Etablierung eines psychiatrischen Klassifikationssystems, eine Entwicklung, die auch als Versuch einer positiven Antwort auf die Vielzahl der internierten Patienten zu sehen ist.

Das mit vielen Unbestimmtheiten verbundene und nur schwer in Klassifikationsmodellen einzuordnende psychiatrische Wissen wurde in eine Bedeutung des Fachs für die Gesellschaft im Allgemeinen umformuliert. Die vielfach unbekannte Kausalität psychischer Krankheit wurde, maßgeblich beeinflusst von der Degenerationstheorie, seit der Wende zum 20. Jahrhundert zusehends durch Strategien der Vermeidung von Krankheit ersetzt. Im Zuge dieser Transformationen waren psychisch Kranke, die auch eine Straftat begangen hatten, vielfach in den Fokus der psychiatrischen Aufmerksamkeit geraten. Die nun vermehrt für den „Schutz der Gesellschaft“ argumentierenden Psychiater plädierten in diesem Zusammenhang gleichermaßen für Einschluss- als auch für Ausschlussverfahren. Hier zeigt sich ein Übergang von den in sozialen Praktiken bestehenden impliziten Normen hin zu expliziten Regeln und Prinzipien, welcher auch mit konkreten strukturellen Änderungen innerhalb der psychiatrischen Institution korrespondierte – ein Aspekt, der im Anschluss an das Kapitel zu den Ereignissen während des Ersten Weltkrieges, im letzten Teil der Arbeit wieder aufgenommen werden wird.

3.1. Von der äußeren und der inneren Ordnung: „Die Zukunft der Irrenpflege liegt in der Spezialisierung der Anstalten“²⁴⁶

Die Architektur von Krankenhäusern spiegelt bekanntermaßen medizinische Innovationen. Pläne zu deren Anlage tragen eine Genealogie medizinischen Wissens in sich und können auch als archäologische Dokumente gelesen werden.²⁴⁷ Die Annahme, dass räumliche Anordnungen menschliche Verhaltensweisen strukturieren, wurde von Foucault insbesondere unter dem Aspekt der Kontrolle beschrieben. Seine Analyse der Disziplinarprozeduren des „klassischen Zeitalters“ zeigt die Überlagerung von Machtverhältnissen und Wissensbeziehungen in der Psychiatrie klar auf. Die von ihm als „Observatorien der menschlichen Vielfältigkeit“ benannten Panoptiken verweisen auf die dahinter stehenden Techniken der vielfältigen Überwachungen.

²⁴⁶ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 21 (1902) 427. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 11. Oktober 1901, Stellungnahme Joseph Starlinger.

²⁴⁷ Thomas SCHLICH, Surgery, Science and Modernity: Operating Rooms and Laboratories as Spaces of Control. In: History of Science 45 (2007) 231-256. Hier: 232f. Schlich hat in diesem Zusammenhang auf die kulturelle Bedeutung medizinischer Handlungsorte aufmerksam gemacht.

Blicke, die sehen, ohne selbst gesehen zu werden initiierten auf diese Weise ein neues Wissen über die Menschen.²⁴⁸ Inwiefern traditionelle Strukturen, wie beispielsweise die Bedeutungszuschreibung des Baus einer psychiatrischen Anstalt als ein wesentliches Moment zur Heilung psychisch Kranker auch in der Anfang des 20. Jahrhunderts geplanten Institution noch erkennbar waren, soll im Folgenden nachgegangen werden.²⁴⁹

Die Planung von neuen nunmehr „Krankenhäusern“ und deren Gestaltung im Inneren wurde von den Vertretern der `modernen Anstaltspsychiatrie´ als einer ihrer vorrangigen Arbeitsbereiche angesehen. Sie waren der Ansicht, dass die Wissenschaft selbst es sei, die die Neugestaltung ihrer räumlichen Anordnung und architektonischen Gestaltung hervorbringe.²⁵⁰ Analog der medizinisch-therapeutischen Bedeutung die dem stationären Aufenthalt zugeschrieben wurde, reklamierten die Mediziner ihre Kompetenz zu den Beratungen für die Neuerrichtung der psychiatrischen Anstalt ein. Die als „höchste ärztliche Aufgabe“²⁵¹ bezeichnete Tätigkeit wirft ein Licht auf die Tatsache, dass mit der Anlage der neuen Anstalt weit mehr als die Möglichkeit der Aufnahme einer Vielzahl von psychisch Kranken gemeint war.²⁵² Die Erzählung des Fortschritts in der Psychiatrie war, wie auch schon im vorhergehenden Kapitel angedeutet, in einem hohen Maße mit der stetigen Verbesserung der Unterbringung ihrer Patienten verbunden und verweist auf die Frage, wie die auch schon vor der Wende zum 20. Jahrhundert vielfach proklamierte „freie Behandlung“ im Einzelnen organisiert war.²⁵³

²⁴⁸ Michel FOUCAULT, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses (Frankfurt am Main 1977) 221.

²⁴⁹ Vgl. dazu allg.: Barry EDINGTON, A space for moral management. The York Retreat's influence on asylum design. In: TOPP, MORAN, ANDREWS (Hg.), Madness, Architecture and the Built Environment, 83-105. Zur Verdeutlichung des Fortschritts in der Gestaltung der Räumlichkeiten wurden vielfach frühere und zeitgenössische Anlagen vergleichend abgebildet. Vgl. dazu beispielsweise: Wilhelm WEYGANDT, Atlas und Grundriss der Psychiatrie (München 1902).

²⁵⁰ SCHLICH, Surgery, Science and Modernity, 232.

²⁵¹ Max FISCHER, Zum Bau der Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908) 145-147. Hier: 147.

²⁵² Ebd. Der Autor reklamierte, dass nur der sachverständige Arzt der berufene Fachmann für Krankenhausbauten sein könne: „Nur beim Vorwalten des ärztlichen Geistes auch beim Bau und in der Ausgestaltung der Irrenanstalten werden Institutionen entstehen, die der Kritik der Zukunft hinein standhalten.“

²⁵³ Vgl. dazu auch: TOPP, The modern mental hospital in late nineteenth-century Germany and Austria. Psychiatric space and images of freedom and control. In: Dies., MORAN, ANDREWS (Hg.), Madness, Architecture and the Built Environment, 241-261. Hier: 243. Topp vergleicht in ihrer Analyse die für die Entwicklung des „open-door-Systems“ maßgeblichen Anstaltsbauten Mauer-Öhling und die in Sachsen gelegene Institution Alt-Scherbitz. Vgl. zur „Fortschritthypothese“, insbesondere unter dem Aspekt der Rationalisierung von Gewaltverhältnissen und des Abbaus von Zwang: MEIER, BERNET, DUBACH, GERMANN, Zwang zur Ordnung, 26f. Die freie und humane Behandlung der Geisteskranken wurde

Die Architektur der Anstalt *Am Steinhof* war wesentlich durch das Pavillonsystem charakterisiert und brachte erstmals die Möglichkeit mit sich Kranke in unterschiedlichste Kategorien einzuteilen. Auf diese Weise sollte den gefürchteten steigenden Patientenzahlen durch Differenzierung und Strukturierung, also im Sinne einer aktiven Maßnahme entgegen gewirkt werden. Die Ärzte hatten gemäß der Dienstordnung der Ärzte vom Steinhof die besondere Pflicht, „*die geisteskranken Pflinglinge nach ihrem jeweiligen Zustande in die Gruppe der heilbaren und der unheilbaren gemeinschädlichen Geisteskranken, und der unheilbaren hamlosen Geisteskranken andererseits, sorgfältigst zu scheiden.*“²⁵⁴ Mit der Vorstellung, wie Josef Starlinger meinte, dass „die Anstalt selbst zur Medizin werden könnte“²⁵⁵ sollten vorrangig die unruhigen Patienten voneinander getrennt und der enormen Lärmbelastung vorgebeugt werden. Die gewohnten familiären Verhältnisse der Kranken wiederherzustellen war das weitgesteckte Ziel. Die offensichtliche Verbindung zwischen den nach außen hin sehr prestigeträchtigen Bauten und der Polemik vieler psychiatrischer Schriften zu diesem Thema lässt erkennen, dass sich mit der Entwicklung der nun gänzlich eigenständigen Anstaltspsychiatrie auch ein neues Selbstverständnis dieses Tätigkeitsbereiches herausgebildet hatte. Die mittels architektonischen Ausdrucks anvisierte Öffnung generierte neue, dem konstitutiven Prinzip der Gestaltung von Anordnungen dienende Mittel der Distinktion, um sich von früheren, ihre Autorität vornehmlich auf Abgeschlossenheit begründende psychiatrische Anstalten abgrenzen zu können.

Die Kritik an früheren Versorgungsformen lehnte sich vor allem daran, dass einzelne Krankheitsgruppen nicht voneinander getrennt werden konnten. So hieß es in den im Wiener Verein für Psychiatrie proklamierten Reformvorschlägen, dass „*Kranke, die diesem Begriffe im engeren Sinne entsprechen, Personen, die an ausgleichbaren, der Regel nach vorübergehenden, acuten Störungen leiden, Fälle, welche Heilbestrebungen mit Aussicht auf Wiedererlangung früherer Lebenstüchtigkeit zulassen, eben darum auch besondere therapeutische Maßnahmen, Ruhe, Fernhaltung aller störenden, vorhandene Hyperästhesien reizenden, die*

1896/97 für alle niederösterreichischen Anstalten verbindlich eingeführt. Intensive Bestrebungen in diese Richtung gab es, wie beschrieben, allerdings bereits in den Jahrzehnten zuvor.

²⁵⁴ Dienstvorschriften für die Ärzte. Niederösterreichische Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien, XIII. Sonderabdruck am Wiener Institut für Geschichte der Medizin. Allgemeine Bestimmungen, §4.

²⁵⁵ Josef STARLINGER, Ein Beitrag zum Irrenanstaltsbau. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 3 (1901/02) 131-136. Hier: 135.

schwankende Orientierung noch weiter schädigenden Einflüssen fordern“ und folglich getrennt voneinander untergebracht werden sollten. Sie sollten keinesfalls „*mit den hoffnungslosesten und abschreckendsten Paradigmen psychischer Zerrüttung zusammen [kommen], mit abstossendem Blödsinn, mit verfallenden Paralytikern, durch ihre Anfälle entsetzenden Epileptiker, mit Paranoikern, die durch ungeheuerliche oder widerwärtige Wahnideen die Phantasie erschrecken und beunruhigen.*“²⁵⁶ Die „Grundreform des Irrenwesens“ basierte auf einer weiteren Differenzierung der Kranken – dies lässt nach der etwaigen Herstellung von Bedeutung und Relevanz in der vorwiegend praktisch orientierten Psychiatrie fragen. Michel Foucault hat festgestellt, dass die Prozedur der Krankenuntersuchung in den Spitälern des 18. Jahrhunderts die Medizin epistemologisch freigesetzt habe und als ein Mechanismus zu lesen ist, der die Formen der Machtausübung mit denen der Wissensformierung erst miteinander in Verbindung gebracht hatte. Die ihr inhärente Disziplinarmacht ist dadurch charakterisiert, dass sie nicht sichtbar ist, zugleich aber mit ihrer Technik die von ihr Unterworfenen in einem Objektivierungsmechanismus einfängt, der von Anfang an mit einem System der Registrierung und Speicherung verknüpft war.²⁵⁷ Inwiefern die neuartigen Unterbringungsmöglichkeiten des frühen 20. Jahrhunderts in den einzelnen Pavillons und der daraus resultierenden besseren Beobachtung und Vergleichbarkeit auch tatsächlich zu neuen Erkenntnissen führen sollte, ist nicht explizit Teil der überlieferten Quellen der Anstaltspsychiatrie, lässt sich aber indirekt, wie beispielsweise an Bestrebungen zur Neugestaltung der Klassifikationssystems erahnen.²⁵⁸ Definitiv aber waren die angestrebten Neuerungen über die stationäre Unterbringung insbesondere mit der Einrichtung von Pavillons für „heilbare Kranke“ hinausgegangen. Somit soll nun der Blick auf die innere Struktur der Anstalt gelenkt werden.

Die Pavillons mit den römischen Ziffern I und II waren für die Aufnahme der männlichen beziehungsweise weiblichen Patienten bestimmt. Neben persönlichen Dokumenten war für die Aufnahme der Attest eines Amtsarztes (k.k. Bezirks-,

²⁵⁶ Ernst BÖCK, Ideen zu einer Grundreform des Irrenpflegewesens. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 10 (1892) 295. Bericht über die Wanderversammlung des psychiatrischen Vereins am 5. und 6. Oktober 1891.

²⁵⁷ FOUCAULT, Überwachen und Strafen, 241f.

²⁵⁸ Foucault beschreibt die für das 19. Jahrhundert bestandene Inkongruenz der Verteilung der Kranken mit der Nosographie der Krankheiten als einen Aspekt des Anspruchs der Medikalisierung, als eine Verzerrung der medizinischen Theorie und der Anstaltspsychiatrie: FOUCAULT, Die Macht der Psychiatrie, 259.

beeideter Gerichts- oder Wiener k.k. Polizeiarzt) zur Bestätigung des Vorliegens einer Geisteskrankheit und auch der „Anstaltsbedürftigkeit“ nötig. Nur in dringenden, vor allem gefährlichen Fällen konnte unter, wie es in den Statuten der Institution hieß, persönlicher Verantwortung des Direktors eine Ausnahme gemacht werden, eine solche war dem Polizeikommissariat unmittelbar danach anzuzeigen. Die amtsärztliche Bestätigung musste nicht erbracht werden, wenn Patienten aus einem anderen Kranken- oder Versorgungshaus oder einer Strafanstalt in die Anstalt *Am Steinhof* transferiert wurden. In diesen Fällen war zum Zweck der Aufnahme eine „Beurkundung und Beschreibung“ der Geistesstörung auszustellen. Der weitaus häufigste Weg der Aufnahme erfolgte über die psychiatrische Station des Allgemeinen Krankenhauses, dem sogenannten Beobachtungszimmer. In diesen Fällen war ein „Abgangsbogen“ der Klinik ausreichend für die erfolgreiche Überbringung auf den *Steinhof*.

Zur Aufnahme in die Heilanstalt waren nur Patienten berechtigt die entweder als „heilbar“ oder als „gemeingefährlich“ eingestuft waren. Die Aufnahmebezirke waren die zu diesem Zeitpunkt 21 Wiener Gemeinden und auch die Bahnhöfe, in denen psychisch Kranke aufgegriffen wurden. Eine längerfristige Behandlung und Verpflegung erhielten allerdings nur die nach Niederösterreich zuständigen Patienten, also diejenigen, die einen Heimatschein vorzuweisen hatten. Andere Kranke konnten nach Maßgabe vorhandener Betten und über die einzuholende Bewilligung des Direktors als sogenannte „Zahlpfleglinge“ stationär behandelt werden.²⁵⁹

In die Pflegeanstalt wurden die als „unheilbar“ eingestuften Kranken aufgenommen. Sie benötigten für ihre Aufnahme zusätzlich zu den bereits genannten Dokumenten die Bestätigung eines Amtsarztes, ein beim „Referat für Landeswohlfahrtsangelegenheiten“ erhältlichem Fragebogen. Dieser Status galt allerdings ausschließlich für in Niederösterreich heimatberechtigte Patienten. Die Aufnahme von „armen, unheilbaren, nicht gemeingefährlichen Geisteskranken“, die sogenannten „Geistessiechen“, konnte nur von der Armenbehörde beantragt werden.

²⁵⁹ Statut für die N.Ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalten, §14-16. Diese Statuten waren, wie es hieß, mit Gesetzeskraft ausgestattet. Abdruck auch in: *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 30 (1909) 375f.; *WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel 'Anstaltsdienst' D 158 / 6 / 1908; Ebd., Faszikel 'Anstaltsdienst und Verschiedenes' o. Z. / 1910.*

Diese Personen wurden in den am Anstaltsgelände zwei obersten Pavillonreihen untergebracht, welche ebenfalls der Pflegeanstalt zugeordnet waren.²⁶⁰

Am *Steinhof* gab es auch die Möglichkeit einer „freiwilligen Aufnahme“. Die an diese Modalität geknüpfte Hoffnung war, dass der ablehnenden Haltung der Bevölkerung gegen psychiatrische Institutionen entgegengewirkt werden könne. Diese, für ihre Behandlung privat aufkommenden Patienten hatten ebenso eine Bestätigung der „Anstaltsbedürftigkeit“ zu erbringen und mussten vor dem Direktor sowie zweier Zeugen schriftlich ihren Entschluss bestätigen. Diese als „Nervenranke“ bezeichneten Personen hatten lediglich die Verpflichtung sich protokollarisch der Hausordnung zu unterwerfen. Sie hatten, je nach ärztlicher Verordnung in- oder außerhalb der Anstalt volle Bewegungsfreiheit und konnten – bei attestierter Ungefährlichkeit – jederzeit ihre Entlassung einfordern.²⁶¹ Diese Variante der Unterbringung bot nun die Möglichkeit ohne weitergehende Formalitäten Hilfe in einer psychiatrischen Anstalt zu finden. So mussten auch die Angehörigen über die Aufnahme nicht notwendigerweise verständigt werden. Wurde in der Folge die Transferierung in eine geschlossene Abteilung als erforderlich erachtet, so waren Landesgericht und Polizeidirektion sowie ein eventueller Kurator zu benachrichtigen, weiterhin aber nicht die Angehörigen²⁶² – ein Aspekt der in dieser speziellen Regelung offenbar größte Bedeutung erhalten hatte.

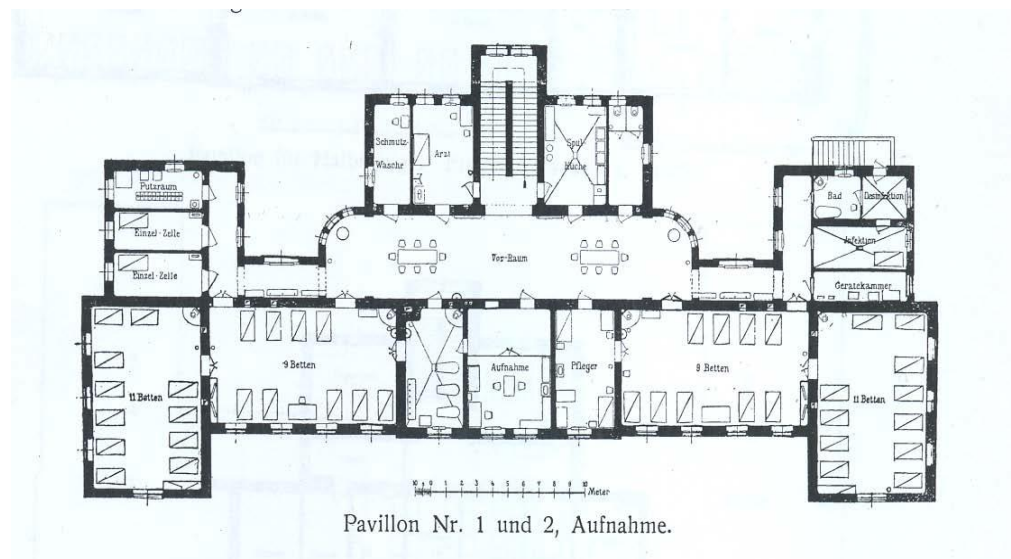
Die nun folgenden Abbildungen stammen aus einer Publikation von Heinrich Schließ, Direktor der Anstalt *Am Steinhof*, und waren an ein über die engere Fachgemeinschaft hinausgehendes Publikum adressiert. Sie sollen die folgenden Beschreibungen nicht bloß illustrieren, sondern auch die Prinzipien der historischen Anordnung der Anstaltspsychiatrie vergegenwärtigen.

²⁶⁰ Ebd., Die aus rein pflegerischen Gründen aufgenommenen Patienten durften nur mit Bewilligung des Magistrates übersetzt werden und konnten jederzeit wieder in die städtischen Humanitätsanstalten rücktransferiert werden.

²⁶¹ GERENYI, Irrenpflege und Verwaltung, 395. Von dieser Möglichkeit machten verhältnismäßig mehr Personen Gebrauch, die es sich auch leisten konnten in das Sanatorium aufgenommen zu werden. Vergleichsweise geringere Kosten wurden bei der Aufnahme in die Heilanstalt verrechnet, dennoch gab es für dieses Angebot nur wenig Interessenten. 1908 waren mit dieser Aufnahmemodalität 32 Kranke in die Heilanstalt und im Vergleich dazu 102 Kranke ins Sanatorium gekommen. Im Jahr 1909 differierten diese Zahlen noch mehr, das Verhältnis belief sich auf 11 zu 125 Kranke. In: Heinrich SCHLÖß, Zur Frage der freiwilligen Aufnahmen. In: BOEDEKER, FALKENBERG (Hg.), IV. Internationaler Kongreß zur Fürsorge für Geistesranke, 908-917.

²⁶² Statut für die N.Ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalten, §16; WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel 'Anstaltsdienst' 191 / 1908.

Die Aufnahmegebäude hatten jeweils nur ein Stockwerk und einen Aufbau, letzterer war für die Unterbringung von Pflegepersonal konzipiert.²⁶³ Der Plan zeigt, dass die Aufnahmegespräche vermutlich an einem Tisch sitzend stattgefunden haben. Ob diese Situation mehr die administrativen Belange oder auch schon die von den Psychiatern geführten Erstgespräche umfassten, ist daraus nicht zu eruieren. Direkt anschließend an diesen zentralen Raum befand sich jeweils ein Zimmer für einen Arzt und eines für zwei Pfleger, beziehungsweise auf der Frauenseite Pflegerinnen, die für den Fall nächtlicher Aufnahmen anwesend zu sein hatten. Insgesamt gab es in den Aufnahmepavillons jeweils vier Säle, zu neun oder elf Betten, zwei Einzelzellen und einen Raum für infektiös Erkrankte. Jeder der neu eintretenden Patienten wurde getrennt nach Geschlecht vorerst in einer dieser beiden, im Eingangsbereich des Geländes befindlichen Gebäude untergebracht und untersucht. Mit der Erstellung einer Diagnose erfolgte die Zuteilung auf einen der Pavillons der Heil- oder der Pflegeanstalt. Aufenthaltsräume waren hier nicht vorgesehen, die Patienten wurden nach einer kurzen Beobachtungszeit in die für sie ausgesuchten Abteilungen transferiert.



Nach der Transferierung auf eine der Abteilungen wurde zumeist die sogenannte „Bettbehandlung“ verordnet. Dieses Vorgehen diente der Überwachung und Beobachtung unter gesicherten Umständen, nämlich wenn die Kranken im Bett, oder nötigenfalls auch in einer Einzelzelle isoliert waren. In dem von Heinrich Schlöß, dem

²⁶³ Abbildung in: SCHLÖß (Hg.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild, 179.

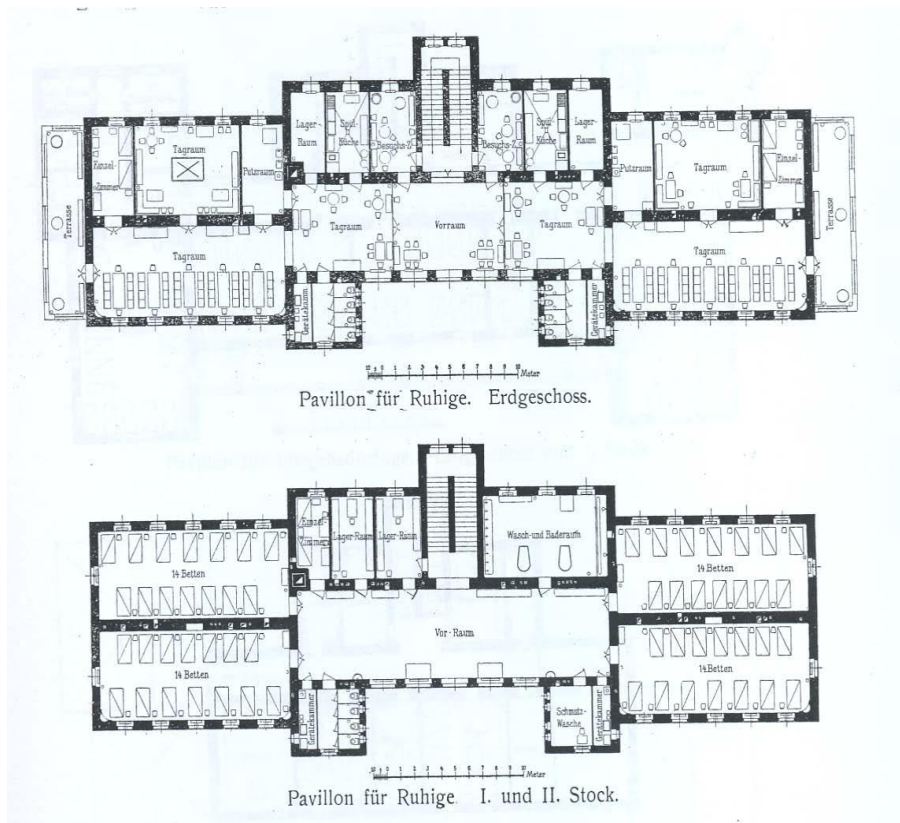
ersten Direktor der Anstalt *Am Steinhof* herausgegeben „Leitfaden für Irrenpfleger“ zeigt sich auch noch ein zweiter, nicht unwesentlicher Aspekt dieses Vorgehens unmittelbar nach der Aufnahme: *„Die Bettbehandlung wird in Irrenanstalten zunächst neuankommenden Pflieglingen zuteil, weil sie den Unterschied zwischen körperlichen und Geisteskranken verwischt und bei dem neu zuwachsenden Kranken sogleich den Eindruck hervorbringt, dass er sich in einer Krankenanstalt befinde und daß er krank sei, was bei dem mangelnden oder doch mangelhaften Krankheitsbewußtsein der meisten Geisteskranken immerhin von Wert ist.“*²⁶⁴

Der hier benannte Wert eines neuartigen therapeutischen Verfahrens spricht zwei Aspekte an, die es zu trennen gilt. Die Frage des Krankheitsbewusstseins, war, wie deren regelhafte Dokumentation in den Krankenakten zeigt, ein wesentliches Kriterium zur Entlassung psychisch Kranker. Mit dem neuartigen Verfahren der „Bettbehandlung“ konnten die Kranken gezielt beobachtet und die pflegerischen Aufgaben einfacher organisiert werden. Der in dem Leitfaden für den psychiatrischen Pflegeunterricht klar aufgezeigte tatsächliche Mehrwert aber war der Versuch der Anlehnung an die somatische Medizin und deren Einrichtungen, die im Allgemeinen ein höheres Vertrauensverhältnis in der Bevölkerung genossen haben.

Die Differenzierung der Patienten und Patientinnen in der Heilanstalt erfolgten nach den Kriterien „ruhig“, „halbruhig“ oder „unruhig“, somit nach ihrem psycho-sozialen Verhalten. In dem jeweils auf der Männer- und der Frauenseite befindlichen dreistöckigen Pavillons für jeweils hundert „ruhige“ Patienten waren im Erdgeschoß die Tagesräume eingerichtet.²⁶⁵ An den beiden Seiten befanden sich Einzelzimmer mit zwei Betten, offenbar für jeweils einen Patienten und seiner Pflegeperson. Im ersten und zweiten Stock dieser Häuser waren jeweils vier Schlafsäle für vierzehn Patienten eingerichtet. Diese Pavillons hatten im Gegensatz zu allen übrigen keine speziell gesicherten Fenster und die Patienten konnten sich innerhalb des Gebäudes frei bewegen.

²⁶⁴ Heinrich SCHLÖß, *Leitfaden für Irrenpfleger*, 5. Aufl. (Leipzig, Wien 1905) 95.

²⁶⁵ Abbildung in: SCHLÖß (Hg.), *Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild*, 182.



Die sich nach außen nicht unterscheidenden insgesamt fünf zweistöckigen Pavillons für je 70 „halbruhige“ und vier Pavillons für je 50 „unruhige“ Patienten hatten alle einen mittig angelegten Aufbau, in dem die den Abteilungen zugeordneten Pflegekräfte wohnten. Die ungerade Anzahl der Pavillons begründete sich in einer höheren Rate männlicher Kranker. Im Jahr 1900 wurde die Differenz der Aufnahmezahlen von Männern und Frauen mit 250 beziffert. Diese für Wien erhobenen Daten ähnelten den Geschlechterdifferenzen in anderen Institutionen und wurden allgemein mit der bei Männern höheren syphilitischen und alkoholbedingten Erkrankungsrate erklärt.²⁶⁶

Die Einrichtung dieser Häuser war wesentlich von den zentralen Elementen der ‚modernen Irrenpflege‘, nämlich der Bettbehandlung, der Dauerbäder und den neuen Formen des Umgangs mit gefährlichen Patienten bestimmt, die unter dem Schlagwort „von der Isolierung zur Individualisierung“ zusammengefasst wurden. Statt „schablonenmäßiger und gleichartiger Zellen“ wurden in Ergänzung zu der auch

²⁶⁶ STARLINGER, Ein Beitrag zum Irrenanstaltsbau, 132f. Die auch die beiden Aufnahmepavillons umfassende Heilanstalt war für 870 Patienten konzipiert. Auf der Männerseite war ein Pavillon mehr für „halbruhige“ Patienten eingerichtet. Die Tatsache, dass sich auf der Männerseite 70 Patienten mehr befanden änderte nichts an der Verteilung der Ärzte.

weiterhin bestehenden Isolierung in Zellen nun auch Räume eingerichtet, die eine „Separierung“ ermöglichten.²⁶⁷ Der entscheidende Unterschied zur früheren Formen war, dass für den Fall einer notwendigen Trennung von anderen Patienten diese zwar prinzipiell möglich war, die Türen der neuen Räumlichkeiten aber nicht von außen verschlossen wurden.²⁶⁸ Im Erdgeschoß und im ersten Stock dieser Pavillons befanden sich jeweils zwei Einzelzellen und zwei Separations-Zimmer. Letztere waren durch einen schalldichten Gang von den übrigen Räumlichkeiten getrennt. Frühere Formen der Isolierung waren innerhalb eines Gebäudes zentral angelegte Zellen. Die neuen Isolierräume waren nunmehr auf den einzelnen Wach- und Pflegeabteilungen regelmäßig verteilt. Die offizielle Stellungnahme zu diesen Maßnahmen lautete: *„Isolierungen lassen sich bei dem enormen und rasch wachsenden Krankenstande und dem in der Großstadt eigentümlichen, unruhigem Krankenmateriale nicht völlig vermeiden. Es besteht übrigens auch nicht die Absicht, Isolierungen aus prinzipiellen Gründen unbedingt zu vermeiden; immerhin werden jedoch solche Maßnahmen auf die unumgänglich notwendigen Fälle beschränkt und bedürfen der jedesmaligen Zustimmung und Bestätigung durch den Direktor.“*²⁶⁹ Andere Beschränkungsmaßnahmen wie Schutzhandschuhe oder die Zwangsjacke durften nur für den Fall drohender und ständiger Selbstbeschädigung, wie etwa nach chirurgischen Eingriffen angewandt werden. Über alle Vorgänge dieser Art musste ein sogenanntes Beschränkungsprotokoll geführt werden.²⁷⁰

Was es *Am Steinhof* im Gegensatz zu ihrer Vorgängereinstitution nicht mehr gab, waren die sogenannten „Tob-Zellen“, gepolsterte Räume in denen Patienten isoliert wurden, sich aber nicht selbst beschädigen konnten.²⁷¹ Noch einige Jahrzehnte zuvor war als Richtlinie für die Einrichtung neuer Anstalten der Einbau von einer Tob-Zelle

²⁶⁷ Ebd.; Separationsräume konnten auch mit bis zu drei Kranken belegt werden; eine der Zellen sollte schalldicht sein. Eine Beschreibung der baulichen Details in: Ebd., 135.

²⁶⁸ Heinrich Schlöß merkte diesbezüglich an, dass es auch Anstalten gäbe, wo die Separierung nur auf Wunsch der Patienten erfolge und vom diensthabenden Arzt genehmigt werden musste. In: SCHLÖß, Leitfaden für Irrenpfleger, 107.

²⁶⁹ Edmund HOLUB, Niederösterreichische Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien XIII. In: SCHLÖß (Hg.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild, 187-189. Gitterbetten als Maßnahme zur Beschränkung agitierter Patienten gab es demnach *Am Steinhof* nicht. Schlöß benannte aber sehr wohl die Anwendung von Gurten als ein Mittel zur Beschränkung der psychisch Kranken. In: SCHLÖß, Leitfaden für Irrenpfleger, 106f.

²⁷⁰ Dienstvorschriften für die Ärzte, Punkt D. Besondere Dienstanweisungen für die Primärärzte, §32. Diese hatten die letzte Verantwortung für die Führung der Protokolle.

²⁷¹ „Polsterzellen“ waren Kammern, deren Wände und auch der Boden aus stark federnden Matratzen oder Kautschuk bestanden. In: NIEDERÖSTERREICHISCHER LANDESAUSSCHUSS (Hg.), Die Irrenbehandlung einst und jetzt (Wien 1898) 11. Diese Schrift wurde von Alexander Pilcz verfasst und diente offenbar der Aufklärung breiterer Gesellschaftskreise über die Behandlung psychisch Kranker.

pro zehn Patienten empfohlen worden. Diese waren insbesondere für weibliche Patienten, denen eine *„geringere Verträglichkeit untereinander, größere Eitelkeit, gesteigerte Empfindsamkeit, der nicht zu leugnende üble Einfluss der Menses oder die sonstigen Störungen der weiblichen Geschlechtsfunktionen“* zugeschrieben wurde, noch als unverzichtbar angesehen worden.²⁷² Die nunmehr „Isolierungen“ wurden als individuelle therapeutische Maßnahme zur Besänftigung der Kranken beschrieben und somit eindeutig positiv konnotiert. Gleichzeitig sollten die aufgrund der räumlichen Anordnungen flexibler und leichter durchführbaren Isolierungen verhindern dass Aufregungszustände auf Mitpatienten übertragen werden konnten: *„Ein empfindlicher Melancholiker, ein geschwätziger, bewegungssüchtiger Patient, ein durch peinliche Sinnestäuschungen erregter, auf Gewaltthaten sinnende Irre, sie alle bedürfen der Bettbehandlung, aber es wäre untunlich sie in derselben Räumlichkeit unterzubringen.“*²⁷³

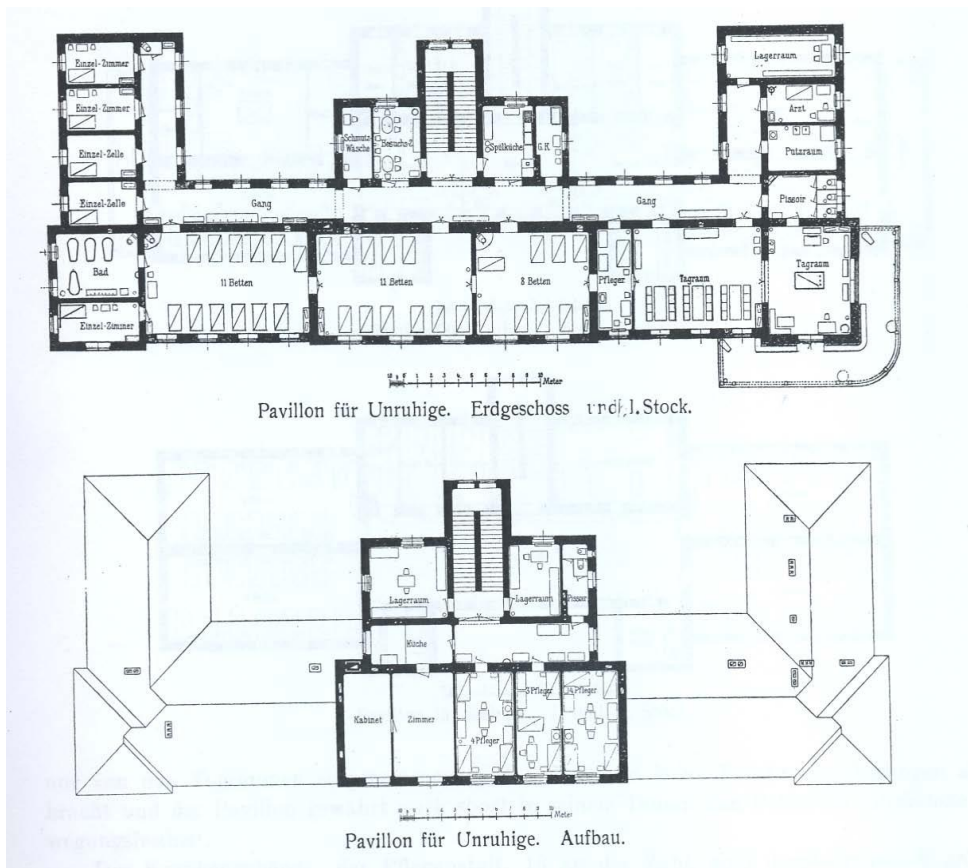
Die zur Behandlung von Aufregungszuständen angewandten Einwickelungen in nasse Tücher, die sogenannten Einpackungen waren *Am Steinhof* verboten. Diese Methode war, wie ein Vergleich von Anstalten deutschsprachiger Länder zeigt, sehr umstritten. Manche Psychiater zählten diese zur „Hydrotherapie“ und hielten sie für das beste Beruhigungsmittel, andere nahmen diese nur im Einverständnis mit den Kranken vor, und wieder andere bezeichneten sie als „Restraint der schlimmsten Art“. In überfüllten Räumen konnten agitierte Kranke auf diese Weise wenigstens für kurze Zeit ungefährlich gemacht werden, wenn man sie nicht unter längerfristige medikamentöse Behandlung wie Morphinum oder Skopolamin setzen wollte. Mechanische Beschränkungen waren allgemein unter den Anstaltspsychiatern nach der Wende zum 20. Jahrhundert gemäß der offiziellen Anstaltsberichte als geradezu verpönt. Die diesbezügliche Angabe aus einem niederösterreichischen Bericht von 1911 erwähnte die Anwendung von „Schutzjacken“ – im Standesorgan der Anstaltspsychiater wurde diese Bezeichnung als eine euphemistische ironisiert.²⁷⁴ Offensichtlich war deren Einsatz an vielen anderen Anstalten zu dieser Zeit nicht mehr üblich gewesen. Was diese Berichte vor allem aufzeigen, ist dass aufgrund der nur geringen medikamentösen Möglichkeiten die Problematik des Umgangs mit agitierten Patienten

²⁷² STARLINGER, Ein Beitrag zum Irrenanstaltsbau, 134.

²⁷³ NIEDERÖSTERREICHISCHER LANDESAUSSCHUSS (Hg.), Die Irrenbehandlung einst und jetzt, 19.

²⁷⁴ G. WERNER, Über die Fortschritte des Irrenwesens. Nach den Anstaltsberichten erstattet. In: Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift 13 (1911/12) 329-338. Hier: 331.

allgegenwärtig war, der Einsatz mechanisch beschränkender Mittel aber einer zunehmend rigideren Kontrolle unterlag und als ein Moment des Vergleichs der Qualität von Anstalten herangezogen wurde.



In den Pavillons für unruhige Patienten befanden sich an der Ostseite die Tagesräume jeweils und an der Westseite die zahlreichen sogenannten Wachsäle, welche auf eine intensive Anwendung der „Bettbehandlung“ verweisen. Diese war bereits in den Jahren vor der Wende zum 20. Jahrhundert zunehmend an die Stelle der Isolierungen agitierter Geisteskranker getreten. In der Anstalt Kierling-Gugging wurde dieses System bei akuten Geistesstörungen in Verbindung mit „Mastkuren“ angewandt, welche gemäß den anstaltseigenen Angaben sehr erfolgreich war. Diese therapeutische Maßnahme galt wegen der besseren Überwachung von Patienten, die beispielsweise an progressiver Paralyse oder Epilepsie erkrankt waren, oder aber

allgemein in Stadien psycho-motorischer Unruhe und auch bei Dämmerzuständen als besonders vorteilhaft. Zudem wurden menstruierende Patientinnen und alle zur Unsauberkeit neigende Kranke auf diese Weise verpflegt.²⁷⁵



Abbildung 2: Wachsaal Am Steinhof²⁷⁶

Maßgeblichen Einfluss auf die Propagierung dieses neuartigen Versorgungssystems hatte Friedrich Scholz, Autor der 1894 in Leipzig erschienen Schrift „Ueber Fortschritte in der Irrenpflege“.²⁷⁷ Deziertes Ziel der sowohl an der Heil- als auch an den Pflegeabteilungen erfolgten „Bettbehandlung“ war es, dass die PatientInnen „geordnet und ruhig“ sind. Entsprechende Ergebnisse waren bei zwei Drittel aller unruhigen Kranken nachzuweisen, etwa ein Drittel wurde über diese Maßnahme hinaus bei Bedarf in einem Einzelzimmer separiert. Mit der Etablierung eines geschulten Pflegepersonals hofften die Verantwortlichen Isolierungen gänzlich vermeiden zu können. Die Erfolge galten bei den sogenannten „secundären Geistesstörungen“, die *„früher abseits in den Winkeln kauerten und oft nur unter Anwendung von Gewalt an ein halbwegs geordnetes Verhalten bei Tische gewöhnt*

²⁷⁵ Abbildung in: SCHLÖß (Hg.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild, 181.

²⁷⁶ Eugen HOFMOKL, Wiener Heilanstalten. Darstellung der baulichen Anlage und Einrichtung (Wien 1910). Sonderabdruck aus der Beilage zur Wochenschrift „Das Österreichische Sanitätswesen“ Nr. 19 (1910) 125

²⁷⁷ Vgl. dazu auch die äußerst positive Rezension seiner Schrift in: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 13 (1895) 342f.

werden konnten“ als besonders auffallend. Im Allgemeinen galt der Erfolg der Bettbehandlung als ein „entschieden günstiger und für jedermann ersichtlich“.²⁷⁸

Die als therapeutische Neuerung propagierte Behandlung zeichnete sich im Wesentlichen darin aus, dass die Erkrankten oft wochenlang das Bett hüten mussten und nur kontinuierlich „behufs mäßiger Bewegung im Freien“ dieses wieder verlassen durften. Als therapeutische Erfolge wurden der mildere Verlauf akuter Geisteskrankheiten und das schnellere Schwinden von starken Erregungszuständen benannt. Darüber hinaus führe diese Behandlung dazu, dass die Kranken sich nicht eingesperrt fühlten, sondern ganz im Gegenteil, davon überzeugt wären, sich tatsächlich in einer Heilanstalt zu befinden.²⁷⁹ Eric Engstrom verweist auf ein wesentliches Moment des sich als modern präsentierenden Systems der „individualisierenden Behandlung“ der Anstaltspsychiatrie. Mittels dieser Methode konnten Patienten in einer Anstalt oftmals wesentlich genauer als in einer Klinik beobachtet werden: „In other words, they premised their claims to jurisdiction over the professional labour of clinical research on the assumption that patients’ symptoms could be studied only with recourse to their large patient populations and only within the architectural regime of their institutions. That involved the more or less strict segregation of patients from society and their distribution across an elaborated differentiated asylum space [...] In other words, patients’ symptoms were fitted into asylum architecture in a practice that alienists described as individualizing treatment.“²⁸⁰ Die „Individualisierung“ als eines der zentralen Merkmale der modernen Anstaltspsychiatrie bedeutete somit auch, dass eine geordnete Beobachtung psychischer Auffälligkeiten durch die Unterbringung in den unterschiedlichen Pavillons vorstrukturiert, beziehungsweise auf diese Weise erst möglich wurde.

Das dritte wichtige Element der modernen Pflege bei psychisch Kranken war die Anwendung ausgedehnter Bäder, die bei akut Erkrankten oder auch bei aufgeregten und schlaflosen Patienten relativ häufig zum Einsatz kamen. Im Gegensatz zu den meisten Anstalten Deutschlands wurden *Am Steinhof* keine extra Abteilungen eigens für diese Form der Therapie eingerichtet. Sehr wohl aber waren auf den einzelnen

²⁷⁸ Josef KRAYATSCH, Zur Bettbehandlung chronisch Geistesgestörter. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 14 (1896) 302-305. Hier: 304. Die Einrichtung ganzer Säle zur Überwachung der Kranken, berechnet für ein Viertel oder ein Fünftel des gesamten Belegraumes, war mit der Neueinrichtung der Institution in Gugging möglich geworden.

²⁷⁹ Vgl. dazu die Angaben in: NIEDERÖSTERREICHISCHER LANDESAUSSCHUSS (Hg.), Die Irrenbehandlung einst und jetzt, 18.

²⁸⁰ ENGSTROM, Placing psychiatric practices, 65f.

Stationen die entsprechenden baulichen Möglichkeiten für dieses hydrotherapeutische Heilverfahren gegeben. Diese prolongierten Bäder und auch Dauerbäder wurden bereits seit der Mitte des 19. Jahrhunderts angewandt, standen ursprünglich aber in einem anderen theoretischen Zusammenhang, nämlich auf diese Weise überflüssige Elektrizität als das vermutete ursächliche Moment von psychischer Erkrankung mindern zu können. Nach der Jahrhundertwende war man sich weder in Bezug auf die Indikation, noch über deren Wirkung im Klaren, dennoch war die Anwendung physikalischer Heilmethoden um die Wende zum 20. Jahrhundert das Mittel der Wahl.²⁸¹

Die sogenannten „prolongierten Bäder“ dauerten etwa sechs bis acht Stunden, konnten aber auch ausgedehnter sein. Dauerbäder wurden, wie deren Bezeichnung bereits andeutet, auch über mehrere Tage hinweg verordnet und galten beispielsweise in der Pflege von „siechen, unreinen und unsozialen“ Kranken als sehr vorteilhaft und waren das erfolgreichste Mittel in der Behandlung agitierter Patienten.²⁸² Aber es gab auch vereinzelte Stimmen, die darauf verwiesen, dass sowohl das Dauerbad als auch die Bettbehandlung in einzelnen, oft sehr schweren Fällen als kontraproduktiv erlebt werde, folglich längerfristig nur dort eingesetzt werden sollte, wenn sich eine positive Auswirkung dieser pflegerischen Maßnahmen auch recht bald zeige.²⁸³

Die insgesamt dreizehn Gebäude der Pflegeanstalt waren etwas größer als die bereits beschriebenen, sie waren in der Mehrzahl für etwa 110 bis 114 psychisch Kranke eingerichtet.²⁸⁴ Auch hier wurde unterteilt in Pavillons für „Ruhige“, „Pflegebedürftige“, „Unruhige“ und „Sieche“, zudem befanden sich auf jeder Seite zwei gänzlich offene Pavillons.²⁸⁵

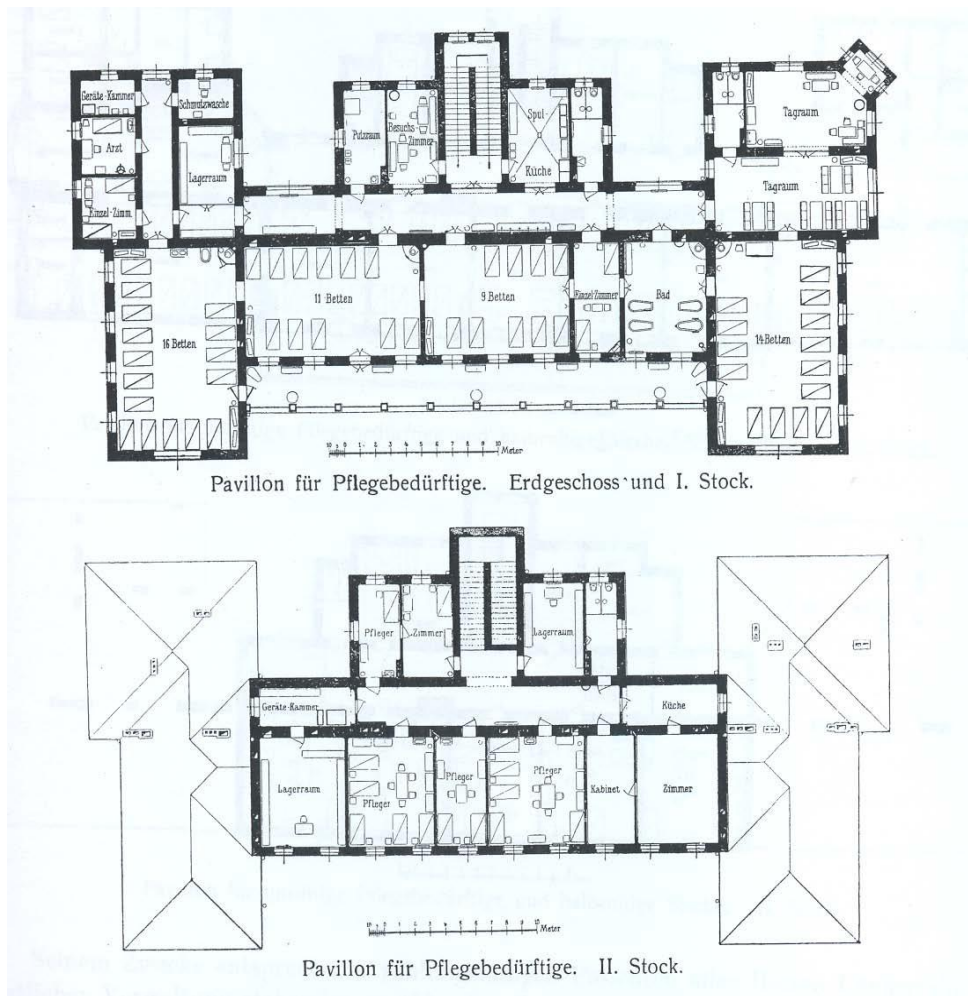
²⁸¹ Johannes BRESLER, Zur Geschichte der Anwendung von prolongierten und Dauerbädern bei Geisteskrankheiten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 14 (1912/13) 454-455.

²⁸² BRESLER, Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens, 261. Diese Form der Therapie wurde 1845 in Frankreich entwickelt. Als neuester Fortschritt galt die Durchführung der prolongierten Bäder im Freien. Nicht näher erläuterte psychometrischer Experimente dienten als Beleg ihrer Wirkung.

²⁸³ WERNER, Über die Fortschritte des Irrenwesens, 329f.

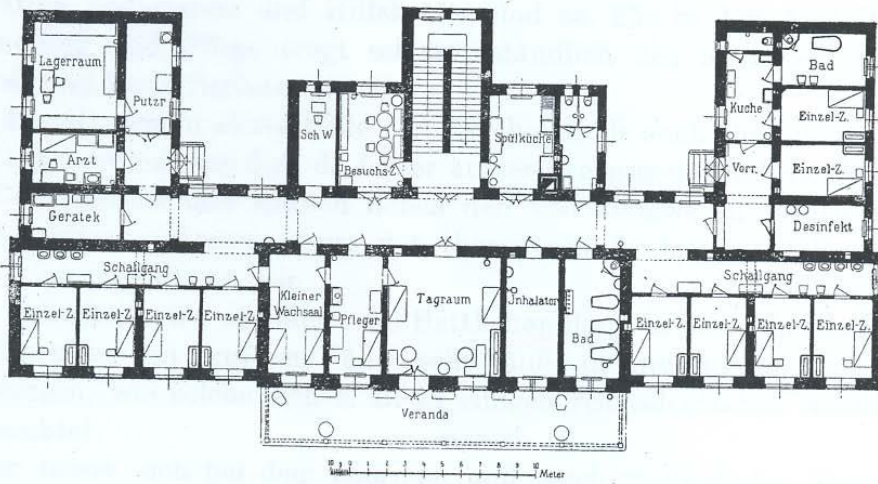
²⁸⁴ Abbildung in: SCHLÖß (Hg.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild, 183.

²⁸⁵ In den „offenen“ Gebäuden waren zudem Bedienstete der Anstalt untergebracht. Dort waren ein Bad und auch eine Desinfektionsanlage eingerichtet. In: HOLUB, Niederösterreichische Landes- Heil- und Pflegeanstalten, 183.

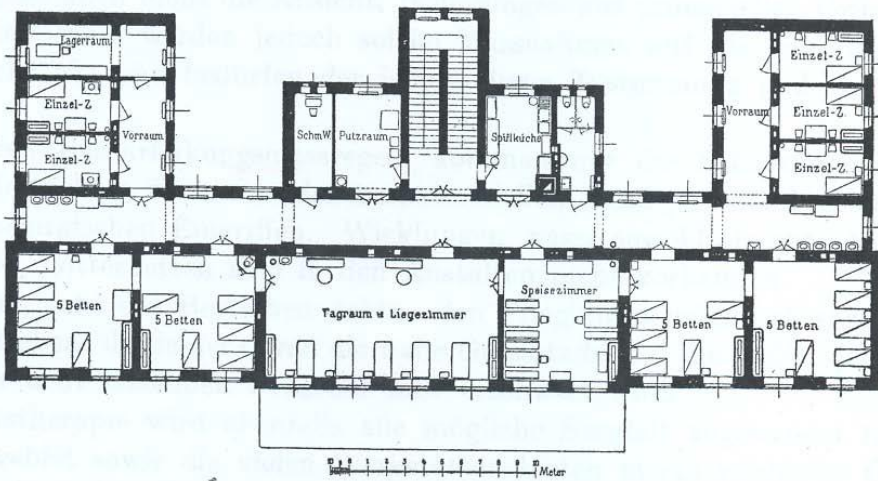


Die Pläne zeigen, dass die Behandlung der psychisch Kranken den oben beschriebenen Prinzipien folgte. Die Patienten waren zu einem überwiegenden Teil in großen Sälen untergebracht, die nur wenigen Tages- beziehungsweise Aufenthaltsräume waren nach Norden hin angeordnet. Die Möglichkeiten des Aufenthaltes außerhalb des Bettes waren auf den Abteilungen für die Pflegebedürftigen und „halbruhigen Siechen“ kaum noch gegeben.²⁸⁶

²⁸⁶ Abbildung in: SCHLÖß (Hg.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild, 184. Die Aufbauten der Pavillons dienen zur Unterbringung des Pflegepersonals.



Pavillon für Tuberkulose. Erdgeschoss.



Pavillon für Tuberkulose. 1. Stock.

3.2. Das Sanatorium. Stationäre Behandlung der „Nervenkranken“

Die Einrichtung eines gänzlich von den Patienten und Patientinnen der Heil- und Pflegeanstalten getrennten Sanatoriums wurde folgendermaßen begründet: *„Um den vielfach geäußerten Wünschen nach Vorkehrung für die Unterbringung von psychisch Kranken der vermögenden Kreise und des Mittelstandes in einer öffentlichen, jede finanzielle Beteiligung der behandelnden Ärzte ausschließenden Anstalt Rechnung zu tragen, hat das Land Niederösterreich im Anschlusse an die neuen Heil- und Pflegeanstalten, von diesen jedoch räumlich vollständig getrennt, ein Sanatorium eingerichtet, das größte und modernste seiner Art, das überhaupt existiert.“*²⁸⁹ Der entscheidende Unterschied zu anderen Sanatorien²⁹⁰ bestand darin, dass die Psychiater von öffentlicher Hand bezahlt, diese somit keinerlei direktes finanzielles Interesse am stationären Aufenthalt ihrer Patienten hatten – ein Aspekt, der diese Institution von vorneherein vieler bestehender Verdachtsmomente entheben sollte.

Bereits die Einrichtung einer eigens für das Sanatorium eingerichteten Kanzlei machte einen Unterschied zu den Patienten der Heil- und Pflegeanstalten deutlich sichtbar. Für die Aufnahme in eine geschlossene Abteilung des Sanatoriums war, analog dem bereits beschriebenen Verfahren, ein Parere eines Polizei- oder Bezirksarzt nötig, für die Aufnahme in eines der offenen Abteilungen lediglich ein von einem Amtsarzt ausgestelltes Überweisungsschreiben. Da aber viele Angehörige die Notwendigkeit der Konsultation eines Polizeiarztes umgehen wollten, hatte der Leiter des Sanatoriums die Möglichkeit diese Regelung zu umgehen. Der aufnehmende Arzt hatte lediglich ein sogenanntes Interimsparere zu verfassen, dieses musste erst nachträglich von einem der beiden Bezirkspolizeiärzte bewilligt werden.²⁹¹ Die für die Aufnahme von insgesamt 356 Kranken geplanten zehn Pavillons waren analog des

²⁸⁹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` o. Z. / 1913. Abbildungen des Sanatoriums: BLACKSHAW, TOPP (Hg.), *Madness & Modernity*, 83 und 106.

²⁹⁰ Vgl. zum 1904 in Zürich eröffneten Sanatorium „Lebendige Kraft“: Eberhard WOLFF, *Medikale Landschaften. Das Sanatorium als gedachte und gelebte Gesundheitsgeographie*. In: Nicholas ESCHENBRUCH, Dagmar HÄNEL, Alois UNTERKIRCHER (Hg.), *Medikale Räume. Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit* (Bielefeld 2010) 21-41. Zur Architektur des als „Ikone der Wiener Moderne“ geltenden und 1890 von Richard von Krafft-Ebing gegründeten Sanatorium Purkersdorf: BLACKSHAW, TOPP, *Erforschungen des Körpers und Utopien des Irrsinns*, 34.

²⁹¹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` o. Z. / 1910. Schreiben an den Landesausschuss vom 18. November 1909 zwecks Bewilligung von „Auslagen aus dem Betrieb des Kurhauses, spezialärztliche Konsultationen“, da zwei Ärzte es problematisierten, weiterhin die bestehenden Vorschriften auf diese Weise zu umgehen.

scheidenden Systems der Heil- und Pflegeanstalten getrennt nach Geschlecht und Pflegebedarf angeordnet, darüber hinaus war ein Pavillon für freiwillig eintretende „Nervenranke“ vorgesehen. Die therapeutischen Angebote waren „entsprechend der Klientel“ größere als in den Heil- und Pflegeanstalten. Neben der Hydrotherapie, deren therapeutischer Wert nun auch in deren psychischer Ablenkung beschrieben wurde, wurde vor allem der Mechanotherapie eine wichtige Bedeutung beigemessen. Das Sanatorium galt als die erste Anstalt am europäischen Kontinent in der diese Behandlungsform in einem weiten AusmaÙe zur Anwendung gekommen war. Mit dieser Methode sollte allgemein die Bewegung und der Stoffwechsel der Kranken angeregt werden. Weitere Formen der Therapien waren die Franklinisation und Arsonvalisation, Verfahren, die mit der Anwendung von Elektrizität funktionierten und als altbewährte „Nervenmittel“ galten, von deren Anwendern aber auch simpel als Ablenkungsmittel beschrieben wurden. Zudem wurden Röntgenapparate therapeutisch eingesetzt und Sonnen- und Freiluftbäder verordnet.²⁹² Darüber hinaus gab es die Möglichkeit Tennis zu spielen, den Turnsaal und das Winterschwimmbad zu nutzen und in der kalten Jahreszeit waren ein Rodelplatz und eine Eisbahn eingerichtet. Im auch für die Patienten der Heil- und Pflegeanstalten offenstehenden Kurhaus wurden weitere Elektrotherapien wie die nicht näher beschriebene „einfache Behandlung“, Blaulichtbestrahlungen und Faradische Massagen durchgeführt. Zur Mechanotherapie gehörten die Anwendung der sogenannten Zander'schen Apparate, die Vibrationsmassage und Ataxiebehandlungen. Zur „Badeprozedur“ zählten „einfache Bäder, Halb-, Medizinal-, Kohlensäure-, Glühlicht- und elektrische Bäder, aber auch Luft- und Sonnenbäder, Packungen und Abreibungen“.²⁹³ Diese heilbringenden Verfahren wurden in Broschüren entsprechend beworben, in deutsch-, englisch- auch französischen Schriften war das Sanatorium als die „vollkommenste Einrichtung zur Behandlung von Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie, nervösen Zuständen, Morphinismus, Kokainismus, Alkoholismus etc.“ beschrieben.²⁹⁴

Die Werbebroschüren, Plakate und Prospekte wurden an die psychiatrische und neurologische Patienten behandelnde Ärzte der gesamten Monarchie verschickt, das erhoffte Einzugsgebiet sollte gemäß der Planenden auch West- und Südrußland,

²⁹² STARLINGER, Einiges über Irrenklinik, Irrenanstalt, Irrenpflege in den letzten 25 Jahren, 417.

²⁹³ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 499 / 1907. Abbildungen diverser Heilverfahren finden sich im Anhang.

²⁹⁴ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel 'Anstaltsdienst' o. Z. / 1913. Das Hausorchester, die Zentralheizung und das elektrische Licht wurden ebenfalls mit beworben. Abdruck eines Plakates in: BLACKSHAW, TOPP (Hg.), Madness & Modernity, 92.

Rumänien, Bulgarien und die Türkei umfassen.²⁹⁵ Die Kosten für die Unterbringung mussten die Patienten selbst bezahlen, in der ersten Verpflegungsklasse beliefen sich diese zum Zeitpunkt der Eröffnung auf 20 Kronen pro Tag, in der zweiten Klasse wurde die Hälfte verrechnet. Vergleichend dazu waren die Gebühren für die Unterbringung in der Heil- und Pflegeanstalt (3. Klasse) mit sechs Kronen, die der vierten Stufe mit zwei Kronen und sechzig Pfennig beziffert worden.²⁹⁶ Im Sanatorium gab es eine „Gesellschafterin“,²⁹⁷ und es war die Möglichkeit vorgesehen dass PrivatpflegerInnen mitgebracht werden konnten. Letzteres war von der Anstaltsleitung zwar nicht gerne gesehen und auch nur zulässig, wenn sich diese Personen ausdrücklich der Direktion, beziehungsweise dem Abteilungsleiter und der Hausordnung unterstellten, erschien der Leitung aber notwendig *„da der Betrieb des Sanatoriums gewisse Rücksichten auf die Wünsche der Angehörigen der Kranken notwendig macht“*.²⁹⁸ Auch umgekehrt war es in Ausnahmefällen möglich gewesen, dass Patienten im Falle ihrer Entlassung der Anstalt zugehörige Pflegepersonen privat anstellten beziehungsweise die Direktion diese hierzu beurlauben konnte.²⁹⁹

Aufgrund der anfänglich nur geringen Auslastung des Sanatoriums wurde relativ bald eine sogenannte Zwischenklasse eingerichtet. Diese war für Patienten gedacht, die sich die zweite Klasse des Sanatoriums nicht mehr leisten konnten, deren Angehörige aber die dritte Klasse, nämlich die Unterbringung in der Heilanstalt vermeiden wollten. Diese Regelung führte auch tatsächlich zu der von der Leitung angestrebten Steigerung der privat zahlenden Patienten. Der Hintergrund der zuvor gesunkenen Patientenzahlen war mit der umstrittenen Frage der Überweisungspraxis verbunden. Die Anzahl derjenigen, die sich direkt an den leitenden Arzt der Institution wandten war rückläufig: Unter Alexander Pilcz wurden in 126 Fällen ein Aufnahmeparere ausstellt, 1910, als die Leitung des Sanatoriums Josef Berze übertragen wurde, waren es nur mehr 84 Fälle. Die Gründe hierfür wurden unter anderem darin vermutet, dass die von Wagner-Jauregg geleitete Klinik weniger Patienten überwies.³⁰⁰

²⁹⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ 35 / 1910. Insgesamt wurden 8650 Plakate und 5176 Prospekte angefordert. Dokumentiert ist auch die Bewerbung eines Reklamebüros, welches Inserate sogar in einer russischen Zeitung schalten wollte, die an allen Bahnhöfen ausgegeben wurde. In: Ebd., o. Z. / 1910.

²⁹⁶ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1910.

²⁹⁷ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 1700 / 1907.

²⁹⁸ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Pfleger-Angelegenheiten´ D 150 / 1910.

²⁹⁹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Pfleger-Angelegenheiten´ 28 / 1910.

³⁰⁰ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Krankenangelegenheiten´ o. Z. / 1911, Schreiben vom 13. Jänner 1911.

Um dem Sanatorium ausreichende Belegzahlen gewährleisten zu können, wurde der ärztliche Dienst an den anderen Sanatorien angeglichen. Darin bestanden zwei wesentliche Unterschiede: einerseits waren in Privatsanatorien pro Arzt weit weniger Patienten zu versorgen³⁰¹, andererseits war jeder Patient einem bestimmten Arzt zugeordnet, somit ausschließlich von diesem behandelt worden. Der ärztliche Dienst im Sanatorium *Am Steinhof* wurde von einem Primar geleitet der auch für die administrativen Angelegenheiten zuständig war. Diese Tätigkeiten wurden in privaten Anstalten zumeist von deren Besitzern durchgeführt. Zudem benötigten von den insgesamt 320 oder 330 *Am Steinhof* untergebrachten Patienten etwa ein Drittel wegen des terminalen Stadiums ihrer Erkrankung weniger eine ärztliche Therapie als vielmehr eine intensive Pflege. Aufgrund dieser Bedingungen behandelte ein Arzt 55 Kranke, ein Verhältnis welches, wie es hausintern hieß, sich durchaus mit dem privater Sanatorien vergleichen ließ. Mit der neuen Behandlungsorganisation wurde vorerst den freiwillig eintretenden „Neurastheniker und Hysterikern“ der Pavillons Austria und Vindobona ein eigens für sie zuständiger Arzt zugewiesen. Auf diese Weise sollte jeder Patient wenigstens einmal täglich, jeden zweiten Tag vormittags und nachmittags visitiert werden.³⁰² Offenbar hatte sich dies gut bewährt, bald danach wurde der Dienstplan für die Ärzte gemäß dem Reformmodell umgestellt.³⁰³

Dennoch zeigte der langjährige Betrieb des Sanatoriums, dass auch die luxuriöse Einrichtung nicht zu einer ausreichenden Zahl der gewünschten Patienten geführt hatte. Seitens der Anstaltsleitung wurde der Grund für die sinkenden Belegzahlen darin gesehen, dass die meisten Patienten oder deren Angehörige ein Einzelzimmer wünschten, dies aber nur in der ersten Klasse möglich war, die überwiegende Anzahl der Patienten waren in Zimmer mit zwei bis vier Kranken untergebracht.³⁰⁴ Diese insbesondere für die finanzielle Leitung bestehende Problematik sollte bis zum Ende des Bestehens dieser Einrichtung weiter bestehen bleiben.

³⁰¹ So waren beispielsweise im Sanatorium Pressbaum 35, im Sanatorium Svetlin 70 und im Sanatorium Pokorny 110 Kranke untergebracht.

³⁰² WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` o. Z. / 1911.

³⁰³ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` D 20 / 1911. Schreiben vom Landesausschuss, 3. April 1911.

³⁰⁴ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Kranken-Angelegenheiten` o. Z. / 1912. Anfrage aus Brixen zwecks Einrichtung eines Sanatoriums.

3.3. „Die Beschäftigung der Geisteskranken ist ein wichtiger therapeutischer Faktor“³⁰⁵

Als das „souveränste Mittel in der Behandlung von Geisteskranken“ galt allgemein die Beschäftigungstherapie. Die architektonische Anordnung der Pavillons, beziehungsweise die Einteilung psychischer Krankheit entlang baulicher Gegebenheiten fand ihre Fortsetzung in den zahlreichen Möglichkeiten für diese Form der Therapie. Auf den Stationen wurden zahlreiche Tagräume eingerichtet der Tagesablauf der PatientInnen entsprechend modifiziert. Starlinger, der wesentlich an der Planung der Anstalt beteiligt war, meinte diesbezüglich euphorisch: *„Man sieht schon heute unter der lebhafteren Pflege nicht mehr jene abstoßenden Gestalten, wie solche in den alten Anstalten nicht selten zu sehen waren und die nicht ganz mit Unrecht als Kunstprodukte der alten Wartung hingestellt wurden. Wie im Wachsaaal durch die Bettbehandlung Beruhigung erzielt wird, so soll in den Werkstätten und Industrietagräumen wieder Leben und Frische geweckt werden.“*³⁰⁶

Die Arbeits- beziehungsweise Beschäftigungstherapie, deren Bezeichnung zumeist synonym verwendet wurde, war bereits in Mauer-Öhling systematisch aufgebaut worden; gemäß der Sichtweise der Mediziner waren *„Arbeit und Vergnügen im psychiatrischen Sinne ziemlich gleichwertig“*. Ihr war eine ähnlich große Bedeutung in der Behandlung der Geisteskranken zugeschrieben worden wie der einige Jahrzehnte zuvor initiierten zwanglosen Behandlung. Sowohl ökonomische Gründe als auch deren therapeutische Bedeutung wurden wiederholt benannt. Nicht nur war die Verpflegung der Kranken dadurch kostengünstiger, sondern das Ansehen der aus öffentlichen Geldern finanzierten Anstalten erfuhr auf diese Weise die Möglichkeit zur Rechtfertigung ihres Bestehens. Darüber hinaus verfehle der „neue Anstaltsgeist“ auch nach außen hin nicht an Wirkung, *„der Anblick der offenen und friedlich arbeitenden Gruppen von Geisteskranken“* die von ihren Ideen abgelenkt sein sollten,

³⁰⁵ August HEGAR-WIESLOCH, Ueber Arbeitsentlohnung in unseren Irrenanstalten. In: Wiener klinische Wochenschrift, Bd. 20, Nr. 13 (1907) 393.

³⁰⁶ STARLINGER, Einiges über Irrenklinik, Irrenanstalt, Irrenpflege in den letzten 25 Jahren, 420.

waren ein wesentliches Moment der Öffnung der bislang nur schwer zu überwindenden Anstaltsmauern.³⁰⁷

Unter den Anstaltsdirektoren galt die Frage der Bezahlung der arbeitenden Patienten als sehr umstritten, manche meinten, dass eine solche zu leisten sei, da man nur auf diese Weise den erwünschten positiven Anreiz erzielen könne.³⁰⁸ Andere waren wiederum der Ansicht, dass es zutreffender sei von Arbeitsbehandlung als von Beschäftigungstherapie zu sprechen, denn: *„eine einfache Beschäftigung reiche nicht aus, die meisten der Patienten bedürfen einer psychisch tiefer wirkenden Arbeit, welche nicht zerstreut, sondern sammelt, welche inhaltlich den ganzen Menschen packt, so dass er sich ihr ganz hingibt und mit dem wachsenden Gefühl der eigenen Leistungsfähigkeit einen sicheren Boden unter sich und ein festes Ziel vor sich sieht. [...] Die Arbeit wird so ein wirkungsvolles psychotherapeutisches Mittel.“*³⁰⁹ Eben jener der Arbeit zugeschriebener Heilfaktor wurde in einem Umkehrschluss zum zentralen Argument gegen die Bezahlung der Pfleglinge. Darüber hinaus bestünde sonst auch die Gefahr, dass die Kranken selbst, aber zum Schaden ihrer eigenen Gesundheit zur Arbeit drängen würden. Ein weiteres Argument gegen eine Honorierung war die Sorge, dass dadurch in der Umgebung der Anstalt wirtschaftliche Nachteile entstehen könnten.³¹⁰

In den Statuten der Anstalt *Am Steinhof* wurde die Beschäftigung der Kranken als Beruhigungs- und Heilmittel definiert. Darüber hinaus wurde festgelegt, dass kein Kranker zur Arbeit gezwungen werden durfte. Dieser Logik folgend war für die arbeitenden Pfleglinge auch keine Entlohnung vorgesehen. Am Ende jedes Jahres war ein Gesamtpauschalbetrag zu ermitteln, der in die sogenannte Krankenverdienstkasse eingezahlt, beziehungsweise von der aus Kostzubeußen,

³⁰⁷ Josef STARLINGER, Beschäftigungstherapie von Geisteskranken. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 27 (1906) 379-382. Bericht zur Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 6. Oktober 1906. Hier: 381.

³⁰⁸ HEGAR-WIESLOCH, Ueber Arbeitsentlohnung in unseren Irrenanstalten, 393; Vgl. zu der in Mauer-Öhling *„schon seit 1869 bestehenden segensreichen statutenmäßigen Einrichtung der Arbeitsentlohnung an die Pfleglinge“*: BRESLER, Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens, 262.

³⁰⁹ Max LAEHR, Ueber Beschäftigungstherapie für Nervenranke. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 27 (1906) 382-385. Bericht zur Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie am 6. Oktober 1906. Hier: 382.

³¹⁰ Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 153f. Rezension des Buches: Max Fischer, Wirtschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge.

bessere Kleidung, Ausflüge, Weihnachtsgeschenke oder auch die Unterstützung entlassener Kranker und deren Angehöriger finanziert wurden.³¹¹

Die Arbeiten der Pflinglinge wurden vom Direktor verfügt, er bestimmt die Art der Beschäftigung, welche sich neben anderen Gründen vor allem nach den ökonomischen Bedürfnissen der Anstalt richtete. Diese Kranken standen unter der besonderen Aufsicht eines – dem Direktor der Anstalt direkt unterstehenden – Wirtschaftsarztes, welchem die Zuteilung der Arbeit an die Patienten und deren Überwachung oblag. Sein Tätigkeitsbereich umfasste zudem die Organisation aller Veranstaltungen, die zwecks „Unterhaltung und Zerstreuung“ sowohl für die Kranken als auch für das Pflegepersonal regelmäßig stattfanden.³¹²

Ein zentrales Ziel der Anstaltsleitung war es den Eigenbedarf weitestgehend als Selbstversorgungsbetrieb decken zu können. Die Arbeitspfleger hatten die Aufgabe die Patienten zu überwachen, die zwar geschützt durch die Anstaltsmauer, aber außerhalb der Abteilungen beispielsweise auf der großen Obstbaumanlage gearbeitet haben. Jeder dieser Pfleger hatte eine Patientengruppe anzuleiten und zu beaufsichtigen.³¹³ Für die Patienten waren unterschiedlichste Tätigkeitsbereiche vorgesehen, es gab vier Gewächshäuser, in denen eine Vielzahl unterschiedlichster Pflanzen bis hin zu Palmen gezogen wurde, um nicht nur die Krankengärten und Balkone, sondern um auch, wie es hieß, die Innenräume der Pavillons großzügig mit Blumenschmuck versehen zu können. Darüber hinaus waren eine Spargel-, eine Forellenzucht und ein Weingarten Teil der Anstalt.³¹⁴ Patienten waren auch mit Schreibarbeiten beschäftigt worden; Frauen wurden vorzugsweise in der Küche, in der Wäscherei oder allgemein für Aufräumarbeiten auf den Stationen eingesetzt. Die insgesamt 21 Werkstätten dienten explizit sowohl der Beschäftigungstherapie als auch der „Verbilligung des Anstaltsbetriebes“. Diese wurden von den sogenannten Werkführern geleitet, bei Bedarf wurden ihnen Hilfskräfte zugewiesen. Zu diesen nicht

³¹¹ Statut für die N.Ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalten, §29; Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 12 (1910/11) 326. Anträge der Primärärzte für die Auszahlungen waren vom Direktor zu berücksichtigen.

³¹² SCHLÖß, Die Organisation des ärztlichen Dienstes, 240-245. Darüber hinaus war der Wirtschaftsarzt Assistent des Direktors in allen wirtschaftlichen Fragen und hatte die Verantwortung über die Bibliothek und die ärztliche Behandlung der Angestellten und deren am Anstaltsgelände wohnender Angehöriger inne. Es gab zwei unterschiedliche Bibliotheken, eine für die Mediziner zur wissenschaftlichen Arbeit und eine für die Patienten und Patientinnen. Hier: 242.

³¹³ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 63 / 1908. Aufgrund des weitausgedehnten Areals der neuen Anstalt waren beim Landesausschuss weitere Stellen für Arbeitspfleger angefordert worden.

³¹⁴ Franz ROSKOPF, Die Administration der n.ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08)245-248.

technischen Betrieben zählten die Schusterei, Schneiderei, Korbflechtere, Buchbinderei, Buchdruckerei, Laubsägerei und auch eine Näherei.³¹⁵ Aufsicht über die dort arbeitenden Patienten hatten die sogenannten Professionistenpfleger. Diese haben entweder vor ihrer Tätigkeit als Pfleger in den jeweiligen Berufen gearbeitet, oder aber es wurden von der Anstalt als geeignet befundene Pfleger entsprechend weitergeschult.³¹⁶ Umgekehrt waren auch Pflinglinge in den Werkstätten sowohl aus ethischen, humanitären, aber auch aus materiellen Gründen ausgebildet worden. Insbesondere letzterer Aspekt wurde anstaltsextern nicht selten kritisiert, da psychisch Kranke auch als „*unnatürliche Konkurrenz gegen die gesunden Arbeitskräfte, übertriebene Hochstellung und künstliches Hinaufschrauben minderwertiger Arbeitsleistungen*“ angesehen wurden. Gemäß der psychiatrischen Sichtweise galten die Kranken aber nur als „*halbe oder gar nur viertel*“ Arbeitskräfte, folglich wäre dieser Aspekt auch kein Hindernis in der über die Arbeitstherapie angestrebten Popularisierung der Anstalten für psychisch Kranke.³¹⁷ Die Abteilungsvorstände wurden seitens der Direktion immer wieder dazu angemahnt, die Kranken auch wirklich zur Arbeit einzuteilen. Die Traktpfleger hatten die Aufgabe die Patienten zur Arbeit anzuhalten und nicht zu dulden dass sie ohne ärztliche Bewilligung von einer solchen fernbleiben konnten. Kam es zu einer Abnahme der beschäftigten Patienten mussten auswärtige Arbeiter herangezogen werden, ein Umstand der keineswegs im finanziellen Interesse der psychiatrischen Institution stand.³¹⁸

Die ökonomische Ausrichtung der Beschäftigungstherapie zeigte sich noch deutlicher an der Hausordnung der Anstalt, die festlegte, dass Kranke auch für private Arbeiten von den am Anstaltsgelände wohnenden Angestellten engagiert werden konnten. Dieser besondere Umstand war von einer Reihe einschränkender Bestimmungen geregelt, ein Außerachtlassen der Vorschriften zog die Entziehung dieser Begünstigung nach sich. Patienten durften von den Privatparteien nur zu Arbeiten herangezogen werden, die innerhalb des Anstaltsgeländes zu verrichten waren. Das

³¹⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1917. Insgesamt waren in den Werkstätten und mit den Schreibarbeiten durchschnittlich 600 Patienten beschäftigt.

³¹⁶ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Entwürfe´ o. Z. / 1908.

³¹⁷ Josef STARLINGER, Zum Ausbau des Anstaltswesens. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 129-135. Hier: 131.

³¹⁸ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 3 A, Faszikel `Circulanden´ o. Z., Schreiben vom 5. Jänner 1909. Es finden sich zahlreiche Ermahnungen seitens des Direktors Heinrich Schloß, wie beispielsweise aus dem Jahre 1908, als durchschnittlich nur 12% aller Kranken gearbeitet haben. In: Ebd., Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1908; Ebd., Faszikel `Circulanden´ o. Z. / 1910. Beschwerde vom 15. Jänner 1910, dass deren Zahl um 200 abgenommen habe.

Interesse der Anstalt musste vorrangig bleiben und durfte keinesfalls geschädigt werden. Ein Anspruch auf eine Überweisung von Patienten, konnte seitens der Angestellten nicht geltend gemacht werden, hierzu musste ein Ansuchen an die Direktion gestellt werden.³¹⁹

Patienten, die für Haus- oder Gartenarbeiten³²⁰ eingesetzt wurden, durften analog zu allen anderen Tätigkeiten nicht entlohnt werden, für die Arbeitsleistung musste eine entsprechende Entschädigung an die Krankenverdienstkassa gezahlt werden. Eine darüber hinausgehende Entlohnung durfte nur an das Traktpflegepersonal ausbezahlt werden, niemals aber direkt den Kranken. Die wiederholten Stellungnahmen der Anstaltsleitung verweisen jedoch viel eher auf die jenseits der zahlreichen Regelungen bestehende Realität, dass diese Bestimmungen wohl auch immer wieder missachtet wurden. So ist dokumentiert, dass Patienten zu schweren Arbeiten wie Holzspalten, Fenster putzen, Aufreiben, Wäsche waschen, oder Tragen schwerer Lasten herangezogen wurden, wo doch die Beschäftigungstherapie, wie stets gemahnt wurde, den Charakter eines Heil- und Beruhigungsmittels haben sollte.³²¹ Diese Regelungen wurden auch in anderer Hinsicht nicht vorschriftsmäßig erfüllt worden, da die Patienten wiederholt von ihren Auftraggebern direkt bezahlt wurden, ein Umstand, der zu Unzufriedenheit bei denjenigen Insassen führte, die keinen Lohn erhielten. Darüber hinaus bestand die Sorge, dass manche Kranke beispielsweise mit Botengängen oder Einkäufen eine zu große Freiheit erlangen könnten.³²²

Die Institution *Am Steinhof* galt jedoch allgemein als mustergültig, so hätten „*Hygiene und äußere Haltung der Kranken in den modernen Heil- und Pflegeanstalten eine solche Höhe erreicht, dass man bereits den Vorwurf des Luxus nicht selten zu hören bekommt.*“³²³ Als die großen Fortschritte in der praktischen Psychiatrie galten neben dem Ausbau der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie in den zahlreichen Werkstätten der Institution allgemein die Weiterführung der non-restraint-Behandlung mit dem neuartigen System der Isolierungen. Zudem waren die Bettbehandlung in den Wachsälen und die Einführung der Bäderbehandlung bei agitierten Kranken allgemein

³¹⁹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1910. Pro Patient und Tag waren 10 Heller, beziehungsweise 3 Kronen monatlich an die Krankenverdienstkassa zu bezahlen. Keinesfalls durften Kranke direkt bezahlt werden, sodass es zu keinen Begünstigungen kommen konnte.

³²⁰ Die Arbeit in den privaten Gärten der Anstaltsangestellten, der sogenannten Anstaltsfunktionäre, waren zum überwiegenden Anteil von Patienten durchgeführt worden. In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 1423 / 1907.

³²¹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, D 79/ 1 / 1908.

³²² WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ D 158 / 1908.

³²³ STARLINGER, Einiges über Irrenklinik, Irrenanstalt, Irrenpflege in den letzten 25 Jahren, 416.

anerkannte therapeutische Verfahren sowohl zur Beruhigung als auch zur Heilung.³²⁴ Die Veränderungen in der `modernen Anstaltspsychiatrie` bestanden somit sind nicht nur in dem enormen Bau der Institution an sich, sind also nicht in rein quantitativer Hinsicht zu lesen. Ein zentrales Anliegen der Verantwortlichen war die angestrebte Annäherung einer Anstalt für Geistesranke in die Richtung der Funktionen eines Krankenhauses. Alle diese Neuerungen basierten wesentlich auf einem gut ausgebildeten und auch sozial sichergestellten Pflegepersonal.

3.4. „Irrenwärter als Teil des Arzneiapparates“: Die historischen Lebens- und Arbeitswelten und die Bedeutung der Pflege in der `modernen Psychiatrie`

Ein früher Hinweis zu Bestrebungen einer Verbesserung der allgemeinen Lage für die Pflegenden findet sich in der 1862 preisgekrönten Schrift namens „Der Irrenwärter bildet einen Teil des Arzneiapparates“.³²⁵ Deren technisch anmutender Titel verweist auf die wachsende Bedeutung der Pflege, die ihr von der sich an den Naturwissenschaften ausrichtenden Psychiatrie zugeschrieben wurde und deren Verantwortliche zusehend erkannten, dass die Reformen der Anstaltspsychiatrie einer grundlegenden strukturellen Basis bedurften. Ziel der Publikation war es eine Reform der Arbeits- und auch der Lebensbedingungen des Pflegepersonals, welches der vollen Disziplinargewalt der Direktion unterworfenen war, zu initiieren. Die darauf erfolgten Änderungen bestanden vor allem darin, dass Vergehen der Pflegenden gegen die Dienstordnungen „nur“ mit Verweisen, Geldstrafen, Degradierung oder auch fristloser Entlassung, nicht mehr aber mittels körperlicher Strafen geahndet werden durften.

³²⁴ M. SANDER, Zur Behandlung der akuten Erregungszustände. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 351-355.

³²⁵ Diese Schrift stammte von Wilhelm Gustav Seifert und wird zitiert in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 193. Dieses Kapitel ist die überarbeitete Fassung eines bereits vorliegenden Artikels: Sophie LEDEBUR, Die historischen Lebens- und Arbeitswelten der Pflegenden der Wiener psychiatrischen Anstalten Am Steinhof im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. In: GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe, 207-220.

Der Vergleich mit der Situation im Allgemeinen Krankenhaus zeigt dass die körperliche Züchtigung als Strafmaßnahme für die Wärter noch lange Teil der offiziellen Dekrete bleiben sollte. Aus den dortigen sogenannten „Conduit-Listen“ geht allerdings nicht hervor, ob diese auch tatsächlich noch angewandt wurden. Die Niederösterreichische Landesregierung hatte sich 1835 bei einer Diskussion zur endgültigen Abschaffung der heute drakonisch anmutenden Strafen für deren Beibehaltung ausgesprochen.³²⁶ Eine Umfrage aus dem Jahre 1897 eines Großteils der deutschen, österreichischen und schweizerischen Anstalten zeigt, dass im Falle von Dienstvergehen beinahe in allen Anstalten Geldstrafen und Ausgangsentziehungen ausgesprochen wurden. Ausnahmen davon stellten lediglich die Privatanstalten dar, die durchwegs keine Sanktionen dieser Art setzten.³²⁷ Die angestrebten Neuerungen sind in einem engen Zusammenhang mit der *non-restraint*-Bewegung und der daran anschließenden humaneren Behandlung der psychisch Kranken zu sehen. Die Anforderungen an Fähigkeiten und Verhalten des Wartepersonals waren gestiegen, ein „gutes Wartepersonal“ avancierte von einem ständigen Problem zu einem Teil der Reformen.³²⁸ Erwin Stransky wusste am 1906 tagenden Internationalen Kongress für Irrenfürsorge in Mailand die vergleichsweise liberaleren Tendenzen in den österreichischen Anstalten zu betonen. So waren zu diesem Zeitpunkt Geldstrafen nicht mehr üblich und freie Ausgänge nur mehr selten gesperrt, nächtliche Strafwachen stellten jedoch weiterhin allgemein übliche Disziplinierungsmaßnahmen dar.³²⁹

Die Themen der „Internationalen Kongresse für Irrenpflege“³³⁰ zeigen deutlich, dass der Pflege der Geisteskranken innerhalb des Spektrums der therapeutischen

³²⁶ Ilsemarie WALTER, Pflege als Beruf oder aus Nächstenliebe? Die Wärterinnen und Wärter in Österreichs Krankenhäusern im 19. Jahrhundert (Frankfurt am Main 2004) 143f.

³²⁷ Die Situation für die Pflegenden war auch im internationalen Vergleich keineswegs besser: Karl Heinrich Esse, der langjährige Verwaltungsdirektor der Charité in Berlin hielt 1857 in der Dienstinstruktion fest, dass die Pflegenden der vollen Disziplinargewalt der Direktion unterworfen seien, bei Verstößen gegen Dienstanweisung wurden sie mit Lohnkürzungen, Einschränkungen oder Entzug des Urlaubs, der Mahlzeiten oder auch sofortiger Entlassung bestraft. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 193.

³²⁸ Kai SAMMET, Gute Arbeit: „pflichtgemäße Führung“ und „höhere Anforderungen“ : Beurteilungsmuster des Wärterverhaltens und die Einführung des Non Restraint in der Charité in den 1860er Jahren. In: Sudhoffs Archiv 88 (2004) 210-225; Ders., Controlling space, transforming visibility: Psychiatrists, nursing staff, violence and the case of Hematoma auris in German psychiatry ca. 1830-1880. In: MORAN, TOPP, ANDREWS (Hg.) Madness, Architecture and the Built Environment, 287-304; Cecil aan de STEGGE, Changing Attitudes, 331-380.

³²⁹ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 193f.

³³⁰ Der „Dritte internationale Kongress für Irrenpflege“ tagte 1908 in Wien, 1910 fand der vierte, gleichnamige Kongress in Berlin statt.

Möglichkeiten zunehmend eine zentrale Rolle zugeschrieben worden war. Hierbei ist anzumerken, dass der Terminus „Irrenpflege“ sich um 1900 auf eine Vielzahl vorwiegend organisatorischer und praktischer Aspekte der Anstaltspsychiatrie bezog. Im Folgenden sollen die Reformen, welche bereits einige Jahre vor der Gründung der Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* einsetzten, unter der Berücksichtigung sozialhistorischer Aspekte dargestellt werden.³³¹

Rund um die Wende zum 20. Jahrhundert wurde eine ganze Reihe von Publikationen zu unterschiedlichsten Fragen der Pflege psychisch Kranker herausgegeben.³³² Während des gesamten 19. Jahrhunderts waren bittere Klagen über das unfähige Personal zu hören, deren Wahrheitsgehalt sich nur schwer ausmachen lässt. Das vermehrte Interesse an Verbesserungen für die psychiatrische Pflege ist keineswegs unabhängig von der in diesem Zeitraum deutlich wahrnehmbaren öffentlichen Kritik an den stationären Versorgungseinrichtungen zu sehen.³³³ Josef Starlinger schrieb der Pflege größte Bedeutung zu indem er feststellte, dass sich *„eine moderne Anstalt heute nicht mehr so sehr durch einen modernen Bau als ein modernes Pflegepersonal charakterisiert.“*³³⁴

Allen erwähnten Schriften war gemeinsam, dass sowohl hinsichtlich der Frage einer Ausbildung als auch der Lebensbedingungen der Pflegenden Reformen erfolgen sollen. Der zeitgenössische Diskurs, beziehungsweise die archivierten Quellen zur sozialen Stellung dieses Berufes zeugen aber von einer enormen Ambivalenz. So hieß es, dass *„alle Irrenpflege und Anstaltsbehandlung in letzter Linie eine Pflegerfrage [sei]. Was immer an Pflege und Behandlungsarten ersonnen werden mag, immer ist dabei die pflegerische Hand nötig und nicht selten ist deren Ausdauer,*

³³¹ Vgl. allg. zur Geschichte der psychiatrischen Pflege: Dorothee FALKENSTEIN, „Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel ...“. Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf (Frankfurt am Main 2000); Sabine BRAUNSCHWEIG, Die Entwicklung der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz. In: Ilsemarie WALTER, Elisabeth SEIDL, Vlastimil KOZON (Hg.), *Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege* (Wien 2004) 113-122.

³³² Z.B: Heinrich SCHLÖß, *Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal. Vom niederösterreichischen Landes-Ausschuß für den Unterricht an den Landesirrenanstalten bestimmtes Lehrbuch* (Wien, Leipzig 1898; 2. Aufl. 1909); Max TIPPEL, *Leitfaden zum Unterricht in der Behandlung und Pflege der Geisteskranken für das Pflegepersonal* (Berlin 1897); Hans WILDERMUTH, *Ueber die Aufgaben des Pflegepersonals bei Epileptischen* (Halle a. S. 1898); Ludwig SCHOLZ, *Leitfaden für Irrenpfleger* (Halle an der Saale 1900). Letztere erlangte vom Verein der deutschen Irrenärzte einen Preis.

³³³ Vgl. dazu ausführlicher: Kai SAMMET, *Sozialistenfurcht, Psychiatriekritik, Arbeit am Kranken und das Feld der Anstaltspsychiatrie: L. Scholz´ (1868-1918) „Leitfaden für Irrenpfleger (1900)“*. In: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde* 10 (2004) 165-187.

³³⁴ STARLINGER, *Über den gegenwärtigen Stand*, 54.

*Willigkeit und Geschicklichkeit ausschlaggebend für unser Wirken und für unseren Erfolg. [...] Sich um die Pflegerfrage zu kümmern, heißt praktische Irrenpflege zu betreiben.*³³⁵ Mit dieser im Zuge der Einführung der 'modernen Psychiatrie' zunehmend häufig zu lesenden euphorischen Bedeutungszuschreibungen wurden sehr große Anforderungen an die Pflegenden gestellt, deren soziale und materielle Lage aber von schwersten Arbeitsbedingungen, großen Unsicherheiten und Abhängigkeiten geprägt waren.

Das im Vordergrund stehende Problem der leitenden Ärzte und Verwalter vieler psychiatrischer Anstalten war der häufige Wechsel des Pflegepersonals. Der Anstoß zu Änderungen war nicht von der Berufsgruppe selbst, sondern von Medizinern ausgegangen, da, wie sie meinten, erst ein gut ausgebildetes, am Anstaltsgelände wohnendes und damit sesshaftes Personal die vielen Missstände beheben könne. Das Bestehen eines dringenden Reformbedarfs war allgemeiner Tenor, zur Förderung des sogenannten „Wartedienstes“ sollten sowohl die Arbeits- und Erholungszeiten, als auch die Bezahlung und die soziale Absicherung verbessert werden. Für viele Anstaltsleiter und Verwaltungsbehörden galt jedoch die systematische Ausbildung als die wichtigste Grundlage einer erneuerten Stellung der psychiatrischen Pflege.³³⁶

Ein Jahr später wurde vom Niederösterreichischen Landesausschuss als oberster Verwaltungsbehörde eine Reform initiiert. Die „Beschlüsse zur Hebung des Pflegepersonals in den öffentlichen Irrenanstalten“ führten zu zahlreichen über einen Zeitraum von mehreren Jahren reichenden Änderungen und nahmen bereits in der alten Anstalt *Am Brünnefeld* ihren Anfang. So wurden im März 1899 die Löhne der Pfleger und Pflegerinnen für das gesamte niederösterreichische Verwaltungsgebiet angehoben und, was im Vergleich zu anderen Anstalten als Besonderheit gewertet wurde, für Männer und Frauen einheitlich geregelt. Zudem wurde eine Altersversorgung eingeführt, nach dreißigjähriger Dienstzeit sollte der volle Lohn als Rente ausbezahlt werden. Die „Erleichterungen des Dienstes“ bestanden in der Einrichtung von eigenen Speise- und Erholungsräumen für die Pflegenden, vor allem auf den Abteilungen für unruhige oder unreine PatientInnen. Den Anstaltsleitern wurde nahegelegt, sich auch um die „Belehrung und Zerstreuung“ der Angestellten zu

³³⁵ Josef STARLINGER, Zum gegenwärtigen Stand der Pflegerfrage. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 378. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 4. Oktober 1907.

³³⁶ Einblicke in die zahlreichen Missstände finden sich in der Zeitschrift: Die Irrenpflege. Monatsblatt zur Hebung, Belehrung und Unterhaltung des Irrenpflegepersonals, mit besonderer Berücksichtigung der freien Behandlung, der kolonialen und familiären Krankenpflege. Diese erschien erstmals 1897 in Halle und wurde von Konrad Alt, Direktor der Landes - Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe, herausgegeben.

kümmern. So wurden beispielsweise von der neuen Anstaltsleitung gemeinsame Tanzabende für Pflegende und Patienten organisiert.³³⁷ Im Jahr der Eröffnung von *Steinhof* wurde ein „Pfleger-Unterstützungs-Verein“ initiiert, der allerdings mit seiner Existenz indirekt wohl eher auf eine bittere Notwendigkeit verweist.³³⁸

Neben diesen für die Lebens- und Arbeitsbedingungen grundlegenden Aspekten zeigt insbesondere die Frage der Ausbildung und der Wohnmöglichkeiten die Zielsetzungen der Anstaltsleitungen gegen den „ungesunden Wandertrieb“³³⁹ des Pflegepersonals klar auf. Der Wechsel der Pflegenden belief sich im Durchschnitt an die 50% pro Jahr, die meisten verließen innerhalb des ersten halben Jahres den Dienst in der Anstalt, „*der größte Teil scheidet strafweise aus, oder als unbrauchbar, oder wegen Unlust*“.³⁴⁰ Pflegerinnen verließen den Dienst auch wegen veränderter Familienverhältnisse. Allgemein wechselten viele in andere Berufe, aber auch Krankheit und Tod waren nicht eben selten, erfahrenes Personal, welches länger als etwa ein Jahrzehnt gearbeitet hätte, war nicht gegeben.³⁴¹ Das Erstellen solcher Daten, welche nicht zuletzt das steigende Interesse der leitenden Anstaltsärzte an einer Verbesserung der Situation der Pflegenden zeigen, bieten indirekt einen Blick in die Arbeitsbedingungen an der psychiatrischen Anstalt.

Prinzipiell ist es wichtig festzuhalten, dass es um die Jahrhundertwende auch im internationalen Vergleich nur mehr vereinzelt Stimmen gab, die eine Ausbildung für die Pflegenden als unnötig bezeichneten. Hierzu wurden drei unterschiedliche Modelle diskutiert, so waren manche Anstaltsdirektoren der Ansicht, dass regelmäßige, bei den ärztlichen Rundgängen erteilte Anweisungen ausreichten. Starlinger, der sich in dieser Frage sehr engagierte, war wie auch viele andere seiner Kollegen der Meinung, dass das Modell einer eigens zu etablierenden Ausbildung zu kostspielig, da das Risiko, dass die praktische Arbeit sich als zu schwer erweisen könne, zu groß wäre. Als die eigentliche Schule sah er den Dienst in der Anstalt an. In England und in Sachsen gab es bereits um die Jahrhundertwende Schulen, die „Irrenpfleger“ ausgebildet hatten, bevor diese in den jeweiligen Institutionen ihre Arbeit

³³⁷ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, `Circulanden´ o. Z. / 1907. Diese wurden zwei Mal pro Woche veranstaltet. Das Sprechen der leitenden Anstaltsärzte über die Patienten und die Pflegenden ist generell als auffallend ähnlich zu bezeichnen.

³³⁸ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ 704 / 1907. Dieser Verein war auch in den Statuten der Anstalt verzeichnet worden.

³³⁹ Die Irrenpflege 2 (1897) 52f.

³⁴⁰ STARLINGER, Zum gegenwärtigen Stand der Pflegerfrage, 377.

³⁴¹ Ebd.

aufnahmen.³⁴² Das am meisten favorisierte Modell war allerdings die benannte anstaltsinterne Ausbildung der Pflegepersonen. Der Vergleich der Anstaltsberichte deutschsprachiger Länder zeigt, dass zwar unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt wurden, aber ein allgemeiner Konsens darüber bestand, dass die sogenannte „Pfleger“- oder auch „Wärterfrage“ als ein zentrales Moment innerhalb der angestrebten Reformen der modernen Anstaltspsychiatrie anzusehen sei.³⁴³

Bezüglich dieser Neuerungen zur Heranbildung und Schulung eines guten Pflegepersonals gilt es festzustellen dass es sich zu diesem Zeitpunkt nicht um den Versuch einer systematischen und allgemeinverbindlichen Regelung handelte. 1901 wurde das Modell der internen Ausbildung für alle niederösterreichischen Anstalten verbindlich eingeführt. Leiter anderer Institutionen sahen diese Vorgehensweise als viel zu weit gehend an, da man davon ausging, dass das im Vordergrund stehende Problem – nämlich der häufige Wechsel des Pflegepersonals – sich mit dieser Maßnahme nicht verringern würde. Die Ausbildung war für Niederösterreich folgendermaßen geregelt: Ein für alle verbindlich vorgeschriebener dreimonatiger Unterricht sollte innerhalb eines Jahres nach Dienstantritt absolviert werden. Die erfolgreich bestandene Prüfung war die Voraussetzung für ein Aufsteigen in höhere Lohnkategorien. Es wurde eine einmalige Chance gewährt diese Prüfung zu wiederholen. Für diese wurden prinzipiell keine Zeugnisse ausgegeben, die Prüfungsergebnisse wurden lediglich in einer Qualifikationstabelle und im Falle der Dienstbeendigung in ein Abgangszeugnis eingetragen.³⁴⁴ Diese Regelung war somit weder für alle in der Pflege Tätigen verbindlich, noch war sie für die Betroffenen ein Mittel, das sie im Falle eines Wechsels in eine andere Anstalt nutzen konnten. Unterschiedliche archivierte Auflistungen zeigen, dass etwa die Hälfte des Pflegepersonals diese Ausbildung in der Wiener Institution *Am Steinhof* durchlaufen hatte.

Die stetig steigende Zahl der Patienten, die zu geringe Zahl des Pflegepersonals, aber auch die weiterhin nicht unerhebliche Fluktuation machten 1910 weitere Reformen notwendig. So wurden Zugeständnisse beim Alter der Neueintretenden gemacht, diese durften nunmehr maximal 40 statt wie bislang 35 Jahre alt sein. Eine wichtige Neuerung war, dass von den Pflegenden im Falle einer Beschädigung

³⁴² Vgl. dazu auch: FALKENSTEIN, Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel ...“, 21.

³⁴³ STARLINGER, Zum gegenwärtigen Stand der Pflegerfrage, 378.

³⁴⁴ DEITERS, Zweiter Bericht über die Fortschritte des Irrenwesens. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 5 (1903/04) 141-146. Hier: 144.

anstaltseigenen Materials keine Geldstrafen mehr verlangt werden durften und auch die Zahlung des Krankengeldes verlängert wurde. Darüber hinaus wurde eine Probepflichtzeit initiiert. Diese war anfänglich für einen Zeitraum von sechs Wochen vorgesehen und wurde in der Folge aber auf drei Monate verlängert. Die Neueintretenden sollten in der Praxis auf „Intelligenz, Charakter und moralische Eigenschaften“ geprüft werden. Eine erste theoretische Ausbildung bezog sich auf „Hausordnung, Dienstinstruktion und Irrenkrankenpflege“ und legte somit wohl mehr Wert auf Ordnungsmaßnahmen als auf die Pflege selbst. Hierbei ist wichtig festzuhalten, dass erstmals Pflegenden in der einführenden Ausbildung maßgebend waren, die Prüfung selbst sollte jedoch von einem Mediziner abgenommen werden.³⁴⁵

Ein wiederholte Male thematisierter Aspekt das Pflegepersonal betreffend war dessen schlechte Bezahlung, welche zumeist mit der von Dienstboten verglichen wurde. Heinrich Schölls Argument gegen eine Lohnerhöhung war, dass das Pflegepersonal ja gänzlich versorgt sei, eine Altersversorgung und die Möglichkeit der Lohnerhöhung habe. Das für die allgemeine Krankenpflege oftmals postulierte Ziel die soziale Stellung des Pflegepersonals heben zu wollen, nicht zuletzt um Frauen, die „den besseren Ständen“ angehörten für diesen Beruf gewinnen zu können, war zwar im Zusammenhang mit der Bezahlung der PflegerInnen thematisiert worden. Der Leiter der Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* hatte allerdings dieses Ziel für die Psychiatrie als unerreichbar bezeichnet.³⁴⁶

Ein weiterer, die Bezahlung des Pflegepersonals betreffender Aspekt waren die traditionell zu Weihnachten ausbezahlten „Renumerationen“. Dieses Prinzip besonderer individueller Begünstigungen beispielsweise für lang andauernde Dienste an Infektionsabteilungen, die Pflege unruhiger und besonders intensiv zu betreuender Kranker, Vertretungen oder viele nächtliche Aufnahmen, waren freiwillige Leistungen

³⁴⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, ‚Pflegerangelegenheiten‘ o. Z. / 1909. Dokument vom 15. Juni 1909, betreffend die Pflegereform. Alle weiteren Regelungen über die Ausbildung, die spätestens ein Jahr nach Dienstbeginn zu absolvieren war, blieben aufrecht. Die Hierarchie der Pfleger sollte auch nach außen hin deutlich sichtbar sein, so war ein Streifen auf der uniformierten Kleidung das Zeichen der ersten Prüfung, die nach drei Monaten Dienst erfolgte, zwei Streifen waren bei bestandenerm Pflegerkurs, drei Streifen bei Traktpflegern, vier Streifen bei Oberpflegern angebracht.

³⁴⁶ Dies ist als ein wesentlicher Unterschied zur allgemeinen Krankenpflege anzusehen, deren höheres gesellschaftliches Ansehen auf der seit vielen Jahrhunderten bestehenden Tradition der katholischen Ordenspflege und der Diakonissen in den sogenannten Mutterhäusern beruhte. Die Gründung der ersten Krankenpflegeschule 1882 in Wien von Theodor Billroth im Rudolphinerhaus zielte ebenfalls explizit auf die Gewinnung von Frauen aus „höheren Ständen“. Eine gute Übersicht zur Geschichte der Pflege bietet: Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH (Hg.), Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Unter Mitarbeit von Christoph SCHWEIKARDT (Frankfurt am Main 2008).

seitens der Direktion, auf diese Zahlungen gab es keinerlei rechtlichen Anspruch.³⁴⁷ Insbesondere aber sind die hierbei archivierten Zahlungslisten ein Hinweis auf das enorme Ausmaß der erbrachten Arbeiten.

Eine wichtige Maßnahme um den Pflegeberuf von dem der Dienstboten abzugrenzen war neben den, allerdings nur geringen, Lohnerhöhungen, die Einstellung von Stubenmädchen, beziehungsweise Hausdienern, die, wie es hieß, die groben häuslichen Arbeiten auf den Abteilungen verrichten sollten. Dieses System wurde 1909 probeweise auf der Frauenseite des Sanatoriums eingeführt. Die anfänglichen Bedenken, dass zwei unterschiedliche Arten von Angestellten zu Konflikten führen könnten, sollten sich nicht bestätigen. Die Leitung sah sich überzeugt dieses Modell für die gesamte Anstalt einführen zu können, denn man hatte ganz im Gegenteil erkannt, dass nunmehr von den Pflegenden die *„strikteste Diensterfüllung verlangt werden konnte, ohne dass wie früher gewisse Ausreden vorgebracht werden.“*³⁴⁸

Dieser Umstand führt zu der Frage, aus welcher sozialen Schicht, beziehungsweise welche Schulbildung die Pflegenden vor ihrem Eintritt hatten. Eine anlässlich der geplanten Reform erstellte Erhebung zeigt, dass die früheren Berufe der Pfleger zu einem überwiegenden Anteil Hilfsarbeiter aus diversen Gewerben, aus der Landwirtschaft, oder auch Tagelöhner waren. Bei den Pflegerinnen werden zwei Drittel der nicht näher bestimmten Rubrik „sonstige Berufe“ zugeordnet, der nächstfolgende Anteil der früheren Berufe waren „gewerbliche Hilfsarbeiterinnen“. Mehr als die Hälfte aller Pfleger und zwei Drittel aller Pflegerinnen hatte lediglich die Volksschule absolviert. Von den insgesamt 460 in der Pflege Angestellten hatten 40 Männer und 52 Frauen eine Bürgerschule besucht, 40 Männer konnten eine Fach-, 10 weitere eine Mittelschulbildung vorweisen. Interessant erscheint auch der Umstand, dass Frauen im Vergleich zu Männern bereits in jüngeren Jahren diesen Beruf ergriffen haben.³⁴⁹

Der überwiegende Anteil der PflegerInnen war nicht verheiratet, damit hatten sie Anrecht auf eine sogenannte Schlafstelle innerhalb der Anstalt. Dieser Aspekt der „Seßhaftmachung“ des Personals stellte bereits in der Planungsphase der Anstalt ein

³⁴⁷ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ 3118 / 1905. Eine spätere Regelung sah vor, dass diese Zahlungen auch nur mehr für dauernde Mehrleistungen geleistet wurden.

³⁴⁸ Ebd., o. Z. / 1909.

³⁴⁹ Ebd., o. Z. / 1909. Eine Studie aus dem Jahre 1908 über Frauenarbeit zeigt, dass der Großteil der Pflegerinnen zuvor Dienstbotinnen, manche auch Hilfsarbeiterinnen, oder auch privat als „häusliche Arbeiterinnen“ tätig waren, weitere folgende Anteile waren Handarbeiterinnen und Krankenschwestern. In: Ebd., 280 / 1908.

sehr wichtiges Anliegen der Leitung dar. Die, wie es ausdrücklich hieß, von den Patienten nicht erreichbaren Zimmer befanden sich in den Aufbauten derjenigen Pavillons, wo auch der Dienst verrichtet wurde. Diese Räumlichkeiten mussten sich jeweils mehrere Pfleger beziehungsweise Pflegerinnen teilen.³⁵⁰ Waren Angestellte mit einer Kollegin verheiratet, so hatten sie Anspruch auf eine kleine Wohnung am Gelände der Anstalt oder sie erhielten, falls dies aus räumlichen Gründen nicht möglich war, eine entsprechende finanzielle Entschädigung.³⁵¹ Die zumeist verheirateten OberpflegerInnen hatten ihre Dienstwohnungen ebenfalls am Anstaltsgelände. Eine Auflistung des Familienstandes des Pflegepersonals aus dem Jahre 1909 zeigt, dass 8,3% der Pfleger und 8,8% der Pflegerinnen verheiratet waren. Deren Kinder lebten zumeist gar nicht bei ihren Eltern, sondern waren bei Verwandten oder auch fremden Personen untergebracht.³⁵² Die Frage, ob das Pflegepersonal nicht besser unverheiratet bleiben sollte, wurde in zeitgenössischen Fachzeitschriften immer wieder thematisiert. In englischen, holländischen und einigen deutschen Anstalten war zu Beginn des 20. Jahrhunderts den Pflegepersonen die Heirat gar nicht erlaubt, da man der Meinung war, dass vor allem die weiblichen Pflegekräfte auf diese Weise zu sehr dem Dienst an den Kranken entzogen seien. Unverheiratete Pflegende waren im Allgemeinen jünger, unverbraucher und für etwaige Notfälle während der Nacht oder für unbezahlte Überstunden viel leichter greifbar. Als ein Vorteil der verheirateten Angestellten galt, dass sie eher den „Lebensberuf Irrenpfleger“ beibehielten. Sie wurden als sesshafter angesehen und passten auch besser zum Modell der Familienpflege.³⁵³ Sie waren auf entsprechende Unterstützung für Wohnungsmöglichkeiten angewiesen und in manchen Anstalten sogar vom Nachtdienst befreit. Verheirateten Pflegern der Anstalt *Am Steinhof* wurden ab 1907 auch tatsächlich Wohnungsgeldzuschüsse gewährt. Die Einrichtung von Pflegerheimen, bei denen es auch die Möglichkeit einer Kinderbetreuung geben sollte,

³⁵⁰ Ebd., 112 / 1907. Für ledige Pflegepersonen war folgende Einrichtung vorgesehen: ein Bett, ein Kasten, ein Tisch, zwei Sessel und eine Waschgelegenheit.

³⁵¹ Ebd., o. Z. / 1913. Wenn diese Wohnung nicht komplett war, insbesondere keine Küche hatte, hatten die verheirateten Pfleger Anspruch auf Ausgleichszahlungen für Heizung und Beleuchtung.

³⁵² Deren Mortalitätsrate galt im Vergleich zur Gesamtbevölkerung als eine höhere.

³⁵³ Theophil BOGDAN, Reisebericht anlässlich des geplanten Neubaus der Anstalten *Am Steinhof*. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 5 (1903/04) 333-339. Hier: 333. Bogdan plädierte für die Erlaubnis der Heirat für das Pflegepersonal. Die patriarchalische Behandlung privater Angelegenheiten findet sich nicht weiter reflektiert.

war zwar wiederholte Male beim Landesausschuss beantragt worden, sollte aber ein unerreichtes Ziel bleiben.³⁵⁴

Die zeitlichen Regelungen der Ausgangszeiten sind ein weiterer Hinweis auf die schweren Arbeitsbedingungen. PflegerInnen durften jeden sechsten Tag von 13 bis 22 Uhr die Anstalt verlassen, einmal pro Monat konnten sie der Anstalt bis zum Morgen des nächsten Tages fern bleiben. Verheiratete Pflegepersonen konnten diesen verlängerten Ausgang gemeinsam nehmen. Die OberpflegerInnen hatten gar keine festgesetzten Erholungszeiten und bedurften jedes Mal einer besonderen Bewilligung des Direktors. Diese wurde nach Angaben der Leitung aber nur selten wegen dringender Gründe verweigert.

Die Lebens- und Arbeitsbedingungen der *Am Steinhof* arbeitenden PflegerInnen waren im Vergleich zum Hilfspersonal noch relativ günstig. Für die auf den Stationen zu verrichtenden Hilfsdienste wurde nur ein minimales Gehalt ausbezahlt. Diese Angestellten wohnten in einer Schlafstelle abgesondert von den Patienten und hatten an Sonntagen nachmittags die Möglichkeit die Anstalt zu verlassen. Darüber hinaus hatten sie keinen Anspruch auf Urlaub, in „besonders berücksichtigungswürdigen Fällen“ gewährte ihnen der Direktor bis zu fünf Tage pro Jahr.³⁵⁵ Als ein weiterer Vergleich ist ein an die Medien gelangter Beschwerdebrief einer Pflegerin einer Wiener Privatanstalt zu benennen. In diesem Brief wird berichtet, dass das dort angestellte Pflegepersonal in den Zimmern der Patienten wohnte und völlig unzureichende Sanitärräume zur Verfügung hatte. Jede vierte Nacht mussten die Pflegenden Dienst machen, anschließend konnten sie sich nur in einem Notbett am Gang ausruhen. Ausgang gab es nur jeden zehnten Tag, dieser konnte bei Zuwiderhandlungen von der Leitung der Anstalt auch verboten werden.³⁵⁶

Die mit der Ausübung dieses Berufes verbundene Gefahr lässt sich indirekt aus Weisungen wie beispielsweise an das während der Nachtdienste inspizierende Personal entnehmen. So musste vor dem Betreten der Krankenräume stets ein Traktpfleger gerufen werden, um zu verhindern, dass es zu tätlichen Übergriffen komme. Aber auch die Visiten während der Tageszeiten galten als gefährlich. So

³⁵⁴ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel 'Pflegerangelegenheiten' o. Z. / 1909; Betreff: Pflegereform.

³⁵⁵ Ebd., 62 / 2 / 1910.

³⁵⁶ Ebd., o. Z. / 1916. Anonymer Brief einer Pflegerin der Heilanstalt Svetlin. Daraufhin erfolgte eine Erhebung durch die Magistratsabteilung X, die die beschriebenen Zustände im Wesentlichen bestätigte.

sollten gemäß diesen Vorschriften Isolierräume niemals alleine betreten werden.³⁵⁷ Eine Erhebung aus dem Berichtsjahr 1908/09 der Anstalt *Am Steinhof* zeigt die nicht eben unerheblichen Schwierigkeiten des Pflegedienstes. So finden sich 68 Bisswunden, 96 Kratzwunden, 22 Schläge ins Gesicht mit Schwellung und Blutung, 111 Stöße in die Rippen, Magen und Bauch, von denen zwei der Betroffenen in der Folge an Lungenblutungen litten und 19 Fußtritte dokumentiert, in drei Fällen wurden Pfleger von agitierten Patienten zu Boden geworfen.³⁵⁸ Die 1909 tödlich verlaufene Auseinandersetzung zwischen zwei Pflegern und einem Patienten, der aufgrund des tragischen Ausgangs in den Medien besprochen wurde, verweist ebenfalls auf die schwierigen Umstände in der Pflege. Ein agitierter Patient war, gemäß den Berichten in der Wiener Presse, von zwei Pfleger übermannt worden, dabei kam es aber zu Verletzungen, an denen der Patient ein Tag später verstorben war. Der Pfleger, der die Tat zu verheimlichen suchte, wurde vom Direktor angezeigt. In dem daraufhin erstellten Gerichtsgutachten war zwar die Möglichkeit vorschneller Knochenbrüche bei Paralytikern als ein mit zu bedenkender medizinischer Zusammenhang genannt, der betroffene Pfleger aber mit sechs Monaten Arrest bestraft worden. Inwiefern mit dieser Berichterstattung die Möglichkeit gegeben war, an den von der christlich-sozialen Partei unter Karl Lueger maßgeblich für den Bau Verantwortlichen und als Musteranstalt geltenden Institution Kritik zu üben, ist den Quellen nur indirekt zu entnehmen, ist aber als ein nicht zu vernachlässigender Hintergrund mit zu bedenken.³⁵⁹ Explizit mit diesem Vorfall im Zusammenhang stand der Versuch Unfälle besser zu dokumentieren. Insbesondere der Aspekt, ob es eher in kleineren oder besonders in großen Anstalten zu Zwischenfällen kommen könnte, galt als wichtig zu erheben. Die Frage, ob dies mittels der von den einzelnen Anstalten herausgegebenen Jahresberichte überhaupt möglich wäre, war allerdings umstritten.³⁶⁰

³⁵⁷ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Circulanden´ o. Z. / 1910. Weisung vom 24. August 1910; Ebd., o. Z. / 1910. Weisung vom 7. Juni 1910.

³⁵⁸ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ o. Z. / 1909. Schreiben vom 23. Juni 1909. Vgl. dazu auch: Josef STARLINGER, Zum gegenwärtigen Stand der Pflegerfrage. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 323-326. Die Erhebungen erfolgten immer geschlechtsspezifisch. Die Daten zeigten nicht unerhebliche Unterschiede, wie beispielsweise dass Pflegerinnen Ohrfeigen wesentlich öfter ausgesetzt waren als ihre männliche Kollegen.

³⁵⁹ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 117f.

³⁶⁰ Johannes BRESLER, Über Misshandlungen von Anstaltsgeisteskranken durch Pflegepersonen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 141f.

Die Inspektionen der Anstalten seitens der Landesbehörde betrafen unter anderem auch den Umgang der Pflegenden mit den Patienten. Sowohl seitens der betreuten Personen als auch deren Angehöriger wurden immer wieder Beschwerden eingereicht, wie beispielsweise „*nachlässige Pflege, roher Umgang, Ohrfeigen, oder Reißen an den Haaren.*“³⁶¹ Vorfälle jeglicher Art von Unzukömmlichkeiten oder gar nachweisbare Verletzungen führten zu sofortigen Entlassungen und einer Anzeige an das Bezirksgericht. Auch die Traktpfleger, so Heinrich Schlöß, hätten sich eigenmächtige Verordnungen wie Bettruhe oder Dauerbäder gegenüber den Kranken erlaubt. Darüber hinaus wurde auch bekannt, dass den Kranken angeblich mit Maßregelungen wie Bettruhe oder Beschränkung der Kost gedroht worden wäre.³⁶² Nicht nur bestand unterhalb des Pflegepersonals eine ausgeprägte Hierarchie, die ihrerseits maßgeblich zum reibungslosen Ablauf des Alltags in der Anstalt beitragen sollte, sondern es waren allgemein die Pflegenden strengster Aufsicht unterworfen.³⁶³ So war das für nächtliche Zwischenfälle vorgesehene Alarmsignal vom Direktor bei dessen Rundgängen auch tatsächlich eingesetzt worden.³⁶⁴ Zur Aufsicht der WärterInnen während der Nacht waren an den Wachabteilungen elektrische Kontrollapparate aufgestellt, die in der Kanzlei des Abteilungsleiters entsprechende Registrierungsmeldungen aufzeichneten. Doch nicht nur diese Berufsgruppe war dem für das Funktionieren einer psychiatrischen Anstalt als notwendig angesehenen rigiden System unterworfen. Auf ähnliche Weise wurden die Nachtwächter kontrolliert, sie mussten regelmäßig die an den Hauswänden angebrachten elektrischen Leitungstaster betätigen, welche wiederum beim Pförtner registriert wurden.³⁶⁵ Dieses System der durchgehenden Kontrolle lässt sich auch am Berufsstand der Mediziner erkennen. Sie mussten ebenfalls strengsten Anordnungen nachkommen, die, wie zu zeigen sein wird, die Folge von nicht unerheblichen Unbestimmtheiten ihres Tätigkeitsfeldes waren.

³⁶¹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ 1527 / 1907.

³⁶² WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Circulanden´ o. Z. / 1909. Schreiben vom 9. Oktober 1909.

³⁶³ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ o. Z. / 1911. Traktpflegepersonen hatten jeden sechsten Tag von 13 bis 22 Uhr, respektive bis 6 Uhr morgens frei, ein Mal pro Monat hatten sie 24 Stunden keinen Dienst zu verrichten.

³⁶⁴ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Circulanden´ o. Z. / 1909.

³⁶⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ o. Z. / 1912.

3.5. Medizinisch-administrative Ambivalenzen:

Die Aufgabenbereiche der Mediziner

Fedor Gerenyi, der maßgeblich an den Planungen der Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* beteiligt war, betonte, wie bereits in der Einleitung festgehalten, stets die engen Verschränkungen der öffentlichen Verwaltung und des psychiatrischen Versorgungssystems. So war er der Meinung die „Irrenpflege“ auch hinsichtlich der finanziellen Mittel ein zentrales Aufgabengebiet eines Landes sein sollte, *„weil die Erfahrung lehrt, dass eine Versäumnis rechtzeitiger Prophylaxis eine unverhältnismäßig höhere Inanspruchnahme der öffentlichen Mittel zur Folge haben kann.“*³⁶⁶ Diese Bedeutungszuschreibung, zugleich aber auch die Verschränkung unterschiedlicher Tätigkeitsbereiche der psychiatrischen Versorgung war kennzeichnend für viele Entwicklungen und soll leitende Perspektive der folgenden Ausführungen sein.

Die aufgrund der Größe der Anstalt in vielerlei Punkten zu bisherigen Regelungen veränderte Stellung des Direktors wurde im vorhergehenden Kapitel bereits erwähnt. Heinrich Schluß war dem Niederösterreichischen Landesausschuss direkt unterstellt, in seiner Verantwortung lag das „Wohl und Ansehen“ der gesamten Institution. Alle Anstaltsärzte, die Anstaltsseelsorger, das gesamte Pflegepersonal, die Beamten und Hausdiener hatten seinen Anweisungen Folge zu leisten.³⁶⁷ Die Leitung und umfassende Verantwortung erlaubte ihm keine unmittelbare Tätigkeit bei den Kranken. Statt dessen oblag ihm neben der Verwaltung und Vertretung nach außen die Führung aller wissenschaftlichen und statistischen Berichte, die Inspektion und Überwachung einzelner Tätigkeitsbereiche, wie die Revision ärztlicher Protokolle und pflegerischer Rapportbücher, die Kontrolle über Medikamenten- und Materialbestellungen, Speiserverordnungen und Krankenakten. Die eigentliche ärztliche Behandlung war den Primärärzten der einzelnen Abteilungen überantwortet, aber auch hier wurden beispielsweise Verlegungen von PatientInnen zwischen den einzelnen Abteilungen wie es hieß, nach Anhörung des betreffenden Primararztes,

³⁶⁶ GERENYI, *Irrenpflege und Verwaltung*, 398.

³⁶⁷ *Dienstvorschriften für die Ärzte*, 20f.

vom Direktor aus verfügt.³⁶⁸ Der Leiter des Sanatoriums, Josef Berze, war der Stellvertreter von Heinrich Schlöß. In dieser Funktion hatte Berze den Direktor in der Führung der schriftlichen Arbeiten zu unterstützen und diesen im Falle seiner Abwesenheit zu vertreten.³⁶⁹ So standen trotz der als grundlegend angesehenen Veränderungen des Aufgabengebietes der Leitung weiterhin zahlreiche sowohl medizinische und auch administrative Bereiche letztlich unter einer Oberaufsicht. Der Direktor konnte zur Besprechung anstaltsinterner Angelegenheiten jederzeit alle Ärzte zu einer Konferenz einberufen.

Zur Koordination der Tätigkeiten an den jeweiligen Abteilungen wurde täglich eine Sitzung einberufen. Diese hatte den Zweck, „*die Einheitlichkeit und Konsequenz der ärztlichen Maßregeln zu vollziehen.*“³⁷⁰ Während der einstündigen Sitzung wurden die schriftlichen Rapporte gelesen, die Ausgangs- und Arbeitsbewilligungen und die Teilnahme an diversen Unterhaltungen genehmigt, die Briefe der Kranken geprüft und die Listen für die Bäder, außerordentliche Ausgaben der Kranken und die „Bedarfs- und Erforderniszettel“ unterzeichnet. Während dieser Zeit hatten die Subalternärzte noch Zeit an der Komplettierung der Krankenakten zu arbeiten. All dieser Schriftverkehr verweist auf den enormen administrativen Aufwand des Betriebes, zugleich aber auch auf den ebenso großen Rechtfertigungsbedarf der Tätigkeiten der Mediziner.

Die vier Primärärzte fungierten in ihrem Bereich als Abteilungsvorstände, sie waren für die „*sachgemäße Behandlung und Pflege, die Diät, die Art und Dauer der Beschäftigung, die Ausgänge und die Teilnahme der Kranken an Unterhaltungen, Zerstreungen und am Gottesdienst*“ verantwortlich.³⁷¹ Jeder neu aufgenommene Patient wurde vom Abteilungsvorstand in psychischer und körperlicher Hinsicht bei Ankunft von der Aufnahmeabteilung nochmals untersucht. Als die wichtigste Aufgabe der Primärärzte galten die Abhaltung der Vormittagsvisite und die Überwachung der Dienstordnung durch häufige und teilweise sogar nächtliche Kontrollen ihrer Abteilungen. Sie hatten die Pflicht Entweichungen und andere besondere Ereignisse

³⁶⁸ Ebd., Punkt B. Besondere Dienstanweisungen für den Direktor, §10-22.

³⁶⁹ SCHLÖß, Die Organisation des ärztlichen Dienstes, 240-245. Ärztinnen in psychiatrischen Anstalten gab es erst sehr spät, 1935 wurde die erste Medizinerin in Ybbs angestellt. In: Michael HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft: Die intellektuellen Netzwerke der NS-Patientenmordaktion in Österreich. In: GABRIEL, NEUGEBAUER (Hg.), Von der Zwangssterilisierung zur Ermordung, 237-420. Hier: 311.

³⁷⁰ Dienstvorschriften für die Ärzte, Punkt A. Allgemeine Bestimmungen, §17.

³⁷¹ SCHLÖß, Die Organisation des ärztlichen Dienstes, 241.

der Leitung umgehend zu melden. Darüber hinaus erteilten sie den Angehörigen mündliche Auskünfte über den Zustand der Kranken, beziehungsweise legten entsprechende Berichte der Direktion zur Bearbeitung vor. Weitere schriftliche Arbeiten der Primärärzte waren das Führen der Abteilungsberichte, das Verfassen der Reverse, die auszustellen waren, wenn Patienten zwar nicht geheilt, aber auf Wunsch ihrer Angehörigen nach Hause entlassen wurden und die Erstellung der für die Behörden bestimmten Berichte. Waren psychisch Kranke eigens zur Beobachtung ihres Geisteszustandes aufgenommen worden, so war eine „übersichtliche Darstellung des bisherigen Krankheitsverlaufes“ für die Gerichtsärzte zu verfassen.³⁷² Zudem überwachten sie, wie auch die vielen in den Krankenakten archivierten Briefe deutlich zeigen, die Korrespondenz der Kranken. Wie es hieß, sollte den PatientInnen diesbezüglich zwar weitgehende Freiheit gegönnt, aber dennoch vermieden werden, dass etwa Behörden oder den Pfinglingen fernstehende Personen unnötig belästigt und auch nicht das Ansehen der Anstalt geschädigt werde. Die Aufgabe der Primärärzte war es in zweifelhaften Fällen diese Briefe mit „*einem Zusatze die betreffenden Mitteilungen des Pflinglings richtigzustellen.*“³⁷³

Die Primärärzte waren die unmittelbaren Vorgesetzten aller ihnen zugewiesenen Ärzte und Pflegepersonen. Ausbildung und Unterweisung letzterer und auch ein Verhängen von Disziplinarstrafen stand ebenfalls im Kompetenzbereich der leitenden Ärzte.³⁷⁴ Die beiden Pflegeabteilungen hatten gemeinsam einen Primararzt, sowohl auf der Frauen- als auch auf der Männerseite waren je ein ordinierender Arzt und ein Subalternarzt angestellt. Der Pavillon 19 und 22 für diejenigen, die an Tuberkulose erkrankt waren, gehörte auch zu deren Verantwortungsbereich. Zur Männerabteilung zählte zusätzlich auch noch der Pavillon 23 für gewalttätige Geisteskranke und das Wirtschaftshaus und zur Frauenabteilung der Pavillon der für Bad und Desinfektion vorgesehen war. Die Visite des Primararztes erfolgte alternierend auf den beiden Seiten der Pflegeabteilung. Ab 1910 wurde wegen der steigenden Anzahl der Kranken auf diesen beiden Abteilungen jeweils ein Primar angestellt. Somit waren ab diesem Zeitpunkt insgesamt auf jeder Seite der Pflegeabteilung zusätzlich zum Primar zwei Subalternärzte und auf der Heilanstalt auf jeder Seite jeweils ein Primar und drei Subalternärzte beschäftigt. Im Sanatorium waren neben dem Primar ein Ordinarius

³⁷² Dienstvorschriften für die Ärzte, Punkt D. Besondere Dienstanweisungen für die Primärärzte, §22.

³⁷³ Ebd., §34.

³⁷⁴ Sie führten hierzu deren Qualifikationstabellen, beantragten Lohnerhöhungen, Belobungen und Belohnungen.

und drei Subalternärzte angestellt.³⁷⁵ Die Vertretung des Direktors, die anfangs dem Leiter des Sanatoriums vorbehalten war, erwies sich aufgrund des, wie es hieß, speziellen und zeitraubenden Parteienverkehrs und der relativ großen räumlichen Distanzen als grundsätzlich unvereinbar. Mit der Einstellung eines weiteren Primarius wurde diesem die Vertretung des Direktors zugesprochen.

Nachdem im §36 der Statuten vorgegeben war alle Leichen der verstorbenen Pflinglinge zu obduzieren wurde für den Prosekturdienst eigens ein Arzt angestellt. Dieser war auch für alle in der Anstalt vorzunehmenden histologischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen zuständig.³⁷⁶ Die Primärärzte waren verpflichtet bei den Obduktionen derjenigen Patienten anwesend zu sein, die auf ihrer Abteilung verstorben waren. Sie waren dafür verantwortlich, dass der mit der Führung der jeweiligen Krankenakte beauftragte Arzt die Obduktionsbefunde in das hierfür anzulegende Protokoll eintrug und auch in der Krankenakte entsprechende Verweise vermerkte. In der Prosektur der Anstalt war eine Sammlung der, wie es hieß, für die Wissenschaft interessante Präparate angelegt worden. Dem Direktor oblag es, diese den Abteilungsärzten für weitere Forschungen zugänglich zu machen.³⁷⁷ Mittels eines Vertrages zwischen dem pathologisch-anatomischen Institutes der Universitätsklinik und dem Landesausschuss von Niederösterreich war der Prosekturdienst genau geregelt.³⁷⁸

Am Steinhof waren zum Zeitpunkt der Eröffnung neben den bereits erwähnten Ärzten elf weitere Mediziner in unterschiedlichen Positionen angestellt.³⁷⁹ Die Subalternärzte

³⁷⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` D 164 / 1910. Schreiben vom 8. November 1910 vom Direktor an den Landesausschuss. Zu diesem Zeitpunkt waren sämtliche Subalternärzte kürzer als zehn Jahre im Dienst der niederösterreichischen Landesverwaltung.

³⁷⁶ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 12 (1910/11) 326. Davon blieben diejenigen ausgenommen, die über Wunsch der Angehörigen nicht obduziert werden sollten.

³⁷⁷ Dienstvorschriften für die Ärzte, Punkt K. Dienstvorschriften für die Vernehmung der Prosektur, §7 und §8. Die Anstaltsärzte durften hierzu Einsicht in die Obduktionsprotokolle nehmen, Abschriften dieser allerdings nur innerhalb der Prosektur vornehmen. Wurden Teile dieser publiziert, so mussten sie zuvor vom Prosektor auf dessen Richtigkeit überprüft werden. In: Ebd., §11.

³⁷⁸ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` 1048 / 1907. Privatdozent Julius Bartl hatte diese Stelle inne. Ab 1908 wurde für diese Aufgabe zusätzlich Franz Friedland eingestellt, der bis zu diesem Zeitpunkt Sekundararzt an der Anstalt war. In: Ebd., o. Z. / 1908.

³⁷⁹ Die Rangordnungen lauteten: Direktor, Primararzt, ordinierender Arzt, Sekundararzt I. oder II. Klasse, Assistenzarzt. Mit dem abgeschlossenen Studium und ohne öffentliche Vorpraxis konnten Mediziner als Assistenzärzte eintreten. Nach zwei Jahren zufriedienstellender Arbeit konnten sie in die I. Klasse, nach insgesamt zehn Jahren zu Ordinarien aufrücken. Bei Eintritt nach mehr als zwei und weniger als vier Jahren in einem öffentlichen Spital, als Militär- oder Gemeindefarzt wurden die Mediziner gleich als Sekundärärzte II. Klasse eingestuft. Nach zwei Jahren konnten sie in die I. Klasse aufrücken und das Definitivum verliehen bekommen. Nach acht Jahren rückten sie in die VII. Rangklasse als Anstaltsarzt auf. Hatte ein Mediziner nach mehr als vier Jahren im öffentlichen Dienst *Am Steinhof* begonnen, so wurde er als provisorischer Sekundararzt I. Klasse und nach insgesamt acht

waren die dem Primärärzten zugeteilten Sekundar- und Assistenzärzte. In deren Dienstordnung hieß es: „*in ihrem persönlichen Verhalten sollen sie sich bescheiden, den Belehrungen und Unterweisungen, welche ihnen ihre Vorgesetzten angedeihen lassen, sollen sie sich zugänglich, dienstbeflissen, von Lust und Liebe zu ihrem Amte und von regen Wissensdrange erfüllt zeigen.*“³⁸⁰ Sie waren verpflichtet an den täglichen Besprechungen und an der Visite teilzunehmen. Als deren zentrale Aufgabe galt die, noch im Einzelnen zu besprechende Führung der Krankenakten. Bei den Visiten hatten sie den Primararzt in der Untersuchung und Behandlung der Kranken zu unterstützen, dessen Anordnungen entgegenzunehmen und auszuführen und die für die Krankenakten notwendigen Notizen zu machen. Im Weiteren hatten die Subalternärzte die Instruktions- und Wiederholungskurse für das Pflegepersonal zu halten.³⁸¹

Die Diensterteilung erfolgte nach einem sogenannten Haupt- und einem Journaldienst. Der mit dem Hauptdienst beauftragte Arzt hatte die Aufnahmen zu übernehmen oder dabei zu assistieren, die Speisen zu kontrollieren und Ergebnisse dieser Inspektionen in ein Kostprotokoll einzutragen. Der Journaldienst hatte die Nachmittagsvisite abzuhalten und alle erforderlichen Behandlungen der Kranken durchzuführen. Zudem musste er während der Besuchszeiten im Konferenzzimmer der jeweiligen Abteilung anwesend sein, um Auskünfte zu erteilen und die vorgeschriebenen Besuchskarten auszustellen.³⁸²

Im Organ der Landesvertretung der Anstaltsärzte wurde deren Stellung innerhalb eines großen Betriebes immer wieder diskutiert. So gab es nicht wenige Stimmen, die das allgemein nicht sehr große Prestige und die nur geringen Möglichkeiten zur wissenschaftlichen Forschung beklagten. Josef Berze, Primararzt und Stellvertreter des Direktors, wandte sich allerdings vehement gegen diese Kritik, da er der Ansicht war, dass der Niederösterreichische Landesausschuss den ärztlichen Dienst ohnehin bereits besser, nämlich eigenverantwortlicher organisiert hätte. Bei der Besetzung von Assistenz- und Sekundärärzten wären spezielle Vorkenntnisse berücksichtigt und bereits länger im Dienst stehende Ärzte konnten bis zu sechs Monaten beurlaubt werden, um an Kliniken zu hospitieren. Als Anstaltsprosektor wurde ein Vertreter der

Jahren als Anstaltsarzt eingestuft. Die Privatpraxis war allen *Am Steinhof* angestellten Ärzten verboten, die Tätigkeit als Gerichtsarzt war erlaubt. In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel 'Anstaltsdienst' o. Z. / 1913. Schreiben vom 3. April 1913.

³⁸⁰ Dienstordnung für die Ärzte, I. Besondere Dienstanweisung für die Subalternärzte, §4.

³⁸¹ SCHLÖß, Die Organisation des ärztlichen Dienstes, 242.

³⁸² Dienstordnung für die Ärzte, I. Besondere Dienstanweisung für die Subalternärzte, §6f.

pathologischen Anatomie bestellt, die Einrichtung der Instrumentarien und Laboratorien war, wie es hieß, unter der Berücksichtigung der Ansprüche der Spezialisten erfolgt.³⁸³ Heinrich Schlöß hielt fest, dass bereits 1902 bei der Eröffnung der Anstalt in Mauer-Öhling ein gehirnanatomisches und ein bakteriologisches Laboratorium, ein photographisches Atelier eingerichtet und Röntgenapparate zur Verfügung gestellt wurden. Er meinte, dass auch bei der Gründung der neuen Anstalt *Am Steinhof* auf alle wissenschaftlichen Bestrebungen Rücksicht genommen worden wäre und verwies dabei auf die Zentrallaboratorien für chemische, anatomische und bakteriologische Zwecke. In allen vier Kanzleien der Abteilungsvorstände waren zudem sogenannte Handlaboratorien eingerichtet, für die auch ein jährlicher Etat einberechnet war. Diesen Gegebenheiten standen seiner Ansicht nach jedoch in keiner Relation zu der Zahl der Veröffentlichungen wissenschaftlicher Arbeiten. In der bis 1907 bestehenden sowohl Lehr- als auch Versorgungsinstitution *Am Brünfeld* wären trotz ungünstigerer Voraussetzungen sehr viel mehr Arbeiten geschrieben worden³⁸⁴, hingegen so gut wie keine Publikationen gab es von Ärzten, die in den neuen Anstalten in Mauer-Öhling oder *Am Steinhof* arbeiteten. Der Grund für diese Diskrepanz sah der Leiter der neuen Institution im fehlenden Eifer zur wissenschaftlichen Betätigung der jüngeren Generation der Anstaltsärzte.³⁸⁵

Diesem Vorwurf Heinrich Schlöß' zur mangelnden forschenden und wissenschaftlichen Tätigkeit folgte umgehend ein Schreiben der *Am Steinhof* angestellten Ärzte. Die Mediziner verwehrten sich gegen das Ansinnen, dass nur die Arbeit im Labor prestigereich sei, stattdessen machten sie auf ihr Engagement bei klinisch-psychiatrischen Themen, die soziale Fürsorge in und auch außerhalb der Anstalt und die diversen administrativen Betätigungen aufmerksam. Weder verfügten die meisten der Ärzte, die entweder unmittelbar nach dem Studium oder aber nach kurzer Tätigkeit in der Praxis in den Anstaltsdienst getreten waren, über entsprechende klinisch-forschende Erfahrung, noch erlaubte der intensive Dienst an den Abteilungen eine solche Betätigung: „*Der Anstaltsarzt stehe nach der ganzen Art seiner Tätigkeit und Anschauungsweise dem praktischen Arzte und dem Kliniker weit*

³⁸³ Josef BERZE, Dubief und die französischen Anstaltsärzte. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 245-250. Hier: 249.

³⁸⁴ Josef BERZE, Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten der klinischen und Abteilungsärzte, welche an der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien in der Zeit von 1853 bis 1907 tätig gewesen sind. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 248-259.

³⁸⁵ Heinrich SCHLÖß, Der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 385-386.

*näher als dem anatomischen oder chemischen Forscher. Der Krankensaal, die Anstalt mit allen ihren auf Behandlung, Erholung, gesellige Zerstreuung der Pfleglinge abzielenden Einrichtungen ist sein Element, nicht das Laboratorium.*³⁸⁶

Ebenso wandten sich die Ärzte der Anstalt Mauer-Öhling gegen die von Schlöß erhobenen Vorwürfe und argumentierten, dass in ihrem Falle die Hauptstadt weit entfernt und die räumliche Ausdehnung der Anlage selbst hinderlich sei. Auch von den *Am Steinhof* angestellten Ärzten wurde das wissenschaftliche Arbeiten während der Dienstzeiten aufgrund der großen Entfernung des Labors vom Administrationsgebäude als unrealistisch bezeichnet.³⁸⁷ In weiterer Folge dieser nicht nur lokal begrenzten Auseinandersetzungen forderten die von den Anschuldigungen betroffenen Anstaltspsychiater einen intensiveren wissenschaftlichen Austausch mit der Klinik. Die Möglichkeit der längerfristigen Beobachtung chronischer und rezidivierender Fälle und die Hoffnung auf verbesserte Möglichkeiten in der Erstellung von Prognosen war dabei ein zentrales Argument.³⁸⁸ Johannes Bresler plädierte alternativ für die Einrichtung einer „wissenschaftlichen Zentrale“, die gemeinsam für etwa drei oder vier Anstalten eingerichtet werden sollte und in der Ärzte ausschließlich für die psychiatrische Forschung beschäftigt werden sollten.³⁸⁹ Seine Erwartungshaltungen waren hoch gesteckt, *„der Glaube an die Zukunft der Psychiatrie, an die vermehrte Heilung und Verhütung der Geisteskrankheiten und damit Ersparnisse in dem Irrenwesen“* sollten diesen Bestrebungen ein entsprechendes Fundament geben.³⁹⁰

Dieser Vorschlag führte aufgrund der zahlreichen Antworten nicht zuletzt dazu, dass die in Wien und auch in anderen Städten stattgefundene Trennung der Anstalts- und

³⁸⁶ Erklärung der Ärzte der n.-ö. Landes-Irrenanstalten „am Steinhof“, Wien XIII. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 434-435.

³⁸⁷ Erklärung der Sekundärärzte der n.-ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 457-458. *Am Steinhof* war diese Entfernung auf 1500 Meter angegeben, in Mauer-Öhling waren es im Vergleich dazu 500 Meter. Die dortigen Ärzte meinten, dass auf diese Weise ein wissenschaftliches Arbeiten während der Dienststunden prinzipiell unmöglich sei. Aber auch die ärztliche Leitung der Kolonie, die Überwachung der Arbeitsplätze und der Familienpflege mit über 220 Kranken verteilt über 15 Gemeinden und deren täglicher Besuch, das Führen von Krankenakten aller Patienten, aber auch die ärztliche Behandlung von Angehörigen und Angestellten und viele weitere Arbeiten erübrige keine Zeit für weitere wissenschaftliche Arbeiten.

³⁸⁸ L. W. WEBER, Zur Bedeutung der Anstaltspsychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 12 (1910/11) 437-440.

³⁸⁹ Johannes BRESLER, Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 223-226.

³⁹⁰ Breslers Erwartungen sind auch wiedergegeben in: Der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 263-266. Zusammenfassung der Stellungnahmen diverser Anstaltsärzte. Hier: 263.

der Universitätspsychiatrie jene Problematik nun noch deutlich zutage treten ließ. Die Kritik richtete sich nicht gegen die Entwicklung der Trennung psychiatrischer Aufgabenbereiche per se, organisierte aber die Stimmen, die meinten, dass nicht die gesamte Forschung an der Klinik konzentriert werden könne. Denn deren beschränkte Anzahl der Kranken und der nur kurze Beobachtungszeitraum boten aus der Sicht der Anstaltspsychiater gar keine ausreichenden Möglichkeiten zur Erforschung länger andauernder psychiatrischer Krankheitsprozesse. Auch eine eingehende klinische Erforschung der Endzustände geistiger Erkrankungen, oder aber die Einübung in der Erstellung von Prognosen waren in einer Klinik gar nicht möglich. Doch die Bedingungen für die Forschungstätigkeit *Am Steinhof* und auch vieler anderer neu gebauten Anstalten waren so, dass die Bibliotheken, Laboratorien für chemische, bakteriologische, pathologisch-anatomische und mikroskopische Untersuchungen zwar vorhanden waren, der allgemeine Personalmangel und die Überfüllung der Institution aber kaum ein wissenschaftliches Arbeiten möglich machte. Breslers Vorschlag einer Zentralanstalt zur „Nutzbarmachung des Materials der Landesanstalten“ wurde von vielen seiner Standesvertreter nicht zuletzt aus finanziellen Gründen als nicht realisierbar angesehen. Mehrheitlich sprach man sich für eine verbesserte Organisation des Austausches von Ärzten zwischen Klinik und längerfristigen Versorgungseinrichtungen aus.³⁹¹ Dieser Vorschlag wechselseitiger für das Fach Psychiatrie günstiger Einflussnahmen wurde schon am 1907 tagenden Österreichischen Irrenärztetag thematisiert. So sollte subalternen Anstaltsärzte die Möglichkeit geboten werden an der Klinik als Assistenzärzte zu arbeiten, Assistenten der Klinik sollte wiederum der Eintritt in den ständigen Dienst in einer Anstalt erleichtert werden. Wagner-Jauregg plädierte für die Einrechnung der jeweiligen Vordienstzeiten, damit dieser Wechsel auch eine reale Basis habe. Zudem sollte zwischen den einzelnen Kronländern der Habsburgermonarchie, nicht zuletzt der vielen unterschiedlichen Sprachen aber auch der vermuteten „nationalen Eigenarten der Psychosen“ wegen, der Austausch der in unterschiedlichen Bereichen tätigen

³⁹¹ Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten. Zusammenfassung der Stellungnahmen diverser Anstaltsärzte, 263f.

Am Burghölzli, die zugleich Universitätsklinik als auch Anstalt war, gehörte bis in die 1950er Jahre hinein die wissenschaftliche Verarbeitung der aufgezeichneten Beobachtungen zu den Beschäftigungen, denen die Anstaltsärzte nur neben ihren eigentlichen Aufgaben nachgehen konnten. In: MEIER, BERNET, DUBACH, GERMANN, Zwang zur Ordnung, 84.

Mediziner gefördert werden.³⁹² Wie dieser im Einzelnen für die Wiener Anstaltspsychiatrie tatsächlich organisiert, oder ob es überhaupt dazu gekommen war, ist leider nicht bekannt.

Die Auseinandersetzungen zwischen den beiden Richtungen der psychiatrischen Tätigkeitsbereiche waren innerhalb des Wiener Vereins für Psychiatrie und Neurologie zunehmend häufiger zutage getreten.³⁹³ 1906 stellte Josef Starlinger den Antrag eine „psychiatrische Sektion“ zu gründen, um die, wie er meinte, bislang stark vernachlässigten Interessen der Anstaltsärzte besser wahren zu können. Hierbei wurde er von vielen Mitgliedern kritisiert, die sich gegen eine drohende Spaltung ihrer Verbindung wandten. Die in der Folge initiierten „Irrenärztetage“ sollten der Problematik der mangelnden Basis eines Gesprächsraumes ausschließlich für die praktischen Probleme in der Psychiatrie beheben helfen und wurden in den Jahren ab 1906 regelmäßig abgehalten. Insbesondere die Einberufung des vierten „Irrenärztetages“ im Dezember 1910 sollte ein weiteres Auseinanderdriften verhindern helfen. Hintergrund war die Abspaltung einiger Anstaltspsychiater: Unter der Leitung Josef Starlingers und seines Stellvertreters Josef Schweighofer, Direktor der Anstalt Maxglan bei Salzburg, hatten den „Psychiatrischen Verband“ begründet.³⁹⁴ Dieser sollte allerdings nur wenige Jahre, nämlich bis zum Ende des Ersten Weltkrieges Bestand haben.³⁹⁵ Es lässt sich zeigen, dass während dieser Jahre viele Vertreter der Wiener Anstaltspsychiatrie, allerdings ohne einen erkennbaren jähen Abbruch, aus

³⁹² Anonym, Bericht über den österreichischen Irrenärztetag. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 376-412. Hier: 382. Diese Beschlüsse sollten den jeweiligen Landesausschüssen und den Vorständen der psychiatrischen Kliniken bekannt gegeben werden. Vgl. dazu auch: Julius WAGNER-JAUREGG, Ueber den Ärzteaustausch zwischen Kliniken und Irrenanstalten. In: Wiener Klinische Wochenschrift 20 (1907) 1488. Referat am Österreichischen Irrenärztetag, 4. Oktober 1907. Das Zitat stammt von Erwin Stransky.

³⁹³ Die Gründung des Österreichischen Psychiatrischen Verbandes steht auch im Zusammenhang mit den umstrittenen Fragen der geplanten Entmündigungsordnung, welche Thema des Abschnitts 4.1. sein wird.

³⁹⁴ OBERSTEINER, Grundzüge einer Geschichte des Vereines, 32f.; Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 37 (1917) 561. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 14. November 1916. Vgl. dazu auch: HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 308f. Das Vereinsorgan sollte die Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift sein. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 13 (1911/12) 295.

³⁹⁵ Im Jahre 1916 bestand der „Psychiatrische Verband“ noch als Vereinigung. Zu diesem Zeitpunkt war es geplant, dass sich der Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie dem Deutschen Verein für Psychiatrie anschließen solle. Entsprechende Vorschläge wurden auch an den Psychiatrischen Verband herangetragen. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 37 (1917) 561. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 14. November 1916. Die Auflösung des Zusammenschlusses ist erwähnt in: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 46 (1929) 193f. Festsitzungsbericht vom 8. Mai 1928.

dem Verein für Psychiatrie und Neurologie ausgeschieden waren.³⁹⁶ Im traditionellen Zusammenschluss der Psychiatrie waren in den folgenden Jahren vor allem die Leiter der jeweiligen Anstalten verblieben.³⁹⁷

Eine ähnliche Differenz zwischen der Anstaltsleitung und der angestellten Ärzte zeigte sich auch im Bereich der – insgesamt nur sehr geringen – Forschungstätigkeit der Anstaltspsychiatrie. Im Vereinsorgan, den Jahrbüchern finden sich einige wenige Hinweise, die von Heinrich Schlöß durchgeführte „Demonstration einer Krankengeschichte mit abschließendem Obduktionsbefund“ einer Patientin vom Steinhof scheint nahezu eine Ausnahme gewesen zu sein.³⁹⁸ Karl Wieg-Wickenthal, Primarius und Vorstand der Frauenheilanstalt, publizierte 1914 zu differentialdiagnostischen Fragen von Hirntumoren, die er auf der Basis von anstaltsinternen Obduktionsbefunden erstellte.³⁹⁹ In seltenen Fällen rekurrierten manche Psychiater auf eine größere Anzahl von Kranken, allerdings ohne weitere Angaben, wo diese Patienten untergebracht und beobachtet worden waren. Alexander Pilcz ist als einziger der Ärzte aus dem Anstaltsdienst ausgeschieden, um wieder an die Klinik beziehungsweise Forschung zurückzukehren.⁴⁰⁰ Seine Verbindung konnte er offenbar dahingehend nützen, Krankheitsverläufe von Patientinnen, die nur für wenige Tage im Beobachtungszimmer an der psychiatrischen Klinik waren, auch nach deren Transferierung zu Konsultationen heranzuziehen. Dieser besondere Status der Möglichkeit des Zugriffs, wenn nicht gar zu sagen Vakuum der Zuständigkeit zwischen zwei Institutionen, ermöglichte ihm in Einzelfällen als „therapeutisch“ bezeichnete versuchsweise Eingriffe.⁴⁰¹

Weitere wissenschaftliche Arbeiten stammen vor allem von Josef Berze, der als Nachfolger von Pilcz ab 1910 Primararzt des Sanatoriums und ab 1918 Leiter der

³⁹⁶ Dazu zählten zwei Jahre nach der Gründung der Anstalt: Josef Berze, Josef Burckhardt (Primararzt), Max Dobrschansky, Franz Formanek (Assistenzarzt), Emil Holub (ordinierender Arzt), Theophil Koetschet (Ordinarius), Alexander Pilcz (Professor, Primararzt), Heinrich Schlöß (Regierungsrat, Direktor) Gregor Steiner (Sekundararzt 1. Kl.). In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 458f.

³⁹⁷ HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 308f.

³⁹⁸ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 30 (1909) 318f. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 11. Mai 1909.

³⁹⁹ Karl WIEG-WICKENTHAL, Zur Klinik und Differentialdiagnose der Hirntumoren. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 36 (1914) 95-125.

⁴⁰⁰ Alexander PILCZ, Spezielle gerichtliche Psychiatrie für Juristen und Mediziner (Wien, Leipzig 1909). Rezension von Paul Näcke in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 409.

⁴⁰¹ Alexander PILCZ, Zur Organotherapie der Dementia praecox. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 19 (1917/18) 303-305. In seinem Artikel erwähnt er keinerlei rechtliche Grundlagen oder persönliche Einverständnismomente seines Eingriffes, eine paternalistisch geprägte Vorgehensweise, die in vielen anderen zeitgenössischen Publikationen ebenso wenig problematisiert wird.

Institution *Am Steinhof* werden sollte.⁴⁰² Josef Berze benannte im Zusammenhang der Auseinandersetzungen zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie die Psychologie als deren beider zentraler Grundlagenwissenschaft, wusste dabei aber festzuhalten, dass *„nicht wenige der wertvollsten pathopsychologischen Arbeiten gerade von Anstaltspsychiatern herrühren.“* Die psychiatrischen Kliniken seien seiner Ansicht nach aufgrund ihrer Nähe zu Neurologie mehr auf den somatischen Teil der psychiatrischen Forschung eingestellt, die psychologische Richtung komme dabei zu kurz. Die möglichst genaue Erfassung der einzelnen Symptome vom rein phänomenologischen Standpunkt sollte hierfür die empirische Datenbasis bilden. Jenes Aufgabengebiet der psychologischen Betrachtung der Fälle sah er als die spezielle Domäne der nur in einer Anstalt möglichen längerfristigen Beobachtung an, insbesondere *„auf dem Gebiet der psychologischen Durcharbeitung der Psychosen und der abnormen Geisteszustände“* schien seiner Ansicht nach die Chance für die versorgende Psychiatrie darzustellen, um in dieser Sparte die führende Rolle einzunehmen.⁴⁰³ Ein wichtiges Gebiet seines Interesses war die Schizophrenie, zudem publizierte er zur Vererbung von psychischen Erkrankungen, zu forensischen Themen und auch zu vielen praktischen Fragen der Anstaltsversorgung. Insbesondere die letzteren Themenfelder verweisen auf die offenbar als zentral angesehenen Tätigkeitsfelder der für die längerfristige Versorgung ausgerichtete Psychiatrie.

Aber es wurde längst nicht nur die mangelnde Möglichkeit zu wissenschaftlichen Forschungsarbeiten kritisiert. Wie bereits beschrieben, fiel sowohl die Sichtweise der Gesellschaft auf diese Berufsgruppe als auch die Einschätzung der Psychiater ihrer eigenen Tätigkeit gegenüber nicht eben positiv aus. Neben der Klage wegen der geringen Bezahlung und der daraus resultierender ungenügenden Anzahl junger Ärzte, war es insbesondere die Härte des Anstaltsdienstes, die im Extremfall, gemäß der formulierten Beschwerden sogar *„Anstaltsneurasthenie“* nach sich ziehen könne.⁴⁰⁴ Das nur geringe Prestige des Berufes und die Furcht vor den *„Irrsinnigen“*

⁴⁰² Eine Übersicht der früheren, vorwiegend kleineren Arbeiten von Josef Berze findet sich in: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 11 (1909/10) 374 und auch bei: KREUTER, *Deutschsprachige Psychologen und Psychiater*, Band 1, 117f.

⁴⁰³ Josef BERZE, *Über die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie*. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 16 (1914/15) 182-186 und 194-196. Vortrag gehalten auf der 3. Hauptversammlung des Österreichischen Psychiatrischen Verbandes in Görz, Oktober 1913. Hier: 196.

⁴⁰⁴ *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 4 (1902) 218; *WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel 'Anstaltsdienst' D 135 / 1912.*

galten als nur schwer zu überwindende Schwierigkeiten der „Humanitätsanstalten“. Vorschläge um den Vorurteilen entgegen zu wirken waren aber weniger inhaltlicher Natur, sondern viel eher auf terminologischer Ebene angesiedelt, wie beispielsweise die konsequente Umbenennung von „Irrenärzten“, „Irrenanstalten“ und „Irren“ in Psychiater, Krankenhäuser und Kranke. Die sich als ein Teilgebiet der Medizin verstehende `modernen Psychiatrie´ wollte ihre Aufgabe nicht mehr auf die disziplinarische Verwahrung begrenzen, konzentrierte sich aber in den folgenden Jahrzehnten eher auf Fragen der Anstaltsorganisation, die nicht selten im Zusammenhang mit der Vielzahl der psychisch Kranken standen. Im Folgenden soll nun aber das Aufzeichnungssystem in Bezug auf die Praxis der Wissensdokumentation und der Wissensgenerierung als ein zentraler Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit in den Blick genommen werden.

„Nachdem Tinte und Papier allgemein nicht verzehrt zu werden pflegen, kann ihr Mehrverbrauch nur als direkte größere Arbeitsleistung gedeutet werden.“⁴⁰⁵

3.6. Zur Materialität und Medialität von Krankenakten in der Anstaltspsychiatrie

Sind Krankenakten ein archäologischer Rest der Praxis einer Institution, Dokumente einer rein deskriptiven Krankheitsbeobachtung oder gar ähnlich Laborprotokollen 'Zeugen' wissenschaftlicher Erkenntnis? In den Fokus rücken die Beziehungen zwischen einer die moderne Medizin prägenden Wissens-Infrastruktur, sowohl in Bezug auf Wissensproduktion, Wissensverwaltung als auch Wissensverteilung, und den verschiedenen Praktiken der Institution, seien sie therapeutischer, administrativer oder versorgungstechnischer Art.⁴⁰⁶ Jener wechselseitige Bezug von Wissen und Praxis soll anhand der psychiatrischen Krankenakten verdeutlicht werden. Um Aussagen über Entstehungsbedingungen, Charakteristika und Funktionsweisen dieser Akten treffen zu können, ist die historische Veränderlichkeit administrativer und epistemischer Funktionen von „Krankheitsgeschichten“ und „Krankengeschichten“ in den Blick zu nehmen.

Das Auftauchen neuer Wissensobjekte und Erkenntnisbereiche ist im Zusammenhang mit der Form ihrer Inszenierung beschrieben worden. So folgt eine „Poetologie des Wissens“⁴⁰⁷ der These, dass jede Wissensordnung bestimmte Repräsentationsweisen ausbildet und privilegiert. Demnach interessieren die Regeln und Verfahren, mit denen ein Äußerungszusammenhang entsteht und die Darstellungen, mit denen die performative Kraft gesichert wird.⁴⁰⁸ Das medizinisch-literarische Genre der

⁴⁰⁵ STARLINGER, Streifzüge durch das Budget der niederösterreichischen Landesirrenanstalten, 268. In der Rubrik „Amts- und Kanzleierfordernisse“ wurde ein Vergleich der Ausgaben für die Jahre von 1882 bis 1906 erstellt.

⁴⁰⁶ Vgl. allg. zu diesem, für die Untersuchung einer Klinik entwickelten Ansatz: Eric J. ENGSTROM, Volker HESS, Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie: Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert. In: Jahrbuch für Universitätsgeschichte 3 (2000) 7-15. Hier: 8.

⁴⁰⁷ Jacques RANCIERE, Eine uralte Schlacht. Die Sprache der Tatsachen und die Poetik des Wissens. In: Neue Rundschau 105 (1994) 21-30.

⁴⁰⁸ Joseph VOGL, Poetologien des Wissens um 1800 (München 1999) 13. Er verweist in diesem Zusammenhang auf die wissenssoziologischen Überlegungen, die sich mit dem Begriff des Denkstils

Fallberichtssammlungen der Frühen Neuzeit umfasste sowohl *consilia*, schriftlich ausformulierte ärztliche Ratschläge für einen konkreten Patienten, als auch *observationes* oder *curationes*, Sammlungen retrospektiv verfasster Fallberichte einzelner Ärzte. Die davon zu differenzierende Kasuistik einzelner Fälle erlangte seit dem ausgehenden 17. Jahrhundert, nicht zuletzt mit der Entstehung des wissenschaftlichen Zeitschriftenwesens, eine große Bedeutung.⁴⁰⁹ Hintergrund dieser Entwicklung ist der Umbruch des naturwissenschaftlichen und medizinischen Denkens in der Frühen Neuzeit. Sowohl die Vorgeschichte konnte größere Bedeutung erlangen, als auch war der Tod nicht mehr das endgültige Ende der Krankengeschichte, da Sektionsbefunde retrospektiv zur Aufklärung der Fälle herangezogen werden konnten.⁴¹⁰ Wolf Lepenies hält in seiner Studie „Das Ende der Naturgeschichte“ fest, dass systematischere Aufzeichnungen in der Klinik des 18. Jahrhunderts als Grundlage zur Erarbeitung einer Nosologie herangezogen wurden, zunehmend war der Blick aber auch auf Verlaufsformen, also die zeitliche Perspektive der einzelnen Krankheitsbilder gerichtet worden.⁴¹¹ Denn die auch „Psychengeschichten“ genannten Berichte einzelner Krankheitserscheinungen, das per se nicht Beobachtbare und durch seine Inkohärenz unverständlich oder noch unzugänglich Erscheinende, konnte – insbesondere in der Psychiatrie – erst in einem narrativen Kontext Zeichencharakter erlangen und sollte das Deutungsproblem überwinden helfen. An die Stelle der Lektüre von Krankheitszeichen tritt bei Philippe Pinel (1745-1826) ganz prononciert der Versuch, Krankheiten durch Vorgeschichten, Krankheitsgeschichten und Heilungsgeschichten einen medizinisch relevanten Sinn zu geben. Berichte dieser Art sind somit der Kontext, innerhalb derer die Zeichen erst

(Ludwik Fleck) verdichtet haben und auf Gaston Bachelards Epistemologie, die den Wahrheitswillen der Wissenschaften als eine „Ästhetik der Intelligenz“ beschreibt.

⁴⁰⁹ Johanna GEYER-KORDESCH, Medizinische Fallbeschreibungen und ihre Bedeutung in der Wissensreform des 17. und 18. Jahrhunderts. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 9 (1990) 7-19; Michael STOLBERG, Formen und Funktionen medizinischer Fallberichte in der Frühen Neuzeit (1500-1800). In: Johannes SÜßMANN, Susanne SCHOLZ, Gisela ENGEL (Hg.), *Fallstudien: Theorie – Geschichte – Methode* (=Frankfurter Kulturwissenschaftliche Beiträge 1) Berlin 2007, 81-95. Das Thema Fallgeschichten ist sowohl in der Wissenschaftsgeschichte als auch den Literaturwissenschaften intensiv erforscht. Ein Literaturüberblick in: Sophie LEDEBUR, *Schreiben und Beschreiben. Zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten*. In: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 34 (2011) 102-124. Hierin beziehe ich mich auf Krankenakten einer Klinik.

⁴¹⁰ Robert JÜTTE, Vom medizinischen Casus zur Krankengeschichte. In: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 15 (1992) 50-52.

⁴¹¹ Wolf LEPENIES, *Das Ende der Naturgeschichte. Wandel kultureller Selbstverständlichkeiten in den Wissenschaften des 18. und 19. Jahrhunderts* (München, Wien 1976) 78-87.

deutbar wurden.⁴¹² Doch ist an diesem Punkt präzise zu differenzieren, denn der zeitgenössische Terminus „Krankengeschichte“, oder in dessen älterer Version „Krankheitsgeschichte“, bezeichnete jede Form von Berichten über Krankheitsverläufe, also auch retrospektiv und für unterschiedliche Arten der Weiterverbreitung verfasste Berichte wie vor allem die Kasuistik. Im Folgenden wird nicht die nachträglich zumeist für eine Publikation erstellte Fallgeschichte, sondern vielmehr die in der Anstalt verfassten Dokumente psychiatrischer Beobachtung in den Blick genommen.

3.6.1 Zu den Akten. Quellenmaterial und historische Analyse

An dieser Stelle interessiert nunmehr im Besonderen die in der Anstalt erstellte patientenbezogene medizinische Dokumentation. Hierbei gab es eine längere Entwicklung von einem tagesbezogenen und vorwiegend administrativ geprägten Aufschreibesystem, welches in Form von Registern geführt wurde, hin zu den ab dem Beginn des 19. Jahrhunderts ausgeübten und ab diesem Zeitpunkt patientenbezogenen Aufzeichnungsformen. Der Übergang von Notationen in einem gebundenen Rezeptionsbuch zu den eigens für jeden Kranken erstellten Aufzeichnungen ermöglichte auch die Zusammenführung unterschiedlicher Dokumente in einem Dossier, die nicht notwendigerweise innerhalb der betreffenden Institution erstellt worden waren, aber alle in Bezug auf einen Patienten als relevant galten.⁴¹³

⁴¹² Christiane FREY, Zeichen – *Krisis* – Wahnsinn. Fallgeschichten medizinischer und poetischer Semiotik (Philippe Pinel, Jean Paul). In: Sandra HEINEN, Harald NEHR (Hg.), Krisen des Verstehens um 1800 (Würzburg 2004) 11-134. Hier: 123f. Vgl. zu einem bedeutenden Aspekt der Medizin- und Kulturgeschichte der Frühen Neuzeit, nämlich des Sammelns und Auslegens von *exempla*: Mariacarla GADEBUSCH BONDIO, Von der Vielfalt der Exempla in frühneuzeitlichen medizinischen Texten. In: Dies., Thomas RICKLIN (Hrsg.), *Exempla medicorum. Die Ärzte und ihre Beispiele* (14.-18. Jahrhundert) Florenz 2008, 129-170.

⁴¹³ Volker HESS, Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und der Pariser Medizin (1725-1830). In: *Medizinhistorisches Journal* 45 (2010) 293-340. Vgl. zu der zeitlich späteren Entwicklung der Aktenführung im angloamerikanischen Raum: Stanley J. REISER, Creating Form out of Mass. The Development of the Medical Record. In: Everett MENDELSON (HG.), *Transformation and Tradition in the Sciences. Essays in Honor of I. Bernard Cohen* (Cambridge 1984) 303-316; Barbara L. CRAIG, Hospital Records and Record-Keeping, 1850-1950. Part I: The Development of Records in Hospitals. In: *Archivaria* 29 (1989/90) 57-87; Part II: The Development of Record-Keeping in Hospitals. In: *Archivaria* 30 (1990) 21-119; Guenter B. RISSE, John Harley WARNER, Reconstructing clinical activities: Patient Records in Medical History. In: *Social History of Medicine* 5 (1992) 183-205.

Am 1784 eröffneten *Narrenturm*, der ersten Institution in Wien die eigens für psychisch Kranke eingerichtet wurde, wurden „Krankengeschichten“ offenbar in einer anderen Weise als zu späteren Zeitpunkten eingesetzt: „Bei Überlieferung von Wahnsinnigen in die Irrenanstalt ist außer dem Zeugnisse der Ortsobrigkeit auch eine von zwei oder wenigstem einem graduierten Arzte gefertigte Krankengeschichte jederzeit mitzulegen.“⁴¹⁴ Zwar wurde diese Instruktion angeblich nur selten beachtet, aber sie verweist auf die zu dieser Zeit maßgebliche Funktion der „Krankengeschichte“ als ein Instrument zur Erhebung der Genese der Erkrankung vor der Internierung in die Anstalt. Patientenbezogene Aufzeichnungen erfolgten während des frühen 19. Jahrhunderts in einem gebundenen Protokollbuch,⁴¹⁵ erst später waren diese in Form persönlicher Akten eingeordnet.⁴¹⁶ Parallel zu diesem System waren Medikation, Diätverordnungen und kurze Angaben zum Verlauf der Erkrankung auf sogenannten an den Krankenbetten befestigten „Kopftafeln“ zu vermerken.⁴¹⁷ Im Jahre 1844, also einige Jahre vor der Eröffnung der Anstalt *Am Brünfeld*, war als eine der Aufgaben der Hilfsärzte die „Weiterführung der Krankengeschichten“ benannt

Inwiefern und aus welchen Gründen psychiatrische Krankenakten zu einem früheren Zeitpunkt als die in somatischen Abteilungen angelegt wurden, ist als ein Desiderat der Forschung zu bezeichnen. Vgl. dazu nur ein kurzer Hinweis bei: Karen NOLTE, Vom Verschwinden der Laienperspektive aus der Krankengeschichte: Medizinische Fallberichte im 19. Jahrhundert. In: Sybille BRÄNDLI, Barbara LÜTHI, Gregor SPUHLER (Hg.), Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts (Frankfurt am Main 2009) 33-61. Hier: 37.

⁴¹⁴ Regierungscircular vom 14. Mai 1814. In: HAIDINGER, Das wohlthätige und gemeinnützige Wien, 481; KNOLZ, Darstellung der Humanitäts- und Heilanstalten, 196f.

⁴¹⁵ Edith SAURER, Religiöse Praxis und Sinnesverwirrung. In: Richard van DÜLMEN (Hg.), Dynamik der Tradition (=Studien zur historischen Kulturforschung IV) Frankfurt am Main 1992, 213-239. Leider beschreibt die Autorin die im Hinblick auf die Diskussion zur religiösen Melancholie untersuchten „Protokolle“ nicht näher. Indirekte Hinweise zur Existenz dieser Aufzeichnungen finden sich auch in: WStLA, Mag. Abt. 209, B 3/3, Normalienbuch I (1783-1854) 26f. und 182. Ich danke Andrea Brenner für diesen Hinweis. Bezugnahmen auf diese Protokollbücher entnehme ich auch den handgeschriebenen Zusammenstellungen: „Kurze Krankheitsverlauf-Geschichten“ aus dem Jahre 1855 der Anstalt *Am Brünfeld*. Dieses Buch zeigt, dass Psychiater neben den vorwiegend administrativ geprägten Aufzeichnungen auch andere Formen von Krankheitsberichten führten. Ich danke Prof. Michael Thaler für die Leihgabe dieses Buches.

⁴¹⁶ Die Frage ab wann für jeden Patienten persönliche Aufzeichnungen, also Krankenakten geführt wurden, ist für Wien nicht im Detail bekannt. In einer Anstalt des österreichisch-ungarischen Heeres, dem Invalidenhospital zu Thyrnau, wurden ab 1803 Krankenakten geführt. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 312.

⁴¹⁷ Daneben mussten auch „Ordinations- und Einlagszettel“ geführt werden. Gemeinsam mit den der Kopftafeln entnommenen Informationen waren diese in einen für die Direktion bestimmten Haupttrapport eingegangen. Das nur optionale Führen von „Krankengeschichten“ diente als Unterstützung der literarischen Arbeiten des Primararztes, bedeutete somit vermutlich die Veröffentlichung von Fallgeschichten. In: Instruction für die Secundar-Aerzte im allgemeinen Krankenhause (Wien 1814).

worden.⁴¹⁸ Die nun für jeden einzelnen Kranken in einem Dossier eingeordneten Aufzeichnungen erlaubten deren neue Operationalisierbarkeit. Auf diese Weise konnten bei – in der Psychiatrie häufiger als bei somatischen Erkrankungen – wiederholten Aufnahmen die jeweils vorgängigen Schriften neu zugeordnet und der Verlauf einer Erkrankung besser ersichtlich gemacht werden. Auf die Bedeutung „*aller Dokumente, welche Aufnahme, Entlassung, Pflege und Behandlung der Kranken, sowie das Verhältnis der Anstalt zu den Behörden betreffen*“ verwies Michael Viszanik bereits 1840, [sie] „*müssen an einem sicheren Ort so aufbewahrt werden, dass selbe zu jeder Stunde in Gebrauch gezogen werden können. Daher ist für eine Registratur zu sorgen, die unter unmittelbarer Aufsicht der Direktion in einem eigenen Zimmer, alle die Anstalt und die Geisteskranken betreffenden Schriften aufbewahrt, jedes einzelne Stück mit fortlaufender Nummer versieht und ein eigenes Protokoll zu den enthaltenen Dokumenten offen hält.*“⁴¹⁹ Diese unspezifische Bedeutungszuschreibung des Schreibens und Sammelns von Krankenakten verweist auf neue Formen der Rede, des Wissens, der Ordnung und der prinzipiell gegebenen Möglichkeit einer Interpretation. Damit gingen auch neue Formen der Speicherung und Verfahren der Aufzeichnung von Identität einher.

Worin bestand der erwartete Nutzen der Dokumentation der Krankenakten für die Psychiater der Anstalt *Am Steinhof* und worin besteht der Erkenntniswert dieser Archivalien für die Wissenschafts- und Wissensgeschichte heute?⁴²⁰ Der Fokus auf die Wissenschaft in der Praxis verweist auf die in unterschiedlichen Kontexten gestellte Frage, ob Entdeckung und Rechtfertigung in einem engeren Zusammenhang stehen als es lange Zeit angenommen worden war, beziehungsweise wird die Konstruktion dieser beiden Kontexte selbst als ein historisches Phänomen

⁴¹⁸ SEUNIG, Über Irrenanstalten, 35. Hinweise zum „Ausarbeiten und Vortragen gut ausgearbeiteter Krankengeschichten“, die gemeinsam mit Berichten über Leichenobduktionen und Übungen in gerichtlich-medizinischen Explorationen wesentliche Elemente der Ausbildung waren, zeigen, dass der zeitgenössische Terminus „Krankengeschichte“ längst nicht nur die institutionsinterne patientenbezogene Dokumentation umfasste. In: VISZANIK, Die Irren-Heil und Pflegeanstalten, 290.

⁴¹⁹ VISZANIK, Die Irren- Heil- und Pflegeanstalten, 363.

⁴²⁰ Auf den auch heute für die Medizin – angeblich – noch bestehenden Wert historischer Krankenakten ist folgendermaßen hingewiesen worden: „*Bis heute können Krankheiten in beträchtlichem Ausmaß nicht kausal erklärt, sondern nur phänomenologisch beschrieben, klassifiziert und symptomatisch behandelt werden. Zur Validierung phänomenologisch fundierter Klassifikationen wird Material für den diachronischen Vergleich benötigt. Krankenakten liefern darüber hinaus Material für langfristige Erfolgskontrollen, sowie für retrospektive statistische Studien.*“ In: Martin DINGES, Michael WISCHNATH, Anregungen und Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 21 (1998) 49-59. Vgl. dazu auch: Ulrike HOFFMANN-RIECHTER, Asmus FINZEN, Die Krankengeschichte als Quelle. Zur Nutzung der Krankengeschichte als Quelle für die Wissenschaft und psychiatrischen Alltag. In: Bios 2, 11 (1998) 280-297.

angesehen. Thomas Kuhns These, dass Beobachtungen für die Wissenschaftshistoriographie nicht so unproblematisch, sondern vielmehr theorieabhängig sind, führte im Weiteren dazu dass der Bereich der Praxis, der Beobachtung und des Experiments selbst geschichtsfähig wurden. Die seit den 1980er Jahren an der Praxis der Wissenschaften, als einer *Science in Action* etablierten Forschungsinteressen rückte die wissenschaftlichen Inhalte zwar nicht notwendigerweise in den Hintergrund, doch werden die jeweiligen materiellen Repräsentationsformen nicht mehr als scheinbar neutrale Medien übergangen.⁴²¹ Die Historiographie basierend auf diesen nicht einfach zu erschließenden Quellen hat unterschiedliche Ausrichtungen genommen. Der besondere Erkenntniswert von Krankenakten war für die Medizingeschichte längere Zeit darin gesehen worden, die oftmalige Diskrepanz zwischen den proklamierten Therapieprinzipien und der Praxis des Klinik- und Anstaltsalltages aufzeigen zu können.⁴²² Roy Porter forderte Mitte der 1980er Jahre eine Erweiterung der Medizinhistoriographie auf eine *patients' view*, da auch die kritische Geschichte der Anstaltspsychiatrie den Patienten bis zu diesem Zeitpunkt nur wenig Raum gegeben hatte.⁴²³

⁴²¹ Vgl. dazu ausführlicher: Michael HAGNER, Ansichten der Wissenschaftsgeschichte. In: Ders. (Hg.), Ansichten der Wissenschaftsgeschichte (Frankfurt am Main 2001) 7-39. Hier: 19f. In der psychiatriehistorischen Forschung sind die von Emil Kraepelin herangezogenen Zählkarten als eine für die psychiatrische Nosologie sich als äußerst wirkmächtig erweisende Vorgangsweise analysiert worden. Die ursprünglich für statistische Zwecke eingesetzten Karten sollten die bei der wissenschaftlichen Verwendung der Krankenakten aufgetretenen Mängel, wie deren Vielzahl und der Problematik der Subjektivität der medizinischen Beobachtung kompensieren und in ihrer Verwendung als nunmehr klinische Forschungsinstrumente die Krankenakten ergänzen und eine effiziente wissenschaftliche Aufbereitung und Zugriff auf deren Informationen ermöglichen: Eric J. ENGSTROM, Die Ökonomie klinischer Inskription. Zu diagnostischen und nosologischen Schreibpraktiken in der Psychiatrie. In: Cornelius BORCK, Armin SCHÄFER (Hg.), Psychographien (Zürich, Berlin 2005) 219-240.

⁴²² RISSE, WARNER, Reconstructing Clinical Activities, 183-205. Joachim Radkau hat sich der Sichtweise angeschlossen und zog für seine Studie zur Neurasthenie personenbezogene Akten psychiatrischer Institutionen heran. Joachim RADKAU, Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler (Wien, München 1998) 77-84. Er definierte diesen Zeitraum als den eines Übergangs, da das Bemühen um wissenschaftliche Exaktheit zunächst zur Auflösung fester Vorstellungen führte und sich erst allmählich eine neue Terminologie verfestigte. Der Grund ist, dass in der Neurologie und Psychiatrie vor allem im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert einerseits die Bürokratisierung des Anstaltsbetriebes schon so weit vorangeschritten war, dass viel dokumentiert wurde; auf der anderen Seite war die Professionalisierung der „Nerven- und Seelenheilkunde“ noch nicht so weit gediehen, dass viele Ausdrücke aus der fachlichen Terminologie verwendet worden wären. Der Autor beschreibt die Krankenakten euphorisch als „Fundgrube“ für die Historiographie. Vgl. dazu auch: Ders., Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. In: Dietrich MEYER, Bernd HEY (Hg.), Akten betreuter Personen als archivische Aufgabe. Beratungs- und Patientenakten im Spannungsfeld von Persönlichkeitsschutz und historischer Forschung. (=Veröffentlichungen der Arbeitsgemeinschaft der Archive und Bibliotheken in der evangelischen Kirche 25) Neustadt a. d. Aisch 1997, 73-101.

⁴²³ Roy PORTER, The Patient's View. Doing Medical History from Below. In: Theory and Society 14 (1985) 175-198. Vgl. dazu auch: Paul WEINDLING, Medicine and Modernization: The Social History of

Die notwendige Berücksichtigung des Entstehungshintergrundes der Krankenakten stellt die Basis einer Studie zur Entwicklung der Psychiatrie im Kanton Zürich mit dem Fokus auf Zwangsmaßnahmen in Therapie und Anstaltsalltag dar. Die sich auf den ersten Blick als methodisches Problem präsentierende Suche nach der Sicht der Patienten wird im Zusammenhang mit der „Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft“ verständlich: Krankheit wird in modernen Gesellschaften generell mit Unordnung oder Fremdheit assoziiert, die nach wissenschaftlichen Maximen behandelt und gemäß vernünftigen Prinzipien geordnet werden muss. Damit fällt genau das, was in der jeweiligen Ordnung keinen Platz findet, die subjektive Sichtweise des Wahns, aus dem Protokoll und entzieht sich per se der (historischen) Rekonstruktion. Die nach Foucault im Zeitalter der Vernunft verstummten Stimmen des Wahnsinns werden somit als eine oft gesuchte und ebenso oft fälschlicherweise gefunden geglaubte Quelle der Psychiatriegeschichte charakterisiert.⁴²⁴

Forschungsarbeiten, die Krankenakten als ihre zentrale Quellenbasis heranziehen, werden somit grundsätzlich nach zwei divergierenden Ansätzen unterschieden. Die hermeneutisch fokussierte Lesart zielt vor allem auf den Inhalt, der Bedeutung des Aufgeschriebenen und versucht Erfahrungswelten und Bedeutungshorizonte der Betroffenen zu rekonstruieren. Die entweder als „doctor’s view“ oder als „patient’s

German Health and Medicine. In: History of Science 24 (1986) 277-301. Ein zwar nicht rezenter, aber guter Überblick zu dieser Thematik: Eberhard WOLFF, Perspectives on Patients’ History: Methodological Considerations on the Example of Recent German-Speaking Literature. In: Canadian Bulletin for Medical History 15 (1998) 207-228. Karen Nolte hat diesen Perspektivenwechsel auf der Quellenbasis von Krankenakten und den aufgrund der Anstaltszensur abgefangenen Briefen konsequent weitergeführt und die psychiatrische Praxis im Hinblick auf subjektive Krankheitswahrnehmungen untersucht. NOLTE, Gelebte Hysterie; Dies., Die Erfahrung „zwischen den Zeilen“. Eine patientenzentrierte Perspektive als eine andere Geschichte? In: Marguérite BOS, Bettina VINCENZ, Tanja WIRZ (Hg.), Erfahrung: Alles nur Diskurs? Auseinandersetzung mit einer Debatte um einen vielschichtigen Begriff (Zürich 2004) 273-281. Dies., Querulantenwahnsinn – „Eigensinn“ oder „Irrsinn“? In: FANGERAU, NOLTE (Hg.), „Moderne“ Anstaltspsychiatrie, 395-410. Zur Problematik einer sozialhistorisch erweiterten Kulturgeschichte der Medizin mit dem Fokus auf die Patientengeschichtsschreibung: Katharina ERNST, Patientengeschichte. Die kulturhistorische Wende in der Medizinhistoriographie. In: Ralf BRÖER (Hg.), Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne (Pfaffenweiler 1999) 97-108.

⁴²⁴ MEIER, BERNET, DUBACH, GERMANN, Zwang zur Ordnung, 40f.

Die Analyse einer einzelnen Krankenakte im Kontext anderer, ebenfalls dieselbe Person betreffenden Dokumente, wie Gerichtsakten oder Gutachten sind in einer jüngst erschienen Studie einem kritischen Vergleich unterzogen worden. Die zwischen und in den Quellen vermuteten Bruchstücke relevanter Informationen sollten es erlauben, die Biographie und Pathographie eines Mannes an der Wende zum 20. Jahrhundert retrospektiv zu erzählen. Stefan NELLEN, Martin SCHAFFNER, Martin STINGELIN (Hg.), Paranoia City. Der Fall Ernst B. Selbstzeugnis und Akten aus der Psychiatrie um 1900 (Basel 2007). Eine ebenfalls auf die Erweiterung der Quellenbasis Krankenakte basierende Studie, die sich darüber hinaus auf die Analyse künstlerisch geprägter Quellen, wie Textilarbeiten, Zeichnungen, Objekte oder Briefe stützt: Monika ANKELE, Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn (Wien, Köln, Weimar 2009).

view“ diskutierten Ansätze wurden in Folge der konstruktivistischen Debatten in der Historiographie zunehmend hinterfragt. Der funktionalistische Ansatz fragt vielmehr nach den institutionellen Vorgaben der Führung der Krankenakten.⁴²⁵ Im Folgenden soll die Aufmerksamkeit auf deren Materialität und Medialität gelenkt werden.

Die Krankenakten sind Abbild der wissenschaftlichen Auffassung ihrer Zeit, sie spiegeln das jeweilige medizinische System und seine organisatorischen und epistemologischen Grundlagen wider und stellen so Aufzeichnungen dar, die nicht nur bloßes Daten- und Faktenmaterial bieten, auch wenn sie einem positivistischen Wissenschaftsideal verpflichtet sein möchten. Die Akten der Anstaltspsychiatrie sind relativ frei von wissenschaftlicher Terminologie und enthalten oft nur geringe Informationen. Sie wurden zu anstaltsinternen Zwecken geführt, die Dokumentation bezieht sich im Wesentlichen auf die Diagnose und Anamnese, weitere Angaben zur stationären Behandlung und Therapie finden sich oftmals nur in einem relativ geringen Ausmaße, beziehungsweise fehlen weitestgehend.⁴²⁶ Die, für die wissenschaftshistorische Forschung auf den ersten Blick nur geringe Ergiebigkeit der Quellen steht die Tatsache entgegen, dass diese Dokumente einen nicht intendierten Blick auf sonst unzugängliche Erkenntnis- und Handlungsabläufe der psychiatrischen Institution bieten. Die Krankenakten der Heil- und Pflegeanstalt *Am Steinhof* sind nicht als primäre Instrumente der Forschung wie die einer psychiatrischen Klinik zu verstehen. Vielmehr werden sie als Dokumente der alltäglichen Praxis analysiert, ihre Funktion ist in einem Spannungsfeld zwischen Administration, Beobachtung und auch Klassifikation der psychiatrischen Erkrankungen zu verorten.

⁴²⁵ Vgl. dazu ausführlicher: Brigitta BERNET, „Eintragen und Ausfüllen“: Der Fall des psychiatrischen Formulars. In: BRÄNDLI, LÜTHI, SPUHLER (Hg.), *Zum Fall machen, zum Fall werden*, 62-91. Hier: 64f. Eine wichtige, in diese Richtung weisende Studie: Kai SAMMET, *Paratext und Text. Über das Abheften und die Verwendung psychiatrischer Krankenakten. Beispiele aus den Jahren 1900 bis 1930*. In: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft zur Geschichte der Nervenheilkunde* 12 (2006) 339-367. Patientenakten, Fotografie und Film als die Medien bei der Konstruktion der während des Ersten Weltkrieges massenhaft aufgetreten „Kriegszitterer“ werden eingehend untersucht in: Julia Barbara KÖHNE, *Kriegshysteriker. Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens, 1914-1920* (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 106) Husum 2009. Eine umfangreiche und datenbankgestützte Analyse von Krankenakten, die vor allem Daten zu den PatientInnen, Einweisungsgründe, Transferierungen, Entlassungen, Mortalitätsraten und Diagnoseverteilungen untersucht: Thomas BEDDIES, Andrea DÖRRIES (Hg.), *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960* (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 91) Husum 1999.

⁴²⁶ Jonathan ANDREWS, *Case Notes, Case Histories, and the Patient's Experience of Insanity at Gartnavel Royal Asylum, Glasglow, in the Nineteenth Century*. In: *Social History of Medicine* 11 (1998) 255-281. Hier: 266.

3.6.2 Zum Aufzeichnen psychiatrischer Beobachtungen und ihrer strukturellen Bedeutung im Aufnahmeverfahren

Das Schreiben von Krankengeschichten wurde in der zeitgenössischen Fachliteratur nicht eben häufig thematisiert und verweist auf dessen scheinbare Selbstverständlichkeit. Cornelia Vismann hat das Medium Akten an der „administrativen Unterseite“ verortet, deren grundlegende Aufgaben Übertragen und Speichern sind. Die Entwicklung der Verwendungsweise und der Wirkmächtigkeit von Akten zeigt, dass es zu einer Verlagerung auf das Dispositiv der *Daten* gekommen ist und die Akten an sich aus der Ordnung des Wahrnehmbaren herausgefallen sind.⁴²⁷ Einer der wenigen und viel späteren Hinweise zum Aufzeichnen psychiatrischer Beobachtungen findet sich beispielsweise in dem 1956 erschienenem Lehrbuch von Hans Hoff. Er beschreibt die Bedeutung des Schreibens von Krankenakten folgendermaßen: *„Der Aufbau einer Krankengeschichte ist [...] ziemlich komplex. Eine Krankengeschichte dient einem selbst zur Erinnerung, anderen zur Veranschaulichung, wissenschaftlich Arbeitenden zum Vergleich und zu statistischen Auswertungen. Da die Inhalte der Krankengeschichten auch für spätere Generationen verständlich sein müssen, dürfen sie nicht in einem dem Untersucher eigenen Jargon geschrieben sein. Es dürfen keine in Mode stehenden Schlagworte benutzt werden, bevor sie nicht in den festen Besitz der psychiatrischen Wissenschaft eingegangen sind. Die Beschreibung eines Patienten ist desto besser, je anschaulicher sie wirkt, man muss den Kranken direkt vor sich sehen können und sich seine Verhaltensweise vergegenwärtigen, sonst geht uns gerade das Wichtigste, das situative Verhalten, verloren. Dadurch wird die Güte der Krankengeschichte auch von dem angeborenen – aber auch durch Übung zu vervollkommnenden – Talent des Beschreibers abhängig.“*⁴²⁸ Das Verfassen einer Krankenakte, welches es einzuüben galt, sollte trotz und auch gerade mit seiner Bindung in ein Narrativ eine nicht zeitgebundene Veranschaulichung der Symptomatik bieten.

Das Aufzeichnen von Krankheitsbeobachtungen, ein genaueres Führen der Krankenakten erfuhr jedoch bereits an der Wende zum 20. Jahrhundert eine

⁴²⁷ Cornelia VISMANN, Akten. Medientechnik und Recht (Frankfurt am Main 2000) 10f.

⁴²⁸ Hans HOFF, Lehrbuch der Psychiatrie. Verhütung, Prognostik und Behandlung der geistigen und seelischen Erkrankungen, Band 1 (Basel, Stuttgart 1956) 21f.

verstärkte Aufmerksamkeit.⁴²⁹ Dies ist an den ab diesem Zeitpunkt häufiger veröffentlichten Handbücher zu Untersuchung und Diagnostik von psychisch Kranken,⁴³⁰ die langsame aber kontinuierliche Steigerung der Ausführlichkeit der Berichte in den Krankenakten, aber auch indirekt an den Klagen über deren unübersichtliche, schlecht lesbare und uneinheitliche Führung zu ersehen.⁴³¹ Beschwerden über die Art und Weise der Erstellung von Krankenakten finden sich auch nicht nur fachintern, sondern auch im Kontext der psychiatriekritischen Bewegung um 1900: *„Wenn man erfährt, dass die Beobachtung der Kranken in den Irrenanstalten hauptsächlich dem Pflegepersonal obliegt, welches das Resultat derselben schriftlich jeden Morgen den Abtheilungsärzten und dem Anstaltsdirector vorzulegen hat, so hat man die Quelle entdeckt, aus der so haarsträubende irrenärztliche Irrungen fließen. Die Wärter und Wärterinnen recrutieren sich zum größten Theile vom flachen Lande, Bauernknechte und Bauerndirnen, [...] Dass die Ärzte sich auf diese von unfähigen Pflegepersonen gemachten Beobachtungen verlassen, sich in den Krankengeschichten oft einzig und allein auf dieselben stützen, erhellt daraus, dass der Inhalt dieser sich mit den Rapportbüchern der Wärter zumeist deckt.“*⁴³²

Das zu Beginn des Abschnitts stehende und womöglich ganz unscheinbare Zitat über den ansteigenden Verbrauch von Papier und Tinte verweist sowohl auf die Bedeutung der materialen und auch sozialen Kontexte in denen wissenschaftliches Handeln konkrete Gestalt einnehmen konnte – nämlich die Praktiken der psychiatrischen Aufzeichnungsformen – als auch auf eine aufwendigere Verwaltung. Mit der Gründung der Anstalt *Am Steinhof* musste die ökonomische und medizinische Versorgung der Patienten gänzlich neuartig organisiert werden. Zur Abwicklung der

⁴²⁹ Hierbei ist insbesondere der Gießener Psychiater Robert Sommer zu nennen, der für das Aufzeichnen der „reinen Beobachtung“, nämlich eine Vermeidung subjektiver Einflüsse plädierte. Robert SOMMER, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden (Berlin, Wien 1899) 2f und 154.

⁴³⁰ Walter CIMBAL, Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten und krankheitsverdächtiger Zustände. Eine Anleitung für Mediziner und Juristen insbesondere für beamtete Ärzte (Berlin 1. Aufl. 1909; 3. Aufl. 1918); Julius RAECKE, Grundriss der psychiatrischen Diagnostik (Berlin 1. Aufl. 1908; 8. Aufl. 1920); Adalbert GREGOR, Lehrbuch der psychiatrischen Diagnostik (Berlin 1914).

⁴³¹ Diese Klagen wurden, naturgemäß aus unterschiedlichen Gründen, sowohl von zeitgenössischen Medizinern als auch bei den Versuchen diese einer historischen Analyse zuzuführen, formuliert. Marietta MEIER, Ordnungsversuche und Grenzziehungen: Krankenakten in der Psychiatrie. In: Claudia KAUFMANN, Walter LEIMGRUBER (Hg.), Was Akten bewirken können. Integrations- und Ausschlussprozesse eines Verwaltungsvorgangs (Zürich 2008) 66-75.

⁴³² LÖWENDAHL, Aus den Mysterien der österreichischen Irrenanstalten, 18f. Vgl. ausführlicher zum Kontext dieser sehr polemischen Beschreibung Abschnitt 2.4.

Menge des Schriftverkehrs wurde ein eigenes „Evidenz-Bureau“ eingerichtet. In sogenannten „Schleifenbüchern“ wurden alle Patienten getrennt nach Heil-, Pflegeanstalt und Sanatorium und deren zuständigen Heimatland erfasst, für die Abrechnung der Aufenthalts- und Behandlungskosten wurde für jeden Patienten ein Katasterblatt angelegt. Zur Leitung der Organisation dieses Büros wurde ein Kanzleileiter angestellt der von „geeigneten Pflieglingen“ unterstützt werden sollte. Ein Kassier war für die finanzielle Gebarung verantwortlich, ihm standen ein „Journalist“ und zwei „Liquidatoren“ zur Seite.⁴³³

Die beim Eintritt in die psychiatrische Anstalt entstehende komplexe Situation vieler und auch unterschiedlicher Interessen wird an seiner Grenze, dem Moment des ersten Kontaktes, durch das Aufnahmeverfahren reguliert und mit der Erstellung einer Akte konkret. Die Internierung in eine psychiatrische Anstalt ist mit Niklas Luhmann als ein Verfahren anzusehen, welches die Gründe für die Macht zur Entscheidung erzeugt und legitimiert. Dieses ist strukturell so organisiert, dass es das Handeln noch nicht festlegt, es aber in eine bestimmte funktionale Perspektive bringt.⁴³⁴

Das prekäre Moment der Aufnahme spiegelt sich sowohl an der Ausformulierung der Statuten, als auch am Engagement der Anstaltspsychiater an diesbezüglich gut fundierten Regelungen und umgekehrt auch an der in diesen Fragen sehr kritischen Öffentlichkeit. Ein wichtiger Aspekt des in seinen Abläufen stark formalisierten und auf eine präzise Darstellung angewiesenen Aufnahmeverfahrens besteht nicht nur auf der richtigen Verbindung von psychiatrischem Wissen und administrativen Vorgehen, sondern basiert auch auf der grundlegenden Fiktion der Vermittlung, die sich in Form der Krankenakte materialisiert. Die deutlich sichtbare Ordnung, die formulargesteuerte Korrektheit, die regelkompatible Durchführung von Maßnahmen, die sich hier niederschlagen, erweisen sich selbst als Quelle der Legitimation. Sie zeigen, dass Akten durch ihren Entstehungsprozess selbst gesellschaftliche Unterstützung für genau jene Maßnahmen stiften, die sie nahe legen und dokumentieren.⁴³⁵

Das Verfassen der Krankenakten der Patienten *Am Steinhof* war in den Statuten genau festgelegt: „Über jeden in der Anstalt Verpflegten ist eine tunlichst genaue

⁴³³ ROSKOPF, Die Administration der n.ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalten, 246. Insgesamt war bei der Planung der neuen Anstalt mit einem Aktenvolumen von etwa 20.000 einlaufenden und 30.000 bis 35.000 ausgehenden Aktenstücken gerechnet worden.

⁴³⁴ Niklas LUHMANN, Legitimation durch Verfahren (Frankfurt am Main 1983) 38f. Hier: 44.

⁴³⁵ Jakob TANNER, Akteure, Akten und Archive. In: Claudia KAUFMANN, Walter LEIMGRUBER (Hg.), Was Akten bewirken können. Integrations- und Ausschlussprozesse eines Verwaltungsvorgangs (Zürich 2008) 150-160. Hier 156. VISMANN, Akten, 10f.

*Krankengeschichte zu führen, in welcher alle sich in dem Krankheitszustande ergebenden wesentlichen Veränderungen ersichtlich zu machen sind.*⁴³⁶ In den zwei, für Männer und Frauen jeweils getrennten Aufnahmepavillons wurde jeder neuankommende Kranke von einem Primararzt, oder unter dessen persönlicher Aufsicht von einem der sogenannten subalternen Ärzte, die den Vorständen der einzelnen Abteilungen zugeteilten Sekundar- und Assistenzärzte, untersucht. Der erhobene Befund war, wie es ausdrücklich hieß, sofort von einem mit der Führung der Krankenakte beauftragten Arzt direkt einzutragen. Der Blick in die Praxis, die Selbstverständlichkeit vieler Tätigkeiten offenbart sich, wie auch in diesem Falle, vielfach erst mit dem Auftreten von Schwierigkeiten. Denn in der Realität des vielfrequentierten Anstaltsbetriebes waren es die bereits erwähnten, der Kanzlei zugeordneten „geeigneten Pfleglinge“, die die Krankenakten der Neuaufgenommenen entweder direkt als Reinschrift nach dem Diktat des Arztes schrieben, oder aber beim Erstgespräch stenographische Notizen machten, die sie später in das Original übertrugen. Patienten hatten zahllose weitere Möglichkeiten des Zugriffs auf die Daten anderer Insassen. So waren im Rahmen der „Beschäftigungstherapie“ durchgehend 18 bis 20 Kranke in der sogenannten Patientenschreibstube beschäftigt, wo sie Abschriften der Originalakten für Behörden, Sozialversicherungen oder Gerichte, Reinschriften von Gerichtsgutachten, Abschriften dieser Gutachten zur Vervollständigung der Krankenakten und auch statistische Berichte erstellten. Zudem waren Akten in das Archiv einzuordnen und im Falle wiederholter Aufnahmen eines Kranken wieder herauszuholen⁴³⁷ – Umstände, die ein „Arbeitspflegling“ 1924 für seine skandalträchtige Veröffentlichung von „Berichten aus dem Irrenhaus“ zu nutzen wusste.⁴³⁸

Das weitere Führen der Krankenakten war den sogenannten subalternen Ärzten zugeordnet, von denen jeder einen genau festgelegten Teil zu übernehmen hatte. Diese Ärzte waren verpflichtet an der täglichen Visite teilzunehmen und „*die ihnen*

⁴³⁶ Statut für die N.Ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalten, §25.

⁴³⁷ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 1231 / 1926. Bericht an Julius Tandler vom 14. Juni 1926. Weitere Möglichkeiten des Zugriffs auf Patientendaten ergaben sich wenn bei Entlassungen die Akten von den jeweiligen Abteilungskanzleien in die Direktion zur Abfertigung zu tragen waren. Die Anstalt war verpflichtet kostenfrei Abschriften zur Verfügung zu stellen. Wäre diese arbeitsintensive Tätigkeit nicht weiter von Kranken gemacht worden, so hätten gemäß der Berechnung der Direktion für all die benannten Tätigkeiten sieben oder acht Kanzleibeamte und zwei Hausdiener angestellt werden müssen.

⁴³⁸ Vgl. ausführlicher zu dieser Schrift: Eberhard GABRIEL, „Berichte aus dem Irrenhaus“, Wien 1924. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 16 (2010) 433-448.

*zugewiesenen Krankengeschichten so anzulegen und zu führen, dass jede derselben ein vollständiges Bild des Verlaufs der Psychose und im Falle körperlicher Erkrankungen auch ein getreues Bild des Verlaufs dieser gibt und eventuell zu wissenschaftlicher Verwendung dienen kann“.*⁴³⁹ Mit dieser Weisung sind implizit auch weitere Funktionen einer Krankenakte mit aufgerufen. Es waren rangniedrigere Mediziner, die diese Aufgabe aus didaktischen Gründen zugewiesen bekamen. Zudem dienten diese Dokumente sowohl als Basis zur Erstellung vor allem statistischer Angaben in den Jahresberichten und auch als ein Instrument zur Rechtfertigung der Internierung und Behandlung. Der Primararzt hatte die Akten seiner Abteilung regelmäßig zu kontrollieren und dieselbe, falls es von deren Verfassern zu divergierenden wissenschaftlichen Auffassungen gekommen wäre, entsprechend zu dokumentieren.⁴⁴⁰

3.6.3 Das Deckblatt der Krankenakte: Materielle Informationsspeicherung und Kodierung

Die Veränderungen des Deckblatts der Krankenakte zeigen gemeinsam mit der während des Untersuchungszeitraumes langsamen aber kontinuierlichen Intensivierung der Aufzeichnungen auf einen Übergang von vorwiegend administrativ geprägten hin zu einem verstärkt wissenschaftlichen Charakter der patientenbezogenen Aufzeichnungen. Das erste Blatt der Akte ist ein Formular und selektiert im Voraus Informationen über die Kranken. Das Erheben und Festhalten dieser Daten verweist gleichermaßen auf Struktur und Funktionslogik der Institution. Die Dokumentation der mittels eines Vordrucks gerichteten Wahrnehmung, beziehungsweise das als Übersetzungsarbeit zu charakterisierende Verfahren des Anordnens einzelner Informationen hin zu einem `objektiven Wissen´ werden an dieser Stelle deutlich sichtbar. Das Formular ist Verfahrensvorschrift und

⁴³⁹ SCHLÖß, Die Organisation des ärztlichen Dienstes, 240-245. Die Krankenakten mussten von jeweils einem Arzt, aufgeteilt nach den Anfangsbuchstaben der Patientennamen von A bis inklusive H, von I bis P, von Q bis Z geführt werden. Bei den Obduktionen war derjenige Arzt der Schriftführer, der die betreffende Krankenakte geführt hat. Die Aufnahme im Sanatorium erfolgte über eine von der Heil- und Pflegeanstalt getrennte Kanzlei und Aufnahmezimmer.

⁴⁴⁰ Dienstvorschriften für die Ärzte. Punkt D. Besondere Dienstanweisungen für die Primärärzte, § 20.

Verfahrensausführung in einem und bewirkt ein scheinbar logisches Vorgehen.⁴⁴¹ In seiner Optik stellt es einen Vermittlungszusammenhang dar und lässt sich als eine institutionalisierte und regelhaft strukturierte Verschaltungsstelle zwischen den verschiedenen institutionellen Praxisfeldern begreifen. Ein Formular repräsentiert einen Verwaltungsvorgang und stellt auf diese Weise ein handlungsanleitendes Medium mit performativer Kraft dar.⁴⁴²

Niederösterreichische Landes-Irrenanstalt, XIV	
Name des Kranken: _____ Journ.-Nr. <u>26</u>	
Haupt-Standes-Protokoll-Nr. <u>8</u>	
Abteilung: <u>K1</u>	Duldet angekommen: <u>11. Jänner 1897</u>
Verpflegs-Klasse: <u>3</u>	
<p>Alter und Religion: <u>geb. 8/9 1862, R.</u></p> <p>Stand: <u>amtl.</u></p> <p>Beruf und Stellung: <u>Landwirth</u></p> <p>Geburtsort: <u>Winn</u></p> <p>Geburtsland: <u>N. O.</u></p> <p>Zufänglich nach: <u>Winn</u></p> <p>Letzter Wohnort: <u>W. Gublergasse 22</u></p> <p>Berufsbeschreibung: <u>W. Hofmann Familienw.</u></p> <p>Kaufmanns-Dokument: <u>W. G.</u></p> <p>Name und Wohnort der in Betreff des (der) Kranken zu verpflegenden Personen:</p> <p>Erfolg der Curatidberthung:</p> <p>Curatidbehörde:</p> <p>Curator:</p>	<p>Diagnose: <u>Chorea</u></p> <p style="text-align: center;">Besondere Daten der Statistik.</p> <p>I. In Bezug auf Aetiologie:</p> <p>II. In Bezug auf Verlauf und Dauer der Erkrankung:</p> <p>III. a) War früher physisch krank:</p> <p>b) War in der Anstalt:</p>

Etwa die Hälfte der Angaben bezieht sich auf persönliche Daten eines Kranken und wurden stets in einer sehr regelmäßigen und gut leserlichen Schrift,⁴⁴³ oder, manchmal bereits ab 1919, und nahezu durchgehend ab den späten 1920er Jahren mit einer Schreibmaschine geschrieben. Den nur geringfügigen Änderungen dieser Angaben stehen einige Modifikationen gegenüber, die den Kopf des Blattes und den von den Medizinerinnen auszufüllenden Teil des Formulars betrafen. Die erste (aufgrund der Archivierung bekannte) Umgestaltung des Deckblatts fand in den Jahren

⁴⁴¹ Rüdiger CAMPE, Barocke Formulare. In: Bernhard SIEGERT, Joseph VOGL (Hg.), Europa: Kultur der Sekretäre (Zürich, Berlin 2003) 79-96.

⁴⁴² BERNET, Eintragen und Ausfüllen, 68.

⁴⁴³ Diese Angaben wurden entweder von einem Beamten oder aber einem in der Kanzlei arbeitenden Patienten vorgeschrieben. Vgl. dazu Abschnitt 3.6.2.

zwischen 1897 und 1900, eine zweite fand 1907, vermutlich im Zusammenhang der Reorganisation der Anstaltspsychiatrie im Zuge der Eröffnung von der Anstalt *Am Steinhof* statt und behielt dann ihre äußere Form für die folgenden Jahrzehnte bei.⁴⁴⁴ Neben dem Patientennamen war stets die Journalnummer (Aufnahmenummer) zu vermerken. In der ältesten vorliegenden Version war neben dieser auch noch die Nummer des „Haupt-Standes-Protokolls“ anzugeben.

Dieser Verweis zu parallel geführten Protokollbüchern schien ab der Jahrhundertwende nicht mehr nötig gewesen zu sein, er findet sich auf den nun folgenden Fassungen des Deckblattes nicht mehr – und dies obwohl die Protokollbücher weiterhin geführt wurden. Weitere Neuerungen waren die Kenntlichmachung der Dauer des stationären Aufenthaltes und des psychischen Zustands bei Entlassung.⁴⁴⁵ Auf dem etwa ab 1900 verwendeten Formular findet sich erstmals eine Titelbezeichnung, nämlich „Krankheitsgeschichte“.⁴⁴⁶ Der Bezug zum „Protokoll“ als eindeutiger Hinweis auf administrative Notwendigkeiten des Deckblattes einer Krankenakte wurde als nicht mehr notwendig angesehen. Stattdessen wurde deutlich gemacht, um welches Schriftstück es sich hier handelt, nämlich ein medizinisches Dokument.

Die vom Psychiater auszufüllenden Spalten diversifizierten sich auf dem, anlässlich der Gründung der Anstalt *Am Steinhof* neu gestaltetem Formular. Ab diesem Zeitpunkt waren von den Ärzten eine „offizielle Diagnose“ und eine „klinische Diagnose“ zu vergeben. Erstere Krankheitsbezeichnung erfolgte oftmals nur in Form einer Zahl und bedeutete die Einordnung in ein Schema der Anstalt, welches die statistische Erfassung psychiatrischer Diagnosen erlaubte. Die Eintragungen im Feld der „klinischen Diagnose“ zeigen heterogene, von den Medizinern frei zu wählende psychiatrische Bezeichnungen. Im Weiteren wurden der Beginn, die Dauer und auch frühere psychische Erkrankungen und etwaige Anstaltsbehandlungen vermerkt. Somit

⁴⁴⁴ Vgl. zu den häufigen und zielgerichteten Änderungen der Formulare der Zürcher psychiatrischen Institution von 1870 bis 1970: BERNET, 'Eintragen und Ausfüllen', 62-91. Das Burghölzli ist auch heute noch sowohl Anstalt als auch Klinik.

⁴⁴⁵ Folgende Definitionen waren vorgesehen: „geheilt, geheilt mit Defekt, transferiert, verstorben, freiwillig, gegen Revers, nach § 34d“ (dies bedeutete: nicht anstaltsbedürftig). Diese sieben Kategorien wurden zu deren vergleichender statistischer Erfassung standardisiert.

⁴⁴⁶ Die an dieser Stelle anzugebende Nummer bezog sich auf eine erste beziehungsweise auf weitere stationäre Aufnahmen.

wird ein kleiner Ausschnitt der die Experten interessierenden Angaben, ein bestimmter Teil der „psychischen Realität“, dem primären Blick freigegeben.⁴⁴⁷

Niederösterreichische Landes-Irrenanstalt in Wien. XV

Krankheitsgeschichte Nr.

Name: Orndel

Journal-Nr. 1182 Ausgenommen am: 15. November 1881
 Abgang am: 10. Dezember 1881
 als: geisteskrank
 Verpflegungsclassen: 2 Verpflegungsduer: 1 Jahre, 1 Monate, 12 Tage.

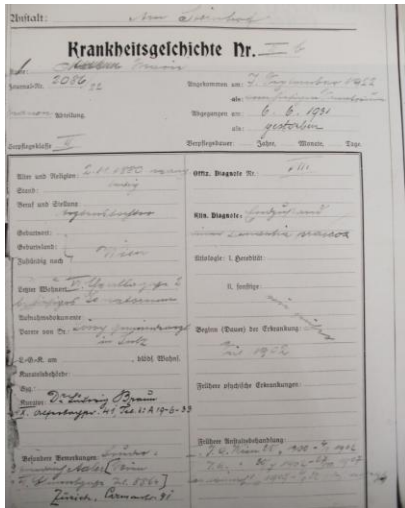
<p>Alter und Religion: <u>40 Jahre alt, R.</u> Stadt: <u>Wien</u> Beruf und Stellung: <u>Lehrer</u> Geburtsort: Geburtsland: <u>Wien</u> Zuständig nach: Letzter Wohnort: <u>III. Dörfnergasse 16</u> Aufnahme-Documente: Patente von Dr. <u>Falkner</u> Erlasse der Curatelsverhütung: Land- Ger. Kreis- Bloßs. Wohns. Curatelbehörde: Bez. Curator: Besondere Bemerkungen:</p>	<p>Diagnose: <u>In somatische</u> Aetiologie: Beginn (Dauer) der Erkrankung: Frühere psychische Erkrankungen: <u>wie früher Anfallsformen</u> Frühere Anstaltsbehandlung: <u>kein</u></p>
--	---

Weitere Rubriken des Deckblattes beziehen sich auf die vermutete Ursache der Geisteskrankheiten. Die bis 1907 gebräuchlichen Formulare beinhalten ein Textfeld zur Ätiologie im Allgemeinen. Die Suche nach dem Vorkommen etwaiger Häufungen von „Auffälligkeiten“ in den Familien der Erkrankten war bis zu diesem Zeitpunkt Teil der Anamnese gewesen und somit an einer anderen – nämlich späteren – Stelle in der Akte dokumentiert. Ab 1907 finden sich je eigene Rubriken um zwischen „Heredität“ und „sonstige Gründe“ differenzieren zu können.

Diese Änderung am Formular als ein Medium des Sichtbarmachens gesuchter Informationen ist ein deutlicher Hinweis der steigenden Aufmerksamkeit der Experten

⁴⁴⁷ Olaf BREIDBACH, Bilder des Wissens. Zur Kulturgeschichte der wissenschaftlichen Wahrnehmung (=Bild und Text) München 2005, 15f.

auf Fragen der Vererbung von psychischen Erkrankungen.⁴⁴⁸ Denn die Funktion des Deckblattes ist es die Komplexität des Erhebungsvorgangs zu reduzieren und die Möglichkeit der Vergleichbarkeit und Standardisierbarkeit der gesuchten Informationen zu geben.



Als „sonstige Gründe“ in der Ätiologie einer psychischen Erkrankung finden sich nicht selten gar keine weiteren Angaben, oder aber die Mediziner meinten eine „Anlage“ im Sinne einer allgemeinen Disposition festgestellt zu haben. Oftmals wurde dieser Faktor ohne weitere Erklärung einfach vermerkt. In dieser Rubrik wurden auch die vermuteten auslösenden Momente der psychischen Erkrankungen wie „Affekte, Nervosität, Erschöpfung, Schwangerschaft“, oder auch übermäßiger Alkoholenuss benannt, die ebenfalls verstärkt in den Fokus der psychiatrischen Aufmerksamkeit geraten waren. Aber auch somatische Ursachen wie beispielsweise Lues, Kopfverletzungen, bis hin zu Augenleiden, oder auch psychische Traumata und Aufregungen, wie beispielsweise eine Kündigung, wurden hierunter verzeichnet.

Den Hintergrund der Änderungen am Formular hinsichtlich der vermuteten Ursache einer Erkrankung gilt es näher zu erläutern. Die „hereditäre Veranlagung“ beziehungsweise die „Prädisposition“ galt in den Augen vieler Psychiater des 19. Jahrhunderts als der primäre Faktor in der Genese psychischer Erkrankungen, wurde aber nicht als deren Auslöser angesehen. In der Praxis war die Frage der Erblichkeit

⁴⁴⁸ Vgl. allg. zum Aufzeichnen von Vererbungswissen in psychiatrischen Krankenakten: Gabriela IMBODEN, Hans Jakob RITTER, „...jedenfalls ist Petententin Trägerin einer denkbar ungünstigen Erbmasse.“ Eugenik in Psychiatrie- und Verwaltungsakten. In: KAUFMANN, LEIMGRUBER (Hg.), Was Akten bewirken können, 92-103.

beziehungsweise die Beobachtung etwaiger familiärer Häufungen als ein Aspekt unter vielen anderen innerhalb eines komplexen psychopathologischen Prozesses angesehen worden. Erst die Divergenz zwischen der klinischen und der nunmehr statistisch erfassbaren Bedeutung von „Heredität“ führte zu deren zunehmend größeren Beachtung.⁴⁴⁹ Mit dem in den Krankenakten nunmehr einzeln identifizierbaren Faktor war gewissermaßen ein Raum kreiert, in dem diese Thematik visualisiert und auf diese Weise erst registriert werden konnte.

Statistische Erhebungen zur Heredität rückten zunehmend in das Zentrum psychiatrischer Studien,⁴⁵⁰ mündeten aber zumeist in einem Erstellen von Korrelationen mit anderen Faktoren vermuteter Krankheitsursachen. Der Weg der Vererbung psychischer Erkrankungen konnte dadurch keineswegs erklärt werden. In der Praxis sollte die Suche nach dem Auftreten spezieller Wesenszüge noch längere Zeit eine untergeordnete Rolle spielen. Als zu notierende Information galt das gehäufte Auftreten auch ganz unspezifischer Auffälligkeiten, die sich aber auf diese Weise als ein „zu Vermerkendes“ in der Akte manifestierten. Die Notwendigkeit zu erkennen, wie diese Auffälligkeiten auf kommende Generationen übertragen wird, galt als nicht so bedeutend.⁴⁵¹

In der „Statistik des Sanitätswesens Oesterreichs (Cisleithanien)“ aus dem Jahre 1874 wurden knapp 17 Prozent aller Patienten eine erbliche Belastung als Erkrankungsursache zugeschrieben. Die zeitgleich stattgefundenen Erhebungen in preußischen Anstalten für psychisch Kranke zur Anzahl der Kranken, „*bei denen*

⁴⁴⁹ Vgl. dazu ausführlicher: Bernd GAUSEMEIER, From pedigree to database. Genealogy and Human Heredity in Germany, 1890-1914. In: A Cultural History of Heredity III: 19th and Early 20th Centuries. (=Max-Planck Institut für Wissenschaftsgeschichte, Reprint 294; Berlin 2005) 179-192.

⁴⁵⁰ Vgl. zum Beispiel die von Hans Römer propagierte Erstellung einer Stammliste aller amtlich bekannten Fälle von Geisteskrankheit. Ähnliche Forderungen gab es vom Medizinalstatistiker Weinberg und vom Medizinalrat Fischer, die 1908 am III. Internationalen Kongress für Irrenpflege in Wien die Vereinheitlichung der Jahresberichte hinsichtlich eben jener Fragen und die Einrichtung einer psychiatrisch-statistischen Zentralstelle forderten. Hans RÖMER, Eine Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 13 (1911/12) 94-97.

⁴⁵¹ Bernd GAUSEMEIER, Pedigree vs. Mendelism. Concepts of Heredity in Psychiatry before and after 1900. In: A Cultural History of Heredity IV: Heredity in the Century of the Gene (=Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte, Reprint 343; Berlin 2008) 149-162. Hier: 159f. So machte beispielsweise Heinrich Schlöß vor der Wende zum 20. Jahrhundert die Übertragung von Psychosen noch an ganz unspezifischen Faktoren wie den bei Tieren zu beobachtenden Nachahmungstriebes fest: Heinrich SCHLÖß, Ueber die Uebertragung von Psychosen. In: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Internationale Monatsschrift für die gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie 14 (1891) 49-67. Schlöß beruft sich auf zahlreiche Literaturangaben und beschreibt in seiner Kasuistik zwei Geschwisterpaare, bei denen er keine weiteren erblichen Belastungen erkennen konnte.

⁴⁵¹ Jahrbücher für Psychiatrie 1 (1879) 65f. Notizen. Hier: 66.

Erblichkeit behauptet wurde, also diejenigen, an deren Eltern abnorme Erscheinungen beobachtet wurden“ finden sich mit knapp 52 Prozent beziffert. Diese enormen Divergenzen verweisen jedoch vielmehr auf unterschiedliche Methoden des Zählens und Zielsetzungen der Erhebungen, denn zu den zu erhebenden „Abnormitäten“ zählten unscharfe psychische Begriffe wie „*Geisteskrankheit, Nervenkrankheit, Trunksucht, Selbstmord, Verbrechen und auffallende Charaktere und Talente*“.⁴⁵² Die auf Antrag des Ministeriums des Inneren ab 1871 herausgegebenen Jahresberichte sowohl der öffentlichen wie auch der privaten Anstalten waren nach standardisierten Formularen zu führen. Dabei stand die Frage nach der Systematik der Diagnosen im Vordergrund, die Suche nach der Ursache wurde dagegen zu diesem Zeitpunkt noch relativ unspezifisch formuliert. So war die Rede von dem „*Vorwiegen gewisser ätiologischer Momente*“, die, wie anhand der Statistiken auch deutlich erkennbar ist, viel eher in Korrelation mit „*möglicherweise in Beziehung stehenden wichtigen Lebensverhältnissen*“ gesehen wurden.⁴⁵³ Die Jahresberichte der niederösterreichischen psychiatrischen Anstalten zeigen, dass sich die Suche nach der „Heredität“ um die Jahrhundertwende differenziert hatte: Die Statistiken weisen nun unterschiedliche Spalten auf, erhoben wurden Angaben der Patienten zu den Eltern, deren Geschwistern, den Großeltern und auch zu diversen Seitenverwandten. Eigens geführte Spalten bezogen sich auf die Frage ob eines der Elternteile Alkoholiker, sogenannte „Potatoren“ waren. Eine weitere Tabelle setzt diese Angaben der „erblichen Belastung“ in Bezug zu anderen vermuteten Krankheitsursachen.⁴⁵⁴ Der Ruf nach verbesserten genealogischer Methoden⁴⁵⁵ ist im Zusammenhang mit der an Bedeutung gewinnenden Theorie der Kontinuität des Keimplasmas August

⁴⁵² Ebd.

⁴⁵³ Moriz GAUSTER, Die neuen statistischen Tabellen zur Darstellung der Jahresbewegung in den österreichischen Irrenanstalten. In: Psychiatrisches Centralblatt 9 und 10 (1872) 108-112.

Die von 1883 bis 1897 erhaltenen Jahresberichte weisen lediglich eine Spalte zur Erhebung der „erblichen Belastung“ auf. Die letzte dieser findet sich in: NIEDERÖSTERREICHISCHER LANDESAUSSCHUSS (Hg.), Jahresbericht der niederösterreichischen Landesirrenanstalten Wien, Ybbs, Klosterneuburg und Kierling-Gugging, der niederösterreichischen Landes-Irrenzweiganstalt in Langenlois, sowie der sonstigen Anstalten zur Unterbringung geistesgestörter niederösterreichischer Landespfleglinge pro 1896/97 (Wien 1897) 17.

⁴⁵⁴ LANDESAUSSCHUSS DES ERZHERZOGTHUMS ÖSTERREICH UNTER DER ENNS (Hg.), Die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder (Wien). Diese Jahresberichte wurden von 1904 bis 1914 publiziert.

⁴⁵⁵ Vgl. beispielsweise dazu den Bericht eines unter der Leitung von Robert Sommer 1908 in Gießen stattgefundenen Kurses zur Familienforschung und Vererbungslehre in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908) 205. An diesem haben Mediziner aus Anstalten für geistig behinderte Kinder, aus Straf-, Heil- und Pflegeanstalten, aber auch Lehrer und Pfarrer teilgenommen. Der zweite Kurs und der erste Kongress für Familienforschung, Vererbungslehre und Rassenhygiene fanden 1912 in Gießen ebenfalls unter der Leitung von Sommer statt. In: Ebd., 13 (1911/12) 187. Vgl. zur

Weismanns zu sehen. Mit seiner Theorie war die Differenzierung zwischen „Heredität“, als eine Beobachtung gewisser pathologischer Zweige in bestimmten Familien, und „Vererbung“ als der positive Nachweis, dass solche Fälle auch tatsächlich auf biologischen Tatsachen beruhen könnten, zu einer konkreten Frage avanciert. So machte Erwin Stransky in seinem 1914 publizierten Lehrbuch darauf aufmerksam, dass in dieser Frage den Mendel'schen Vererbungsgesetzen zu folgen sei, diese aber hinsichtlich der noch vielen ungelösten Schwierigkeiten der Einteilung der Diagnosen auch noch sehr schwierig anwendbar seien. Denn, so räsionierte er, *„mit allgemeinen Schlagwörtern wie 'Nervenkrankheit' ist in der Hereditätsfrage weder theoretisch noch praktisch auf einen grünen Zweig zu kommen.“* Doch trotz seines Benennens der bestehenden und grundsätzlichen Probleme war er der Ansicht, dass *„für die wissenschaftliche Erkenntnis dann natürlich auch das Studium der wirklich oder angeblich gesunden Mitglieder eines Stammes erforderlich (Familienforschung)“* sei.⁴⁵⁶ Hier zeigt sich deutlich der Wechsel von der als „Heredität“ bezeichneten, noch vagen und unspezifischen, in unterschiedlichen Generationen zum Vorschein kommenden und als solche zwar registrierten, aber unspezifischen Auffälligkeiten hin zu einer intensiven Suche nach kausalen Relationen zwischen diesen Phänomenen.

3.6.4 Die „Kranken-Geschichte“

Die in dem doppelseitigen Deckblatt der Krankenakte eingeordneten psychiatrischen Aufzeichnungen sind nur mehr grob strukturiert und folgen zumeist freieren Formen der Dokumentation. Zudem sind in vielen Akten Dokumente wie beispielsweise Gutachten, Laborbefunde, in vereinzelt Fällen auch Briefe oder kleine Zeichnungen mit eingelegt. An der Innenseite des Deckblattes wurden ab 1930 von den Patienten und ab 1931, nachdem sich, wie es hieß, diese Neueinführung bewährt hätte, auch von den weiblichen Kranken Portraitfotos eingeklebt oder angeheftet. Diese

österreichischen Familienforschung: Thomas MAYER, Family Matters. The Rise of Family Research as a Scientific Method and the Scientification of Eugenics in Vienna after World War I. In: Hermann HUNGER, Felicitas SEEBACHER, Gerhard HOLZER (Hg.) Styles of Thinking in Science and Technology. Proceedings of the 3rd International Conference of the European Society for the History of Science (Wien 2008) 1069-1080.

⁴⁵⁶ STRANSKY, Lehrbuch der Allgemeinen und der Speziellen Psychiatrie, 107. [H.i.O.] Stransky war ab 1915 Professor an der psychiatrischen Klinik in Wien.

waren zur besseren Identifikation der PatientInnen nach dem Bertillon'schen System aufgenommen worden, nämlich jeweils einmal eine Frontal- und eine Profilaufnahme.⁴⁵⁷

Ein in der Mehrzahl der Akten enthaltenes Formular ist der so genannte „Abgangsbogen für die Irrenanstalt“. Dies ist ein Überweisungsschreiben des Beobachtungszimmers der psychiatrischen Klinik im Allgemeinen Krankenhaus von wo aus die überwiegende Zahl der Neuaufnahmen in die Anstalt *Am Steinhof* gekommen war. Diese Überweisung enthält eine sehr knapp gehaltene „Abschrift der Krankengeschichte“ der psychiatrischen Klinik, wo kurze Angaben zum neurologischen und somatischen Befund vermerkt wurden, kurze Hinweise zur betreffenden Person und eine erste Diagnose – welche allerdings *Am Steinhof* nicht selten abgeändert wurde. Darüber hinaus finden sich Informationen zum unmittelbaren Anlass der Einweisung. Auffällig erscheint hier die Tatsache, dass es häufig zwischenmenschliche Auseinandersetzungen oder soziale Schwierigkeiten waren, die den ausschlaggebenden Grund für die Anordnung einer psychiatrischen Internierung gaben. Diese Beobachtung korrespondiert mit der historischen Forschung, die für den Zeitraum des 19. Jahrhunderts psychische Erkrankungen generell als enge Verschränkungen körperlicher, psychischer und sozialer Erfahrungen beschreibt, bei denen alle drei Bereiche in Mitleidenschaft gezogen waren. Zudem sind bei den Einweisungen stets auch ökonomische und regionale Hintergründe mit zu bedenken.⁴⁵⁸ Trotz der im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert stattgefundenen Medikalisierung psychischer Störungen standen weiterhin soziale Bezüge im Vordergrund, denn nur die Schwierigkeiten, die in dieser Hinsicht bei einer Erkrankung entstanden, machten die Betroffenen in der Regel überhaupt erst therapiebedürftig und damit auch aktenkundig. In den Krankenakten der ersten Hälfte

⁴⁵⁷ MAGISTRAT DER STADT WIEN (Hg.), Die Verwaltung der Bundeshauptstadt Wien 1929-1931, 1. Bd., 2. Teil (Wien 1933) 458f. Vgl. ausführlicher zu dieser Art der Porträtaufnahme: Susanne REGENER, Fotografische Erfassung. Zur Geschichte medialer Konstruktionen des Kriminellen (München 1999) 131-160. Diese Art der Abbildungen stehen aber nicht, wie von Regener unrichtigerweise an anderer Stelle angeführt, in einer Tradition mit früheren, auch vorfotografischen Abbildungen psychiatrischer Patienten. Diese seit 1850 erstellten Fotografien und deren Sammlungen sind vielmehr in einem psychiatrischen Erkenntnisinteresse zu verorten. Susanne REGENER, Vom sprechenden zum stummen Bild. Zur Geschichte der psychiatrischen Fotografie. In Marianne SCHULLER, Claudia REICHE, Gunnar SCHMIDT (Hg.), BildKörper. Verwandlungen des Menschen zwischen Medium und Medizin (Hamburg 1998) 187-209.

⁴⁵⁸ Karoline GROSSENBACH, Fromme Quergänger in der Psychiatrie des Vormärz: Religionswahn Sinn bei Patienten des großherzoglich-hessischen Hospitals Hofheim. In: WERKSTATT GESCHICHTE 33 (2002) 5-21. Hier: 10. Vgl. zu den ländlichen Versorgungsmodellen innerhalb dieses Zeitraumes: KAUFMANN, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die 'Erfindung' der Psychiatrie, 260-274. Vgl. zur Einweisungspraxis bis etwa um 1900: BRINK, Grenzen der Anstalt, 85-90.

des 20. Jahrhunderts ist eine Beschreibung der unmittelbaren Bedingungen der Notwendigkeit einer Aufnahme ein wichtiger Teil der psychiatrischen Aufzeichnungen und zeigt, wie auch schon an früherer Stelle festgehalten, dass Krankenakten unter anderem auch als Mittel der Rechtfertigung von Internierungen dienen.⁴⁵⁹ Waren aber neuankommende Patienten als sogenannte „direkte Aufnahme“ über andere Institutionen wie beispielsweise Spitäler, Militärkrankenstationen, Versorgungshäuser oder aus einer Haftanstalt gekommen, so finden sich weit weniger Hinweise über deren Weg in die institutionalisierte medizinische Behandlung. Waren psychisch Kranke bereits einmal *Am Steinhof* interniert so kamen diese oft mit einer direkten Einweisung über einen dazu befugten Amtsarzt. In all diesen Fällen ist kein weiteres die Aufnahme betreffendes Dokument in der Krankenakte enthalten.

Den Dokumenten der Aufnahme folgt nun die eigentliche Krankengeschichte. Sie ist unterteilt in Anamnese, psychischer und somatischer Zustandsbericht und eine Beschreibung des weiteren Verlaufs der Erkrankung beziehungsweise des Verhaltens der PatientInnen während der Zeit ihres stationären Aufenthaltes. Das Aufschreiben der Krankengeschichte organisierte erst den Vorgang der Untersuchung und Diagnostizierung und lässt nach dem aktiven Moment der Konstruktion und der Identität des mit dem Eintritt in die Anstalt nunmehr Geisteskranken fragen. Der Vergleich dieser in den Krankenakten dokumentierten Passagen zeigt indirekt auf Untersuchungspläne, nach denen der beobachtende und protokollierende Mediziner vorgegangen war. Auch die etwa seit der Wende zum 20. Jahrhundert häufiger veröffentlichten Handbücher zu Untersuchung und Diagnostik von psychisch Kranken verweisen auf die Bedeutung und das Führen einer Anamnese. *„Das Taschenbuch soll dem unmittelbaren Gebrauch bei der Untersuchung und Begutachtung Geisteskranker dienen und einen übersichtlichen Gedankengang, zweckmäßige Frageform und ausreichende Vollständigkeit [...] ermöglichen. Es soll ebenso angewandt werden und etwa die gleichen Dienste leisten wie auf anderen Gebieten eine Sektionstechnik, ein bakteriologisches und ein chemisches Taschenbuch.“*⁴⁶⁰

Eine Parallele zu dieser Anlehnung an eine naturwissenschaftlich geprägte Vorgehensweise, die „planmäßige lückenlose Untersuchung“ zeigt sich auch in der

⁴⁵⁹ Jonathan Andrews hat auf den Zusammenhang zwischen dem Aufschreiben von Krankheitsberichten und der Rechtfertigung der Anhaltung psychisch Kranker insbesondere in privaten Anstalten verwiesen: ANDREWS, Case Notes, Case Histories, and the Patient's Experience of Insanity at Gartnavel Royal Asylum, 256f.

⁴⁶⁰ CIMBAL, Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten, 1f.

formalen Anordnung der Krankenakte. Das „Grundscheina eines psychiatrischen Protokolls“ bestand aus der Vorgeschichte, die allgemein differenziert wurde zwischen einer Autoanamnese, die sich in nahezu allen Kranken-Journalen an erster Stelle befindet, und einer sogenannten „objektiven Anamnese“, Informationen die bei den Angehörigen der psychisch Erkrankten eingeholt wurden. Oftmals finden sich Angaben zu letzterer nach dem Aufnahmegespräch, sie waren manchmal auch dem Verlaufsbericht beigelegt und als „Angaben der Referenten“ gekennzeichnet. Manche Psychiater schrieben der Erhebung einer „objektiven Anamnese“ eine wesentlich größere Bedeutung zu, warnten aber gleichzeitig auch vor Angaben psychiatrischer Laien.⁴⁶¹ Ob dadurch implizit auf den Mangel psychiatrischer Möglichkeiten zur Erstellung einer Diagnose verwiesen wird bleibt im Unklaren, dennoch ist der Charakter eines Ermittlungsprozesses mit angedeutet. Die Mehrzahl der *Am Steinhof* verfassten Akten zeigt jedoch eindeutig, dass die Angaben von den Patienten, also die Autoanamnese für die Diagnostizierung und auch weitere Beobachtung als wichtiger erachtet wurde, denn sie stellten den ersten und im Allgemeinen auch ausführlicheren Teil der Aufzeichnungen dar. Bezüglich der Erhebung beziehungsweise des Notierens der (Auto)Anamnese hieß es im Weiteren, *„die Krankheitsgeschichte soll das sachgemäße Vorgehen bei der Untersuchung erkennen lassen, ihre Abfassung soll nicht schematisch erfolgen.“*⁴⁶²

Die Anleitung aus Erwin Stranskys Lehrbuch zur Erhebung einer Anamnese bietet einen vollständigen Überblick des Fragenkatalogs: Die „Heredität“, also das Vorkommen von Auffälligkeiten bis hin zu manifesten psychischen Erkrankungen in der Familie, galt hierbei als ein wesentlicher zu erhebender Aspekt. Neben kurzen Angaben zur Person wurde der „Vorgeschichte“ große Bedeutung zugeschrieben. Dazu zählten Angaben zur Geburt und Kindheit, etwaigen psychischen Traumata bis hin zu *„Überanstrengungen und Gemütsstörungen“*, oder auch Verletzungen, somatischen Erkrankungen und der etwaige Einfluss toxischer Mittel. Im Weiteren wurde gefragt nach der kindlichen Entwicklung, dem schulischen und beruflichen

⁴⁶¹ Ebd.

⁴⁶² Hans SEELERT, Anleitung zu psychiatrischen Untersuchungen (Leipzig 1926) 173. Seelert sprach sich insbesondere gegen die Verwendung von Vordrucken bei der Patientenbefragung aus, da diese *„den Schematismus fördern und zur Oberflächlichkeit erziehen.“* Hans Römer propagierte für sein Projekt der Auflistung psychiatrischer Auffälligkeiten von großen Teilen der Bevölkerung eine technisch zweckmäßigere Verarbeitung der Informationen der Krankenakten. Auf diese Weise könne man, wie er meinte, eine bessere Annäherung an den Grad des erblichen Einflusses erlangen: RÖMER, Eine Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit, 96.

Werdegang, dem Militärdienst, einer etwaigen Ehe und Nachkommenschaft und bei Frauen nach eventuellen psychischen Besonderheiten im Zusammenhang mit der Menstruation.⁴⁶³ In Diskrepanz zu den im Lehrbuch vorgegebenen Fragen zur Sexualität, wie „*Exzesse in venere, Masturbation, Früh- oder Spätreife*“ sind diese nur selten Teil der dokumentierten Erhebungen. Das Festhalten all der hierbei ermittelten Daten in der Krankenakte bedeutet somit auch die Abstraktion eines in seinem Lebenskontext als „auffällig“ beschriebenen Menschen hin zu einem Patienten. Der explorierende Mediziner stellt in den archivierten Aufzeichnungen eine Leerstelle dar, die Interaktion des Gesprächs bleibt ausgeblendet. Dennoch ist die Zusammenführung von psychiatrischem Beobachtungswissen ein zentrales Moment, welches dem Paradigma der angestrebten Standardisierbarkeit eines Gesprächs unterliegt. Die gewonnenen Informationen der unmittelbaren Gründe der Einweisung und der erkannten Symptome folgen einer Ordnung. Sie verdichten sich zu einem Argumentationsgang und verweisen nur mehr indirekt auf die dahinterstehende „ordnende Hand“. Ob die beobachteten Zeichen noch als für sich stehend angesehen, oder einem schon eingeschlagenen Weg der Diagnosefindung folgen bleibt im Unklaren, die Aufzeichnungen stehen bereits in einem psychiatrischen Wissenskontext. Diese notierten „Indizien“ sind lesbar gemacht worden, wurden in einen „status psychicus“ übersetzt und mündeten in einer psychiatrischen Diagnose. Eben das Aufschreiben einer Anamnese, das angestrebte möglichst exakte Notieren eines Aufnahmegesprächs zeigt den ambivalenten Charakter des Aufschreibesystems Krankenakte als ein Dokument wechselnder Funktion. Mit der Erhebung der Krankengeschichte wird das *Aussagesubjekt*, der Kranke, zu einem Gegenstand eines Vorgangs, dessen *Aussagemodi* charakterisiert werden können. Die Angaben der Patienten ist wesentlich mit dem verknüpft was gehört wird. Zwischen dem

⁴⁶³ STRANSKY, Lehrbuch der Allgemeinen Psychiatrie, 182f. Ein etwas früheres „Schema zur Geisteszustandsuntersuchung“ findet sich auch bei: Richard KRAFFT-EBING, Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende (7. Aufl., Stuttgart 1903) 243-248. Krafft-Ebing meinte, im Vergleich zur psychischen Untersuchung sei der Heredität, der Konstitution, insbesondere aber den sogenannten „Degenerationszeichen“ weit größere Aufmerksamkeit beizumessen. Hirschmüller beschreibt das – zeitlich viel frühere – Verfahren der Erhebung einer Anamnese als vorformulierten Angaben folgend. 1875 war für die Aufnahme an die psychiatrische Klinik ein Schema entworfen worden, welches in 42 Fragen die Personaldaten, die Familienanamnese, Angaben zur körperlichen und psychischen Entwicklung, etwaiger Korrelationen in der Entwicklung eines Menschen abfragte und auch Diagnose und Prognose berücksichtigte. Dieser Fragebogen zielte sowohl auf administrativ als auch medizinisch und für die Pflege relevante Informationen, beinhaltete somit Elemente des Aufnahmeverfahrens in eine Institution als auch die einer Anamnese: HIRSCHMÜLLER, Freuds Begegnung mit der Psychiatrie, 92. Abbildung des Formulars: 303f. Die Abbildung einer einzelnen Akte, deren weiterer Bestand heute nicht mehr archiviert ist, zeigt, dass den vorgedruckten Fragen nur teilweise gefolgt worden war.

möglichst genauen Aufzeichnen der subjektiven Krankheitsbeschreibungen der Patienten, die sich unmerklich mit den objektiv-wissenschaftlich geprägten Folgerungen der medizinischen Experten vermischten, wird der Aufschreibende zu einer Instanz, der die Richtigkeit des Fixierten kraft seiner institutionell definierten Stellung bezeugt, selbst aber scheinbar keine Rolle spielt.⁴⁶⁴

Das Aufzeichnen psychiatrischer Beobachtungen und in weiterer Folge auch das Protokollieren von Aussagen zu forensischen Zwecken wurde fachintern sehr wohl auch kritisch gesehen. Der Gerichtspsychiater Emil Raimann meinte diesbezüglich: *„Es muss anerkannt werden, dass die höheren Instanzen, je mehr sie auf Grund von Akten entscheiden, es umso schwerer haben. Ich durfte in meinem Inneren den beiden Kranken A. und B.⁴⁶⁵ recht geben, als sie sich gegen die Protokollierung ihrer Äußerungen und Fertigung des Protokolls wehrten. Bei allem, was sie im Affekt vorbrachten, haben sie selbst die Diskrepanz zwischen Gedachtem, Gefühltem und dem Ausgesprochenen deutlich empfunden. Was der Vorsitzende [im Entmündigungsverfahren] als von ihm klar erfassten Bewusstseinsinhalt in seiner Ausdrucksweise, prägnant diktiert, erscheint ihnen als etwas ganz anderes.“* Ähnlich schwierig gestaltete sich das Erstellen von Gutachten auf der Informationsbasis von Krankenakten: *„Bei Abfassung unserer Krankengeschichten kommt es jedem Seelenarzte immer deutlicher zum Bewusstsein, dass man mit dem Inhaltlichen, und wenn man es noch so genau widerzugeben versucht, nur einen Bruchteil dessen fixiert, von dem was man verstanden zu haben glaubt, dass man es jedenfalls in der Form verändert, und dass das Wesentlichste und Wichtigste, die seelischen Reaktionen des Kranken, schriftlich gar nicht zum Ausdruck gebracht werden.“⁴⁶⁶*

Was hier schwerpunktmäßig anhand der Erhebung von Anamnesen nur angedeutet werden konnte, ist die kontextabhängige Aufzeichnung der Akten. Ohne Kenntnis der Situation wie sie entstanden sind, erschließen sich diese Quellen nie vollständig. Sie sind keine in sich geschlossenen Aufzeichnungen, beziehungsweise wären für den heutigen Leser als ergänzungsbedürftig zu bezeichnen, da sie immer nur die Sicht einer Person oder einer Institution wiedergeben. Zudem löst sich mit der Zeit dieser Kontext auf, alles was mündlich mitgegeben wurde, was als implizites Wissen der

⁴⁶⁴ Vgl. dazu allg.: Michael NIEHAUS, Wort für Wort. Zur Geschichte und Logik des Verhörprotokolls. In: Ders., Hans-Walter SCHMIDT-HANNISA (Hg.), Das Protokoll. Kulturelle Funktionen einer Textsorte (Frankfurt am Main 2005) 27-47.

⁴⁶⁵ Zwei Fallbeispiele, die Emil Raimann exemplarisch als Beleg seiner Thesen heranzog.

⁴⁶⁶ Emil RAIMANN, Zur Praxis der Entmündigung. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 44 (1925) 95-137. Hier: 131f.

Beteiligten vorhanden war, ist nicht mehr rekonstruierbar. Dieser Übergang zur ausschließlichen Existenz des Schriftlichen verändert aber auch die Bedeutung der Akte.⁴⁶⁷

Der Charakter eines anstaltsinternen Dokuments zeigt sich bei auch bei dem während des Aufenthaltes der Patienten erstellten Verlaufsberichtes. Dieser erscheint oftmals als sehr kurz gehalten und verweist darauf, dass nur besondere Vorkommnisse verzeichnet wurden. In den nicht wenigen Fällen längerer Aufenthalte erfolgte durchschnittlich etwa ein Mal pro Monat eine knappe Eintragung des Arztes in Bezug auf Verhalten oder Zustand der PatientInnen.⁴⁶⁸ Informationen, die für den Schreiber oder für die Adressaten der Krankenakte als Mitglieder der Anstalt als selbstverständlich erschienen, wurden gar nicht erst aktenkundig.⁴⁶⁹ Die Tatsache, dass – ganz entgegen der ärztlichen Dienstvorschriften – keinerlei therapeutische Maßnahmen vermerkt wurden, ist wohl ebenso diesem Grunde geschuldet.⁴⁷⁰ Ebenso ist in Krankenakten auch nicht die Stimme der Kranken, nicht das Leben eines Individuums in seiner historischen und sozialen Bedeutung, sondern vielmehr der institutionelle Blick auf ein Kranksein und dessen Verlauf dokumentiert.⁴⁷¹

⁴⁶⁷ Walter LEIMGRUBER, Akten: Die gesellschaftliche Kraft eines Verwaltungsinstruments. In: Ders., KAUFMANN (Hg.), Was Akten bewirken können, 7-17. Hier: 10.

⁴⁶⁸ Für chronisch kranke Patienten war zumindest einmal vierteljährlich ein Eintrag zu machen. In: Dienstvorschriften für die Ärzte, Punkt D. Besondere Dienstweisungen für die Primärärzte, §20.

⁴⁶⁹ Cornelia Vismann hat (im rechtshistorischen Kontext) eben jenes „off the record“ hinterfragt, zu welchen sie auch inoffizielle, vertrauliche Mitteilungen zählt, die nicht zu den Akten genommen werden. VISMANN, Akten, 13.

⁴⁷⁰ „Alle wichtigen therapeutischen Verordnungen müssen in der Krankheitsgeschichte des Pfléglings enthalten sein.“ In: Dienstvorschriften für die Ärzte, Punkt D.

⁴⁷¹ Barbara Duden hat, allerdings für einen früheren Zeitraum von einem Rückgang an Authentizität in den Krankenakten gesprochen, einem allmählichen Verschwinden der Person als sich äußerndes Subjekt bis es schließlich zum stummen „Patientenmaterial“ degradiert wurde. Barbara DUDEN, Geschichten unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730 (Stuttgart 1987); Barbara ELKELES, Die schweigsame Welt von Arzt und Patient: Einwilligung und Aufklärung in der Arzt-Patient-Beziehung des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 8 (1989) 63-91. Auch Jens Lachmund und Gunnar Stollberg sind der Ansicht, dass den PatientInnen in der Krankenhausmedizin kaum eigenständige Gestaltungsmöglichkeiten zugekommen seien, folglich sich in deren persönlichen Akten wohl eher die Geschichte der Institution spiegle. Jens LACHMUND, Gunnar STOLLBERG, Patientenwelten: Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien (Opladen 1995) 218f. Anhand eines Fallbeispiels einer Langzeitpatientin von den 1920er bis in die 1990er Jahre wird jener Vorgang skizziert von: Ulrike HOFFMANN-RICHTER, Das Verschwinden einer Biographie in der Krankengeschichte. Eine biographische Skizze. In: Bios 2, 8 (1995) 204-221; Vgl. dazu auch: NOLTE, Vom Verschwinden der Laienperspektive.

3.6.5. Exkurs: Die Archivierung der Krankenakten: Produkte eines administrativen Vorgangs oder Sammeln psychiatrischer Verdattungen?

Nicht nur das Aufzeichnen von Informationen in der Krankenakte ist als ein aktives Zusammenstellen zu verstehen, auch die Gründe der Archivierung der Dokumente erscheinen von Relevanz. Die Suche nach der epistemischen Funktion der archivierten Patientendossiers als die materiale Kultur der Forschung führt aufgrund zeitgenössischer Publikationen zu der Annahme, dass sie ihr Potential erst später im Zusammenhang mit spezifischen Fragestellungen wie beispielsweise der Vererbbarkeit psychischer Erkrankungen entwickelt haben. Der Grund der Archivierung der Krankenakten ist zwischen einfacher Ablage im Sinne eines administrativen Vorganges und ein später für die Forschung eingesetztes Mittel zu verorten.⁴⁷² Unter deutschen Psychiatern wie Alois Alzheimer, Emil Kraepelin und Robert Sommer stellte sich die Frage, wie eine Sammlung genealogischer Informationen aus psychiatrischen Anstalten organisiert, standardisiert und somit für die medizinische Forschung verwendbar gemacht werden könnte. Ziel dieser Bestrebungen war es einen Überblick zu „belasteten Familien“ einer Region zu erlangen. Das Aufzeichnen von Familiengeschichten war bereits seit dem frühen 19. Jahrhundert Teil der psychiatrischen Praxis gewesen, diese wurden jedoch als ein integraler Bestandteil der narrativen Erklärung einer Krankheitsgenese angesehen. Die 1903 gegründete „Zentralstelle für deutsche Personen- und Familiengeschichte“ strebte die Zusammenarbeit mit Psychiatern und an der Eugenik interessierten Medizinern zum besseren Verständnis von „Heredität, Degeneration und Regeneration“ an.⁴⁷³ Diese Versuche der systematischen Erfassung der

⁴⁷² Vgl. allg. zum Sammeln als ein notwendiger Bestandteil der wissenschaftlichen Praxis: Anke te HEESSEN, E.C. SPARY (Hg.), *Sammeln als Wissen. Das Sammeln und seine wissenschaftsgeschichtliche Bedeutung*, Göttingen 2001; Jochen BRÜNING, *Wissenschaft und Sammlung*. In: Sybille KRÄMER, Horst BREDEKAMP (Hg.), *Bild – Schrift – Zahl* (Reihe Kulturtechnik) München 2003, 87-113. Robert E. KOHLER, *Finders, Keepers: Collecting Sciences and Collecting Practice*. In: *History of Science* 45 (2007) 428-454.

⁴⁷³ GAUSEMEIER, *From pedigree to database*, 180. Alfred Ploetz, einer der führenden Vertreter der rassenhygienischen Bewegung war Mitglied dieser Vereinigung. Zu derselben Zeit versuchten Kriminologen die Abstammung von Straftätern vor allem hinsichtlich der „moralischen Degeneration“ zu erforschen. Vgl. dazu und auch der Rolle der Gesundheitsämter bezüglich der Erhebung persönlicher Daten: Johannes VOSSEN, *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1950* (=Düsseldorfer Schriften zur Neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordrhein-Westfalens 56) 146f. Seit Anfang der 1920er Jahre

vermeintlichen hereditären Phänomene sind auch in enger Verbindung mit den Gründungen ebensolcher Institutionen zu sehen, denn deren genealogische Sammlungen erlaubten erst eine Definition und Registrierung der als bedrohlich empfundenen Teile der Gesellschaft. August Weismanns Theorie der Kontinuität des Keimplasmas und die Widerlegung der Annahme, dass erworbene Eigenschaften vererbt werden, führte zu unterschiedlichen Ansichten vieler Mediziner und Psychiater. Einerseits war „Heredität“ lediglich ein Faktor des Phänomens gehäuft auftretender familiärer Erkrankungen angesehen worden, andererseits waren die Mechanismen der Vererbung zu einem Objekt der wissenschaftlichen Forschung geworden. Dennoch waren viele Psychiater am Ende des 19. Jahrhunderts der Ansicht, dass der Einfluss der Erblichkeit von Krankheiten kaum jemals messbar und aufgrund eines Faktors erklärbar gemacht werden könnte. Nicht zuletzt bot die Suche nach der „Heredität“ viel eher die Möglichkeit eines deskriptiven Umgangs, nicht aber einer analytischen Zugangsweise zu der Frage der Krankheitsgenese. Mit dem Ende des Ersten Weltkrieges und des wachsenden Interesses an der Eugenik war auch die Bedeutung der nun national organisierten Informationssysteme gestiegen. Ernst Rüdin begründete 1917 die genealogisch-demographische Abteilung der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie, welche zur größten Ansammlung psychiatrischer Familiengeschichten Deutschlands werden sollte.⁴⁷⁴ Die Anstaltspsychiatrie war im

wurden „Kriminalbiologische Sammelstellen“ eingerichtet und ab 1930 an die DFA für Psychiatrie angeschlossen und „wissenschaftlich aufgearbeitet“. Richard Krafft-Ebing (1840-1902) sprach sich für die Erhebung eines „psychiatrischen Status“ aller Rechtsbrecher aus. Dabei sollten „*Degenerationszeichen, allgemeine anthropologische Merkmale, Erblichkeit, und der sittliche Zustand*“ überprüft werden. Zitiert in: Siegfried TÜRKEL, Irrenwesen und Strafrechtspflege. Ein Beitrag zur Geschichte der Irrenrechts- und Strafrechtsreform (Wien 1900) 32f. Sonderabdruck eines Vortrages, gehalten im Socialwissenschaftlichen Bildungsverein in Wien im Jänner 1900.

Noch in der elften Auflage von Hofmanns Lehrbuch der gerichtlichen Medizin aus dem Jahre 1927, dessen psychiatrischer Teil von Julius Wagner-Jauregg bearbeitet worden war, wird die körperliche Untersuchung eines Delinquenten empfohlen. Zwar galten weder die Erblichkeit psychischer Krankheiten noch körperliche Entartungszeichen als Beweis, sehr wohl aber deren Häufung als Hinweis auf eine bestehende Geistesstörung. Eduard HOFMANN, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin mit gleichmäßiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung. (11. Auflage; Wien 1927) 1150f. Hofmann hatte von 1875 bis zu seinem Tod 1897 den Lehrstuhl für gerichtliche Medizin inne. Die elfte Auflage seines als Standardwerk geltendes und in viele Sprache übersetzten Lehrbuches wurde posthum von Albin Haberda herausgegeben.

Eine entsprechende Verfügung des Reichsjustizministers zur Einrichtung „Kriminalbiologischer Sammelstellen“ in der „Ostmark“ wurde am 3. August 1938 erlassen. In: Gertrud BAUMGARTNER, Angela MAYER, Arbeitsanstalten für „asoziale Frauen“ im Gau Wien und Niederdonau. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Endbericht (Wien 1990) 104.

⁴⁷⁴ Die Rolle Ernst Rüdins, aber auch des raschen Zuwachs an Prestige und finanziellen Ressourcen (Rockefeller Foundation etc.) für die eugenisch inspirierte psychiatrische Erbforschung an diesem Institut der Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft wurde analysiert von: ROELCKE, Die Entwicklung der Psychiatrie, 121-124. DERS.: Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der Deutschen

Besitz der erforderlichen Daten und wurde zu einem wesentlichen Zuträger der erbbiologischen Forschung.⁴⁷⁵

Ohne retrospektiv die Geschichte einer linearen Entwicklung der Verwendung von Daten für Forschungen zur Rassenhygiene bruchlos schreiben zu wollen, soll dennoch die Funktion, die den Krankenakten im Rahmen der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“ zugeschrieben wurde, kurz umrissen werden. Das Heranziehen von Krankenakten auch lang nach ihrer Ablage zeigt sich an Eintragungen, die teilweise auch noch Jahre nach der Entlassung Eingang in den Verlaufsbericht gefunden haben, wie beispielsweise die Erfassung strafrechtlich verfolgter Taten. Die Krankenakten der Anstalt *Am Steinhof* sollten einen wesentlichen Anteil an der Produktion des biopolitischen Herrschaftswissens im Nationalsozialismus einnehmen.⁴⁷⁶ Die gesamte Gesundheits- und Wohlfahrtspolitik war im Sinne des rassenhygienischen Paradigmas neu organisiert worden, die zentrale „Erbkartei“ stellte diesbezüglich die systematische Organisationsform dar. Die „Erbbestandsaufnahme“ war im Sinne der NS-Ideologie an der Erfassung von Informationen der gesamten Bevölkerung interessiert, primär aber *„erstreckte sie sich vordringlich auf Personen, an denen die Maßnahmen der Erb- und Rassenpflege durchgeführt wurden oder werden sollen, und an deren Verwandten“*.⁴⁷⁷

Zur Erstellung dieses „Archivs der Archive“ wurden unterschiedlichste Informationen gesammelt. An die Stelle einer wissenschaftlichen Definition von Begriffen wie „erbbiologische Minderheit“, über die die „Erb- und Rassenpfleger“ trotz aller Bemühungen nicht verfügten, trat der Versuch einer „empirischen Beweisführung“. Die bloße Tatsache der Häufung von Auffälligkeiten verschiedenster Art innerhalb einer Familie sollte den Nachweis einer genetischen „Minderwertigkeit“ der

Forschungsanstalt für Psychiatrie unter Ernst Rüdin: Zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933. In: *Medizinhistorisches Journal* 37 (2002) 21-55. Die DFA stellte weltweit die erste Forschungsinstitution auf dem Gebiet der psychiatrischen Genetik dar und nahm wesentliche Ideen aus Kraepelins Forderungen von 1908 und Rüdins Programmschrift von 1911 auf.

⁴⁷⁵ VOSSEN, Gesundheitsämter im Nationalsozialismus, 151.

⁴⁷⁶ Einen Überblick der „Grundlagen zur Erstellung einer Zentralkartei der negativen Auslese für Groß-Wien“ und zwar hinsichtlich bereits bestehender Aktenmaterialien und auch laufend anfallender Informationsbeschaffungsmöglichkeiten siehe: Herwig CZECH, Erfassung, Selektion und „Ausmerze“. Das Wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik 1938-1945 (=Forschungen und Beiträge zur Wiener Stadtgeschichte 41) 45f.

⁴⁷⁷ Arthur GÜTT (Hg.), *Der öffentliche Gesundheitsdienst. Erläuterungen zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 nebst Durchführungsverordnungen, Gebührenordnung und Anhang mit Erlassen* (=Handbücherei für den öffentlichen Gesundheitsdienst) Berlin 1939, 577. Zitiert nach CZECH, Erfassung, 41.

Betroffenen liefern beziehungsweise ersetzen.⁴⁷⁸ Die aus der Heil- und Pflegeanstalt *Am Steinhof* stammenden Informationen waren in einer, dem Leiter der Abteilung „Erb- und Rassenpflege“ Dr. Arend Lang zugeschriebenen Auflistung genannt worden. Dabei werden Akten erwähnt, die chronologisch wesentlich weiter zurückgehen, als der heutige im Wiener Stadt- und Landesarchiv aufbewahrte Bestand. Gemäß diesen Angaben waren zu diesem Zeitpunkt nicht nur die Krankenakten ab dem Zeitpunkt der Gründung, sondern auch die der Vorläuferinstitution *Am Brünnefeld* weitgehend vollständig bis 1886 und lückenhaft bis zum Jahr 1847 zurückreichend vorhanden.⁴⁷⁹ Darüber hinaus sollten auch die – heute noch archivierten – Protokollbücher vom *Narrenturm* herangezogen werden. Ein besondere Bedeutung wurden den Patientenakten aus der Alkoholikerabteilung zugesprochen, denn *„sie sind vorbildlich geführt, und weisen – für eventuelle Sterilisierungsanträge besonders wichtig – stets einen ausführlichen Lebenslauf auf. Es kommt hinzu, dass großer Wert auf die Darstellung der Belastung gelegt wurde. Einer der beiden Karteien ist deshalb von besonderer Bedeutung, als hier ausführlich auf die Nachkommen der Alkoholisten eingegangen wird.“*⁴⁸⁰

Die Krankenakten hatten darüber hinaus auch einen wesentlichen Anteil bei der Beschaffung von Informationen zur Auswahl der Patienten, die im Rahmen der „Aktion

⁴⁷⁸ Vgl. dazu ausführlich, vor allem hinsichtlich der Organisation, der Durchführung, der beteiligten Personen und der daraus resultierenden Eheverbote, Zwangssterilisationen, Zwangsabtreibungen, aber auch der für die nach Kriegsende geplanten Vernichtungsmaßnahmen: CZECH, Erfassung, 129f. Insgesamt waren im Reichsgau Wien 770.000 Personen registriert worden; diese hohe Erfassungsdichte ist vergleichbar zu Daten aus dem Deutschen Reich, der enorme Arbeitsaufwand erfolgte in Wien allerdings innerhalb wesentlich kürzerer Zeit.

⁴⁷⁹ Die den Krankenakten zugeschriebene Bedeutung lässt sich indirekt auch daran ablesen, dass sie trotz der 1915 und 1922 durchgeführten Skartierungen von diesen nicht betroffen waren. Mit Erlass der Magistratsdirektion vom 16. November 1922 waren alle Wiener Anstalten angewiesen worden alte Bestände an „Büchern, Zeitschriften, Akten u.s.w.“, welche aus der Zeit bis Ende des Jahres 1912 stammen, einer genauen Durchsicht zu unterziehen und alles nicht mehr Benötigte zu skartieren. Davon ausgenommen waren „Normalienbücher, sowie Bücher und Katasterblätter, welche über den Pfleglingsstand Auskunft geben.“ In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 963 / 1922. Bei dem zu erstattenden Bericht hieß es, dass bereits 1915 eine Skartierung durchgeführt worden war: Ebd., A 191 / 1922.

⁴⁸⁰ Arend Lang; zitiert nach CZECH, Erfassung, 49. Lang war vom Oktober 1938 bis zum Mai 1941 verantwortlich für die Organisation und Durchführung der „Erb- und Rassenpflege“ im Wiener Hauptgesundheitsamt, zugleich Stellvertretender Leiter im „Rassenpolitischen Amt“ der NSDAP Wien und Beisitzer am Erbgesundheitsobergericht. Ebd., 15. Die rassenhygienisch vorbildliche Führung der Aufzeichnungen in der Trinkerheilstätte war vermutlich kein Zufall. Der Leiter Primarius Ernst Gabriel gehörte bereits seit Jänner 1935 der illegalen Betriebszelle „Steinhof“ an und hat auch in der „Wiener Gesellschaft für Rassenpflege (Rassenhygiene)“ zum Thema „Rassenhygiene und Alkoholismus“ einen Vortrag gehalten. Er hat sich wiederholt für drastische Maßnahmen wie dauernde Asylisierung und Sterilisierung rückfälliger Alkoholiker ausgesprochen. (Die Trinkerheilstätte war 1922 und nicht, wie fälschlicherweise in der zitierten Akte vermerkt, 1924 eröffnet worden.)

T4“ ab 1940 überwiegend in das Vernichtungslager Hartheim in Oberösterreich deportiert wurden. Denn die von Berlin entsandte Kommission zur Durchführung der Selektionen der Patienten begutachtete innerhalb von dreieinhalb Tagen rund 4000 Akten und fällte ihre Entscheidungen ohne die PatientInnen auch nur je gesehen zu haben. Von der Wiener Zentralkartei fehlt seit Kriegsende jede Spur. Der letzte dokumentierte Aufenthaltsort war in der Anstalt *Am Steinhof*. Im März und April 1944 war die Kartei in einem der Räume des Jugendstiltheaters untergebracht worden um die Sammlung vor Fliegerangriffen schützen und, wie es hieß, sie für die zukünftige Arbeit erhalten zu können.⁴⁸¹

⁴⁸¹ Herwig CZECH, Die Inventur des Volkskörpers. Die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ im Dispositiv der NS-Rassenhygiene in Wien. In: BAADER, HOFER, MAYER (Hg.), Eugenik in Österreich, 284-311. Hier: 300.

3.7. „Man sagt daher nicht mit Unrecht, dass bei der Behandlung der Geisteskranken die Anstalt selbst eine Medizin darstellt“⁴⁸²: Zum Alltag zwischen Überfüllung und mangelnden Ansehen der Anstaltspsychiatrie

Sowohl die Dienstordnung der Ärzte an der Anstalt als auch das Verfassen der Krankenakten als ein wesentlicher Bestandteil medizinischer Dokumentation verweisen beide auf das Bestreben die als neu proklamierten Verfahren sowohl in der Praxis der Institution selbst, als auch mittels Verschriftlichung zu etablieren. Auf diese Weise sollte der Anstaltspsychiatrie im weitesten Sinne ein Fundament von Wissen und Ordnung bereitet werden. Beide der genannten Entwicklungen waren nicht neu, haben aber mit der Gründung der Institution *Am Steinhof* wesentliche Modernisierungen erfahren. Dennoch stand die stationäre psychiatrische Versorgung weiterhin stets unter einem starken Rechtfertigungsdruck und musste sich in ihrem Tätigkeitsfeld selbst zu definieren wissen.

Das im Titel dieses Abschnitts benannte Zitat von Josef Starlinger verweist auf ein zentrales Moment der Selbstzuschreibung von der Bedeutung der eigenen Tätigkeit, trägt mit seiner doppelten Verneinung aber auch ambivalente Momente in sich. Die lang bestandene Hoffnung auf die Lösung der psychiatrischen Versorgung, beziehungsweise auch die Erwartung, dass größere Anstalten die Kosten für die Betreuung psychisch Kranker relativ herabsetzen würden, wurde jedoch bald nach Fertigstellung des Baus der enorm dimensionierten Anstalt *Am Steinhof* hinterfragt. Das Dogma der Betriebsverbilligung stets größerer Anstalten stellte sich gemäß einer weitangelegten Umfrage Starlingers als unrichtig heraus. Gemäß seinen Berechnungen galt eine Institution mit etwa tausend Betten als das ausgewogenste Verhältnis zwischen ökonomischen und medizinischen Faktoren. Forderungen nach noch größeren Anstalten wären insbesondere aus ärztlicher Sicht als äußerst ungünstig zu beurteilen und würden die Entwicklung des Anstaltswesens gefährden.⁴⁸³ Die Frage nach einer „idealen“ Größe der Anlage spiele im gesamten Krankenhauswesen eine wichtige, nämlich vor allem administrative und

⁴⁸² STARLINGER, Ein Beitrag zum Irrenanstaltsbau, 135. Jenes Dogma war auch von anderen Anstaltspsychiatern vertreten worden. Vgl. dazu auch: MEIER, BERNET, DUBACH, GERMANN, Zwang zur Ordnung, 55f.

⁴⁸³ Josef STARLINGER, Betriebskosten und Anstaltsgröße. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 14 (1912/13) 381-390. Umfrage unter allen Anstalten des deutschen Sprachraums.

organisatorische Rolle, beim „Irrenwesen“ sei aber das ärztliche Regime und die eigentliche Behandlung weitgehend an die Größe der Anstaltsanlage und Zahl der Kranken gebunden.⁴⁸⁴ Der Hintergrund dieses die Anstaltspsychiater so sehr beschäftigenden Themas war die Gebundenheit der therapeutischen Maßnahmen an den Anstaltsaufenthalt selbst – doch dieser war bald nach der Eröffnung der großdimensionierten Einrichtung in seiner Konzeption gefährdet.

Das im Vordergrund bestehende Problem der stationären Behandlung der Kranken war die stete Zunahme der Patientenzahlen. Bereits im Herbst des Jahres 1909 erstattete der Direktor Anzeige beim niederösterreichischen Landesausschuss, dass seit einiger Zeit mehr als 3100 Patienten gepflegt wurden und bat, dass die Zahl 3000 aus versorgungstechnischen Gründen nicht überschritten werden solle.⁴⁸⁵ Auf den Pavillons für ruhige Patienten war es infolge fehlender Fenstergitter, beziehungsweise der dort nicht vorgesehenen ständigen Überwachung zu mehreren Unglücksfällen gekommen. Bis zu diesem Zeitpunkt waren nur die Abteilungen für Unruhige und Halbruhige entsprechend ausgerüstet, der Direktor beantragte wegen der fehlenden andauernden Aufsichtsmöglichkeiten sämtliche Fenster vergittern zu dürfen. Lediglich im Sanatorium sollten, allerdings teurere, Korbgritter die freie Aussicht weiterhin gewährleisten.⁴⁸⁶ Diese und weitere Maßnahmen wie auch der Einbau von Isolierzimmern auf den Abteilungen für „Halbruhige“ konnte keine ausreichende Abhilfe bei dem zunehmend größeren Problem der völligen Überlastung schaffen.

Als alternative und schon öfter praktizierte Maßnahme gegen die schon bald nach der Eröffnung eingetretene Überfüllung der Anstalt war die Transferierung bestimmter Patientengruppen in andere Institutionen, wie nach Mauer-Öhling oder Klosterneuburg.⁴⁸⁷ Dort aber waren, wie die umfangreiche Korrespondenz zeigt, oftmals nur ganz bestimmte Patienten erwünscht, wie diejenigen nicht streng beaufsichtigt werden mussten oder aber arbeiten konnten. Andere Kriterien zur Verlegung von Patienten aus der Wiener Anstalt waren, dass diese nur selten Besuch

⁴⁸⁴ Josef STARLINGER, Über die zweckmäßige Größe der Anstalten für Geistesranke. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 15 (1913/14) 143-151. Abdruck eines Vortrages bei der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Breslau, 13. Mai 1913.

⁴⁸⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Kranken-Angelegenheiten´ o. Z / 1909. Schreiben vom 13. September 1909.

⁴⁸⁶ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ 156 / 1910. Es mussten neun Suizide bei der Polizei gemeldet werden, die Direktion versuchte sich damit zu rechtfertigen, dass diese Fälle nicht absehbar waren.

⁴⁸⁷ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Kranken-Angelegenheiten´ 5 / 1910; Ebd., 20 / 1910. Abgabe von Patienten nach Mauer-Öhling.

empfangen haben, sie somit problemlos an einem anderen Ort wohnen konnten.⁴⁸⁸ 1910 wurden „Geistessieche“ verstärkt in die Versorgungshäuser ihrer Heimatgemeinden transferiert. In Klosterneuburg sollte ein Zubau an die bestehende Landesirrenanstalt für weitere dreihundert Plätze die Überzahl der Wiener Patienten aufnehmen. Weiterhin schwierig blieb die Unterbringung von unruhigen Patienten, teilweise waren auf deren Abteilungen bereits doppelt so viele Kranke aufgenommen als ursprünglich vorgesehen. 1910 machte Direktor Schlöß die übergeordnete Stelle nachdrücklich darauf aufmerksam, nicht mehr die Verantwortung für diese Patienten übernehmen zu können.⁴⁸⁹ In der Folge wurden die Tagräume einzelner Pavillons umgebaut, gleichzeitig aber die Möglichkeiten des Aufenthaltes außerhalb der Schlafräume zunehmend eingeschränkt. Diese Umfunktionierung der Untergeschosse zu Aufenthaltsräumen konnte nicht in allen Pavillons vorgenommen werden, da in manchen Angestellte wohnten, die wegen des allgemeinen Wohnungsmangels sonst keinerlei Unterkunft hatten.⁴⁹⁰

Im April 1910 waren insgesamt mehr als 3300 Kranke *Am Steinhof*, zu deren Unterbringung waren in der Pflegeanstalt in der Nacht 290 Strohsäcke, sogenannte Strapuzen, aufgebretet. Nahezu alle Abteilungen waren hoffnungslos überfüllt, lediglich in den Pavillons der Heilanstalt für ruhige Kranke belief sich die Belegzahl in der vorgesehenen Höhe. Der Grund dafür war, dass es dort weiterhin keine Fenstergitter gab und nur Patienten aufgenommen werden konnten, die als ruhig und verlässlich, im Sinne einer nicht bestehenden Selbstgefährdung galten.⁴⁹¹ Zur Entlastung der sich zuspitzenden Situation wurden weniger schwer Kranke verstärkt in die häusliche Pflege entlassen. Mittels einer „Familienunterstützung“ wurde in diesen Fällen ein finanzieller Ausgleich geboten, welcher in besonderen Fällen auch Betreuungspersonen, die nicht als Familienangehörige galten, gewährt wurde.⁴⁹²

⁴⁸⁸ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Kranken-Angelegenheiten´ 5 / 1910; Ebd., 10 / 1910; Ebd., 20 / 1910; Ebd., 92 / 1910; Ebd., Faszikel `Anstaltsdienst´ 66 / 1912. Direktor Schlöß sprach in diesen Korrespondenzen immer wieder von „Minderwertigen“ und „degenerierten Elementen“.

⁴⁸⁹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ D 78 / 1910. Es waren knapp 100 Patienten gegen die Bezahlung einer Verpflegungsgebühr von einer Krone an die niederösterreichische Landessiechenanstalt St. Andrä abgegeben worden.

⁴⁹⁰ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ 27 / 1910. Insgesamt konnten nur 100 bis 140 Plätze gewonnen werden.

⁴⁹¹ Ebd., o. Z. / 1910. Schreiben der Direktion vom 28. April 1910 an den niederösterreichischen Landesausschuss.

⁴⁹² Normaliensammlung der Anstalt *Am Steinhof*, Nr. 44, Weisung vom 17. Jänner 1913. Die Höhe des Betrages belief sich auf eine Summe von 40 Kronen pro Montag und wurde zur Hälfte von der jeweils zuständigen Armenbehörde mitfinanziert. Einmal vierteljährlich mussten die Unterstützten von einem

Im Jahre 1912 wurde die Problematik der Überbelegung der Anstalt trotz wiederholter dramatischer Apelle von Schlöß an die Landesverwaltung zwecks dringend vorzunehmender Änderung der Verhältnisse virulent. Nur mehr die gesamten Möglichkeiten aller Gegenmaßnahmen konnten den drohenden totalen Versorgungseingpass abwehren helfen. „Geeignete Patienten“ sollten aus der Beobachtungsabteilung des Allgemeinen Krankenhauses direkt in die zuständigen niederösterreichischen Anstalten transferiert werden, um erst gar nicht mehr *Am Steinhof* aufgenommen werden zu müssen.⁴⁹³ Eine weitere, bereits 1910 ergriffene Maßnahme gegen die Überbelegung war die Verlegung sogenannter „Mittelklassepatienten“ von der Heilanstalt ins Sanatorium.⁴⁹⁴ „Geistessieche Pfründner“ aus Lainz wurden erst gar nicht mehr übernommen.⁴⁹⁵ Fremdzuständige, mittellose und harmlose Geistesranke wurden zunehmend häufiger der Polizeibehörde überstellt.⁴⁹⁶ Geistesranke Kinder wurden auch nicht mehr *Am Steinhof*, sondern direkt in die Beschäftigungsanstalt für schwachsinnige Kinder in Gugging gebracht.⁴⁹⁷

Trotz dieser „energischen Abtransferierungen“ war im Juli 1911 die Gesamtzahl der Patienten wieder auf 3270 angestiegen. Zwei Drittel der Fläche des Anstaltsgeländes waren nicht verbaut, Direktor Schlöß plädierte stets dafür, dass weitere Möglichkeiten der Unterbringung geschaffen werden sollten. Da Küche und Wäscherei von vorneherein für eine Erweiterung auf bis zu 4000 Kranke konzipiert waren, suchte er beim niederösterreichischen Landesausschuss um die Errichtung von zwei neuen Pavillons an.⁴⁹⁸ Gemäß der Ansicht des Leiters des Amtes für Wohlfahrtsangelegenheiten Viktor Gerenyi war der geforderte Ausbau des Belegraumes nicht so dringend, er meinte die Transferierungen in andere Anstalten

Anstaltsarzt besucht werden. Ich danke Prof. Eberhard Gabriel für die freundliche Einsichtnahme in die Archivalien.

⁴⁹³ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Kranken-Angelegenheiten` 66 / 5 / 1908. Schreiben vom 23. März 1912. Ebd., o. Z. / 1913. Schreiben vom 29. März 1912. Patienten, die aus Bezirken, die Mauer-Öhling oder Klosterneuburg zugeordnet waren, wurden direkt in diese Anstalten transferiert. In: Ebd., D 51 / 1913. Schreiben vom 7. April 1913.

⁴⁹⁴ Ebd., o. Z. / 1910, Schreiben vom 16. Jänner 1910. Aufgrund des Patientenanstieges musste ein Arzt mehr angestellt werden.

⁴⁹⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` 58 / 1910. Diejenigen „Geistessiechen“, die bereits *Am Steinhof* untergebracht waren sollten jedoch bleiben, da ihre Unterbringung von der Gemeinde Wien finanziert wurde.

⁴⁹⁶ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` 66 / 7 / 1912.

⁴⁹⁷ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Kranken-Angelegenheiten` o. Z. / 1912. Schreiben vom 8. Februar 1912. Schlöß bat um eine Auflistung aller Kinder unter 14, die trotz offizieller Vorgaben *Am Steinhof* untergebracht waren.

⁴⁹⁸ Ebd., o.Z. / 1911. Schreiben vom 12. Juli 1911.

weiterhin forcieren zu können. Eine nochmalige Erhebung der tatsächlichen Anzahl aller Patienten zeigte, dass vor allem in den für unruhige und pflegebedürftige Patienten vorgesehenen Abteilungen, im Vergleich zu deren ursprünglicher Konzeption, bereits doppelt so viele Kranke Platz finden mussten. Entsprechend katastrophal waren die hygienischen Bedingungen, die Patienten lagen dichtgedrängt, eine ausreichende Bewegung in den Tagräumen war nicht mehr möglich. Es waren bereits einige Fälle von Skorbut aufgetreten, eine Erkrankung, die vorrangig bei Menschen auftritt, die in völlig unzureichend ventilierten Räumen leben müssen. Auf der Männerseite der Abteilungen für Unruhige und Unreine hatten 22% der Patienten kein Bett mehr, die Situation auf der Frauenseite war ähnlich dramatisch. Die verantwortlichen Abteilungsleiter plädierten sowohl aus hygienischen als auch humanitären Gründen für eine möglichst rasche Verbesserung der Situation *Am Steinhof*.⁴⁹⁹ Die „individualisierende Behandlung“ als eines der Hauptmerkmale der modernen psychiatrischen Versorgung galt wegen der Überbelegung der Institution längst als nicht mehr machbar. Der Direktor hatte wiederholte Male bei der zuständigen Behörde beanstandet, dass die Zustände unhaltbar und gefährlich waren, beziehungsweise es nur ein Zufall sei, dass es bis zu diesem Zeitpunkt nicht zu gerichtlichen Konsequenzen gekommen sei.⁵⁰⁰ Im Jahre 1914 wurden schließlich in elf Pavillons die Untergeschosse als Tagesräume eingerichtet, auf diese Weise konnten in den oberen Stockwerken Platz für 446 zusätzliche Betten geschaffen werden.

Parallel zu dem sich zunehmend bemerkbaren Raummangels war die Versorgung durch eine ausreichende Anzahl von Medizinern kaum noch zu gewährleisten. 1912 wurde der Ärztemangel als äußerst akut beschrieben, zwei Stellen konnten aufgrund des als nicht attraktiv angesehenen Anstaltsdienstes nicht mehr besetzt werden. Der Dienst an einer öffentlichen, wie es immer noch hieß, „Irrenanstalt“ war nicht nur sehr schwer, sondern zählte wegen der kaum bestehenden Karrierechancen nicht eben zu den begehrtesten Positionen von Medizinern. Zuverdienste wie die mittels einer

⁴⁹⁹ Ebd. o. Z. / 1911. Die Übernahme von Patienten aus der psychiatrischen Klinik auf den Steinhof wurde ohne Zubauten und Vermehrung von Ärzten und Pflegepersonal als nicht mehr machbar angesehen. Zudem merkte die Leitung der Anstalt kritisch an, dass eine große Zahl fremdzuständige Kranke trotz wiederholter Aufforderungen nicht abgeholt wurden. In: Ebd., Faszikel `Kranken-Angelegenheiten´ 137 / 1913.

⁵⁰⁰ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1913. Schreiben vom 4. Oktober 1913. Die Heilanstalten waren zu diesem Zeitpunkt um 61%, die Pflegeanstalten um 86% überbelegt, wobei die Verteilung in den unterschiedlichen Pavillons stark variierte (manche bis zu 130% überbelegt), 355 Patienten lagen nachts auf Strapuzen, der Belegstand war insgesamt auf 31 19 Patienten angestiegen.

Privatpraxis waren neben dem Dienst in der Anstalt nicht erlaubt und aufgrund der ausgedehnten Dienstzeiten auch gar nicht möglich.⁵⁰¹ Der Versuch, diese Situation durch Extrazahlungen, sogenannte Renumerationen auszugleichen, galt dem Leiter der Anstalt als der einzig gangbare Weg. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten Ärzte diese Zahlungen nur für außerordentliche Dienste, wie Leitung des Anstaltschores, zahnärztliche Konsultationen oder ähnliche Zusatzleistungen erhalten. Die im Zuge der Auseinandersetzungen um eine bessere Stellung der Anstaltsärzte dokumentierten Beschreibungen des Ausmaßes der Dienste und die Anzahl der zu versorgenden Patienten verweisen auf routinierte Abläufe, die keineswegs Zeit ließen, um sich für wissenschaftliche Arbeiten jenseits der täglichen Versorgung widmen zu können. So hatte jeder Arzt *Am Steinhof* durchschnittlich 202 Patienten und zusätzlich zahlreiche zeitlich aufwendige Neuaufnahmen zu betreuen.⁵⁰² Das Schreiben der Krankenakten als ein wesentlicher Anteil der ärztlichen Aufgaben hatte aufgrund des großen Wechsels der Patienten relativ zugenommen. Zur Vermeidung einer völligen Überlastung wurde die Diensterteilung reformiert. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte in der Pflegeanstalt je ein Arzt auf der Männer- und der Frauenabteilung 24 Stunden, beziehungsweise mit Anschluss des folgenden Vormittages 28 Stunden Dienst, im Falle von Erkrankungen oder Urlauben waren diese Dienste sogar länger oder in dichter Abfolge. Der Vorschlag zur Änderung dieser als unhaltbar bezeichneten Situation lautete, dass nur ein Arzt 24 Stunden lang an der Männer- und an der Frauenabteilung den Abteilungsdienst zu absolvieren und nachmittags von einem Beidienst unterstützt werde. Mit diesem Modell hätten die sechs Subalternärzte alle sechs Tage einen dieser Hauptdienste und einen Nebendienst, und statt wie bis dato zweimal nur mehr einen Hauptdienst zu absolvieren. Ähnlich schwierig gestaltete sich die ärztliche Tätigkeit auf den Abteilungen der Heilanstalt. Beim 24stündigen „Journaldienst“ musste der betreffende Arzt die Neuaufnahmen übernehmen, jederzeit etwaigen Rufen auf die Abteilungen Folge leisten und kam auf diese Weise zu keinerlei Nachtruhe. Auch hier wurde 1912 eine Neuordnung vorgeschlagen: Der nächtliche Aufnahmedienst sollte für beide Abteilungen auf einen Arzt konzentriert werden, brauchte dieser Unterstützung so sollte er Subalternärzte aus den Heil- und

⁵⁰¹ Ebd., o. Z. / 1910. Schreiben vom 12. Dezember 1910 zwecks Systemisierung einer neuen Stelle.

⁵⁰² Im Vergleich dazu waren es in Mauer-Öhling 241 Patienten und 40 Aufnahmen, diese Verhältnis belief sich vergleichsweise dazu in Ybbs auf 230 beziehungsweise 27, in Klosterneuburg 161 und 28, in Gugging auf 166 Patienten und 27 Aufnahmen pro Arzt. Die quantitativen Angaben vom Steinhof waren ohne die des Sanatoriums. Der Dienst an dieser Abteilung wurde wegen der großen Ansprüche der Patienten stets als sehr diffizil beschrieben.

Pflegeabteilungen heranziehen können. Ein wesentlicher Aspekt der Forderungen von Schluß im Namen aller angestellten Ärzte war, dass die Gehälter zwei unbesetzter Stellen auf alle diensttuenden Ärzte aufgeteilt, beziehungsweise auch rückwirkend Renumerationen ausbezahlt werden. Somit sollte für hohe Arbeitsbelastung zumindest ein finanzieller Ausgleich gewährleistet sein. Auf diese Weise meinte die Anstaltsleitung letztendlich mit nur geringfügigen strukturellen Änderungen im Sinne der beschriebenen Neuorganisation des Dienstes die drohenden Missstände beheben zu können.⁵⁰³

Ärzte für den Anstaltsdienst zu gewinnen war keineswegs ein selbstverständliches Unterfangen. Als 1910 mit der Genehmigung des Landesausschusses von der Direktion eine Stelle ausgeschrieben werden konnte, meldete sich nur ein Anwärter. Schluß war diesem gegenüber auch sehr skeptisch eingestellt, in einem Brief an die vorgeordnete Instanz beschreibt er den Kandidaten als einen zwar als tüchtigen Menschen, der aber ein getaufter Jude sei und vom Phänotyp her einem „ausgesprochen jüdischen Typus“ entspreche. Wenn der Landesausschuss keine Bedenken hätte, würde er trotz seiner eigenen antisemitisch geprägten Vorbehalte aufgrund des bestehenden akuten Ärztemangels den Bewerber anstellen.⁵⁰⁴ Der hier nur aufgrund der Not der Zeit singulär dokumentierte Fall eines ausgeprägten Antisemitismus steht stellvertretend für diese bereits seit Mitte der 1880er Jahren stark ausgeprägten Gesinnung, die, unterstützt von der Verwaltung der Anstalt unter der Leitung der Christlich-Sozialen Partei, aber weit über die Anstaltspsychiatrie hinaus auch in anderen medizinischen Disziplinen, der Psychiatrie an der Klinik und in privaten Sanatorien vorhanden war.⁵⁰⁵

Der Ärztemangel sollte das vorrangige Problem bleiben.⁵⁰⁶ Zur Verbesserung der Situation verfasste der „Verein der in Rangklassen eingeteilten Ärzte der niederösterreichischen Landeswohlthätigkeits- und Humanitätsanstalten“ im April 1912 eine Denkschrift, im Juli des Jahres trat der Leiter der Anstalt mit der Bitte an den Landesausschuss heran, eine weitere Primararztstelle für die Pflegeanstalt und einen

⁵⁰³ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` 135 / 1912. Schreiben an den Landesausschuss vom 23. Oktober 1912.

⁵⁰⁴ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` o. Z. / 1910. Schreiben vom 10. Dezember 1910. Es gab zwei Mitbewerber, die wesentlich weniger qualifiziert waren.

⁵⁰⁵ HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 310f. Erst nach Ende des Ersten Weltkrieges sollte es unter der sozialdemokratischen Verwaltung der Anstalt zu Änderungen kommen.

⁵⁰⁶ Dies zeigt auch ein Bericht, der anlässlich einer Anfrage einer Berliner Deputation für die dortige städtische Irrenpflege erbeten worden war. In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` D 121 / 1919.

Subalternarzt bewilligen zu wollen.⁵⁰⁷ Die gegenläufige Entwicklung des Ärztemangels beziehungsweise der zunehmenden Anzahl der Kranken führte zu ausgeprägten Schwierigkeiten in der alltäglichen Versorgung, wie, aufgedeckt durch die regelmäßigen Inspektionen des Direktors, die vermehrte Anwendungen „kalter Wickelungen“. Diese waren als ein therapeutisches Mittel zur Beruhigung psychomotorisch erregter Patienten definiert und durften somit ausschließlich von Ärzten angeordnet werden. Offenbar wurden sie von den Pflegenden und somit in Übertretung ihrer Befugnisse, eigenmächtig und nicht nur als Beschränkungs- sondern auch als Disziplinarmittel eingesetzt. Als Konsequenz ordnete Schlöß ein absolutes Verbot der Anwendung von Einpackungen an, welches jegliche Art der Wickelungen in nasse oder trockene Tücher, aber auch das Anbinden von Patienten mit Leintüchern oder Handtüchern an die Bettgestelle umfasste.⁵⁰⁸

Die Versorgungsengpässe hatten 1910 mediale Aufmerksamkeit erlangt. In der Wochenzeitung der sich im Untertitel als radikal bezeichnenden Zeitung „Der Blitz“ waren bereits einige Berichte über die Zustände in der Anstalt *Am Steinhof* erschienen.⁵⁰⁹ Anlass für eine nun offensive Stellungnahme insbesondere gegen die der christlich-sozialen Partei nahestehenden Verantwortlichen war der Todesfall eines Patienten. Ein Pfleger war zu einer Haftstrafe verurteilt worden, weil er den angeblich agitierten Patienten in eine „kalte Wickelung“ gepackt hatte. Über diesen Vorfall wurde auch in anderen Tageszeitungen berichtet,⁵¹⁰ die Zeitung „Der Blitz“ fokussierte aber weniger auf den Anlassfall selbst als vielmehr auf die Umstände, die eine solche Tat erst möglich machten. Dabei wandten sie sich äußerst kritisch gegen Heinrich Schlöß und den Verantwortlichen des Niederösterreichischen Landesausschusses Hermann Bielohlawek. Im Rückgriff auf einen ihrer früheren Berichte ist von einem mit Filzläusen kontaminierten und dauerhaft unhygienischen Pavillon die Rede. Der verstorbene Patient wurde wegen dieser Tatsache in Aufregung geraten und vom

⁵⁰⁷ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` 1747 / 1912. Schreiben vom 8. Juli 1912.

⁵⁰⁸ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Circulanden` o. Z. / 1909.

⁵⁰⁹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Blitz-Anglegenheiten` / 1910. Die Zeitschrift nannte sich: „Der Blitz. Eine radikale Zeitung.“ Den Archivalien beigelegt waren die Ausgaben Nr. 39 und Nr. 40 (1910). Frühere (zitierte) Berichte dieser Zeitschrift waren die Nr. 4 vom 25. Juli 1908. Hier wurde berichtet: „Die Gebäude sind zu schön ausgefallen, nun muss, was sie zu viel gekostet haben, an der Verpflegung hereingebracht werden [...] Diese ist skandalös.“ Ebenso war in den Ausgaben Nr. 10 vom 17. Oktober 1908 und Nr. 12 vom 14. November 1908 von den angeblich in der Anstalt Am Steinhof zunehmenden Missständen berichtet worden.

⁵¹⁰ Die Wiener Presse; Wiener Extrablatt. Zitiert in: Der Blitz, Nr. 39 und 40. In der Folge verbot Schlöß den Anstaltsangestellten jegliche nichtautorisierte Pressemitteilungen. In: Normaliensammlung der Anstalt *Am Steinhof*, Nr. 42, Weisung vom 20. September 1912.

angeklagten Pfleger „eingepackt“ und auf diese Weise bewegungsunfähig gemacht. Maßnahmen dieser Art wurden, gemäß den journalistischen Angaben immer wieder angewandt, da die Pflegenden bei agitierten Patienten oftmals zu lange warten mussten bis ein Arzt kam. Zu diesem Zeitpunkt haben insgesamt neunzehn Ärzte in der längst überfüllten Anstalt gearbeitet und waren, gemäß der Berichterstattung viel eher damit beschäftigt Krankenakten zu schreiben, als sich tatsächlich mit den Patienten zu befassen. Zwar richtete sich die Kritik gegen die Pfleger, die angeblich auch die Patienten geschlagen hätten, aber es wurden dezidiert die strukturellen Gegebenheiten als die Missstände ermöglichend hervorgehoben. Im Artikel werden die Ausbildungs- und Arbeitsverhältnisse der Pflegenden, deren schlechte Bezahlung und die, für die Rechtmäßigkeit der stationären Aufnahmen verantwortlichen Kommission beschrieben, die angeblich aufgrund eines nur kurzen Gesprächs die Dauer des stationären Aufenthaltes bestimmten, aber auch die stationäre Psychiatrie im Allgemeinen kritisiert, deren Therapie vorwiegend darin bestehe, dass die Patienten arbeiten mussten.⁵¹¹ Mit dieser Schilderung der sogenannten „Affäre Blitz“ soll nun weniger die Ermittlung historisch tatsächlich ereigneter Gegebenheiten, vielmehr die Tatsache im Mittelpunkt stehen, dass sich eine mediale Aufmerksamkeit auf die Vorgänge innerhalb der psychiatrischen Anstalt gerichtet hatte, die nicht nur die Versorgung, sondern auch die psychiatrischen Kompetenzen an sich wohl in ihren Grundfesten getroffen hatte.

Eine Lösung der „irrenärztlichen Aufgaben der Zukunft“ wurde bereits um die Jahrhundertwende nicht ausschließlich unter der Perspektive immer größerer und prachtvollerer Anstaltsbauten gesehen. Kritische Stimmen auch innerhalb der Profession prangerten die Unheilbarkeit der überwiegenden Zahl der psychischen Erkrankungen an und propagierten als mögliche Alternativen einerseits den Ausbau der kolonialen Fürsorge und der Familienpflege. Andererseits wurde die Erblichkeit der Erkrankungen als das hervorstechendste Merkmal psychiatrischer Beobachtung

⁵¹¹ Ebd. Die Sorge der Leitung, dass Informationen über die Anstalt an die Öffentlichkeit gelangen könnten, scheint groß gewesen zu sein. Den Angestellten der Anstalt war es auch schon vor diesem Skandal strengstens verboten gewesen, Mitteilungen welcher Art auch immer an Tageszeitungen oder Zeitschriften zu machen. In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1910. Schreiben vom 7. Jänner 1909. Ebenfalls war der niederösterreichische Landesausschuss stets sehr bedacht, dass es innerhalb der Institution zu keinerlei politischen Zusammenschlüssen kommen konnte. So sollte ein Gesangsverein der Ärzte und Angestellten erst genehmigt werden, als es sicher erschien, dass keiner seiner Anzeigen politischer Natur sein könnten. In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ 51 / 1913. Schreiben des Landesausschusses vom 6. März 1912.

beschrieben.⁵¹² Die Notwendigkeit der Prophylaxe psychischer Erkrankungen wurde schon in der 1906 beantragten Gründung eines „Internationalen Instituts zur Erforschung und Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten“ formuliert. Die wohl wichtigsten Motive zur Etablierung eines solchen Instituts, dessen Statuten am „Internationalen Kongreß für Irrenpflege“ in Wien 1908 durch eine Kommission angenommen wurden, waren die in den Jahren zuvor erkannten ursächlichen Zusammenhänge geistiger Erkrankungen wie der progressiven Paralyse als Folge der Syphilisinfektion. Andererseits war die Bedrohung der steigenden Zahlen psychisch Kranker stets ein zentrales Argument, welches durch die Degenerationstheorie ein maßgebliches theoretisches Fundament gefunden hatte. Das hochgesteckte Ziel des Institutes lautete, „*die Hauptursachen der Geisteskrankheiten und der Degeneration der Menschheit überhaupt festzustellen.*“⁵¹³

Die neue Forschungsrichtung der Psychiatrie sollte durch die Gründung einer psychiatrischen Abteilung im deutschen Reichsgesundheitsamt gefördert werden. Auch schon bisherige Vereinigungen wie das „Internationale Institut für Psychiatrie“ und die „Internationale Liga zur Erforschung und Bekämpfung der Epilepsie“ stellten sowohl die Ursachenforschung als auch soziale Gründe für Erkrankungen in den Vordergrund. Doch die zuvor mehr individuelle Ausrichtung in der Erforschung und Behandlung psychischer Erkrankungen sollte nun eine Wendung erfahren. Die Erstellung von Statistiken, das Studium der Vererbungserscheinungen, die psychische Hygiene und die als „Eugenie“ bezeichnete „gesunde Anlage des Gesamtvolkes“ galten dabei als zentrale Ansatzpunkte.⁵¹⁴ Nicht nur, wie beschrieben, anhand der Formulare der Krankenakten, sondern auch an der, in den Direktionsakten der Anstalt enthaltenen Korrespondenz sind die spezifischen Interessen an den Ursachen und Auslösern psychischer Erkrankungen auch klar sichtbar. So gab es immer wieder

⁵¹² M. SCHRÖDER, Irrenärztliche Aufgaben der Zukunft. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 211-214. Unter dem Hinweis auf amerikanische Eheverbote für psychisch Kranke, machte der Autor den Vorschlag schon in den Volksschulen Hygiene als Unterrichtsfach einführen zu wollen. Vgl. zu den Auseinandersetzungen um die Frage der Heilungsaussichten in psychiatrischen Anstalten, beziehungsweise dem Vorwurf an ihre Kritiker „therapeutische Nihilisten und Pessimisten“ zu sein: WALTER, Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch, 84f.

⁵¹³ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908) 437-440. Der Sitz dieser Vereinigung sollte in Zürich sein. Ludwig Frank aus Zürich hatte bereits 1906, am „Zweiten Internationalen Kongress für Irrenpflege“ in Mailand einen Gründungsantrag gestellt. Dieser war mit großer Majorität angenommen worden. Hier: 438.

⁵¹⁴ Robert SOMMER, Eine psychiatrische Abteilung des Reichsgesundheitsamtes. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1910/11) 295-298. Diese sollte aus vier Unterabteilungen bestehen: eine Abteilung für Statistik und Anstaltswesen, einer klinischen Abteilung, die sich auf Untersuchungsmethoden und Ursachenforschung spezialisieren sollte, eine Abteilung für forensische Psychologie, eine Abteilung für Vererbungslehre und psychischer Hygiene im weitesten Sinne.

statistische Erhebungen der Alkoholkranken und derjenigen, die an progressiver Paralyse litten. 1911 wurde der Anteil der Alkoholiker im Vergleich zur Gesamtbelegzahl *Am Steinhof* erhoben (13,3%; von denen der überwiegende Anteil Männer waren: 87%). Weitere interessierende statistische Korrelationen waren deren Alter, Familienstand und Konfession, Angaben, die sich allerdings als nicht relevant erwiesen. Allerdings wurde entgegen der bekundeten Notwendigkeit dieser Forschungen bei nur knapp 3% der aller Internierten eine erbliche Belastung als Grund der Erkrankung ausgemacht.⁵¹⁵

Die Suche nach der Ursache und damit implizit der Häufigkeit psychischer Erkrankungen manifestierte sich aber auch in den ab 1909 geführten Diskussionen zu der Frage eines „geeigneten“ Diagnoseschemas.⁵¹⁶ Die Auseinandersetzungen zu den „offiziellen Diagnosen“ zeigen dass hier unterschiedlichste Interessensbereiche miteinander verflochten waren. Bereits die Tatsache, dass sich die Diskussion nicht an den „klinischen Diagnosen“ festmachte, verweist darauf, dass administrative und gesellschaftspolitisch geprägte Interessen einen nicht unerheblichen Anteil an dieser Frage hatten. Das gemäß einer Anordnung des Ministeriums des Inneren aus dem Jahre 1894 in allen österreichischen Anstalten verwendete offizielle Schema stammte von Theodor Meynert und umfasste neunzehn unterschiedliche Diagnoseeinheiten. Dieses war für alle Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke in Österreich verbindlich, aber erst ab 1907 an den Formularen der Krankenakten mit der Einführung der eigens kreierten Spalte der „offiziellen Diagnose“ dort auch als solches auf den ersten Blick erkennbar.⁵¹⁷

⁵¹⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Krankenangelegenheiten´ Z 197 / 1911. 16% der *Am Steinhof* Internierten litten an progressiver Paralyse (davon waren 79% Männer, 21% Frauen), viele von ihnen verstarben innerhalb der Anstalt (60%). Die meisten PatientInnen erkrankten zwischen dem 30. und dem 45. Lebensjahr, die Ursache der Erkrankung wurde nur in etwa zwei Drittel aller Fälle einer syphilitischen Infektion zugeschrieben. Die Infektion mit dem Erreger der Syphilis als die Ursache der progressiven Paralyse wurde nur kurz danach allgemein anerkannt.

⁵¹⁶ Einen chronologischen Überblick der Entwicklung dieser jahrzehntelangen und sehr komplexen Auseinandersetzungen bei: Karl WILMANS, Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosetabelle der Geisteskrankheiten. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 93 (1930) 223-234. Johannes Bresler war derjenige, der 1909 auf dem Internationalen Kongress in Budapest ein erstes Diagnoseschema vorlegte, welches als Standard für alle psychiatrischen Institutionen eingeführt werden sollte. Seine Vorschläge wurden nicht rezipiert, ab 1911 intensivierten sich dieser Auseinandersetzungen, den Anstoß dazu gab Hans Römer der das als veraltet angesehene System der Reichsirrenstatistik durch ein zeitgemäßes Diagnoseschema ersetzen wollte. Hier: 223.

⁵¹⁷ Erlass vom Ministerium des Inneren vom 24. Jänner 1894. Zitiert in: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 34 (1913) 153. Gemäß diesem Schema waren die Statistiken der Anstaltsberichte erstellt worden.

Die Statistische Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie zielte auf eine Modernisierung, Vereinfachung, vor allem aber eine Vereinheitlichung des Klassifikationssystems.⁵¹⁸ In einer Reportage zum „Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebietes“ des Jahres 1900/01 wurden die in den Jahresberichten der einzelnen Anstalten angewandten Bezeichnungen der Krankheitsformen mangels einer einheitlichen Systematik als nicht miteinander vergleichbar bezeichnet. Manche Institutionen hielten sich wegen der unklaren Situation an die Nomenklatur der Zählkärtchen, welche aber nur grob strukturiert waren und eigentlich der Erstellung der „Reichsirrenstatistik“ dienten. Mit deren weiterer Anwendung wäre die angestrebte Vergleichbarkeit möglich gewesen, deren Bezeichnungen aber wären, wie es in Fachkreisen hieß, sehr „unwissenschaftlich“.⁵¹⁹ Bei den Jahresversammlungen des Deutschen Vereins für Psychiatrie waren die Debatten zu der Frage einer einheitlichen Nosologie bis zu diesem Zeitpunkt ergebnislos geblieben. Aufgrund von Absprachen zwischen der psychiatrischen Klinik Heidelberg und den Heil- und Pflegeanstalten Illenau und Wiesloch wurde ein Diagnoseschema definiert und von Hans Römer veröffentlicht.⁵²⁰ Der Deutsche Verein für Psychiatrie nahm 1911 ein Schema mit 21 unterschiedlichen Diagnosen für einen vorläufigen Versuch an.⁵²¹ In der Hauptversammlung des Österreichischen Psychiatrischen Verbandes kam man angeregt von diesen Verhandlungen zu dem Schluss das bislang allgemein verbindliche Diagnoseschemas als nicht mehr zeitgemäß anzusehen.⁵²² Darüber hinaus wurde, ebenfalls analog der Entwicklung im Nachbarstaat, eine Vereinfachung und auch Vereinheitlichung der Jahresberichte der psychiatrischen Anstalten angestrebt. Es gab auch Stimmen, dass sich nicht zuletzt aus „rassebiologischen Gründen“ eine mit dem Deutschen Reiche gemeinsame Art

⁵¹⁸ Anonym, Bericht der statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 15 (1913/14) 1-4.

⁵¹⁹ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902) 188.

⁵²⁰ Hans RÖMER, Eine Einteilung der Psychosen und Psychopathien. In: Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie und Neurologie 11 (1912) 69-90.

⁵²¹ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 15 (1913/14) 227f. Die komplexe Entwicklung eines national oder auch international gültigen Klassifikationsschemas für die Psychiatrie ist ein Forschungsvorhaben im Rahmen des DFG-Projektes „Kulturen des Wahnsinns“, Teilprojekt D: „Psychopathologische Grenzzustände als kultureller Schwellenraum zwischen 1870 und 1930“.

⁵²² Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 15 (1913/14) 466f. Bericht über die Hauptversammlung des österreichischen psychiatrischen Verbandes in Görz vom 10. -13. Oktober 1913.

der Registrierung empfehlen würde, da man auf diese Weise „wertvolles vergleichendes Material“ gewinnen könne.⁵²³

Auf Wunsch des Obersten Sanitätsrates sollten zwei Referate von je einem Kliniker und einem Anstaltsleiter zu der Frage einer modernen Nosologie ausgearbeitet werden.⁵²⁴ Fritz Hartmann, Professor für Psychiatrie in Graz,⁵²⁵ favorisierte die Einteilung psychischer Erkrankungen nach deren Ätiologie, deren Kategorisierung entlang von Symptomgruppen betrachtete er als eine überholte Vorgehensweise.⁵²⁶ Zu diesem Zweck entwickelte eine komplexe Tabelle, in der unterschiedlichste als relevant erachtete Aspekte angeordnet werden konnten. Diese war primär von der vermuteten Ursache der Erkrankung bestimmt. Dazu differenzierte er zwischen angeborenen und früh erworbenen Entwicklungsstörungen, Konstitutionskrankheiten, Biopathien, toxisch und somatisch bedingten, oder durch Infektionen ausgelöste Erkrankungen. Die insgesamt neun Gruppen konnten in 24 weitere Untergruppen geschieden werden. Die Tabelle erlaubte, wie der Autor meinte, „*mangels feststellbarer Ätiologie*“ bestimmte psychopathologische Symptomenkomplexe näher zu bestimmen, um diese für eine „zukünftig zu ermittelnde Ursache“ bereit zu halten.⁵²⁷ Mit dem Ankreuzen einzelner Symptome in der Tabelle sollte ein Anordnen von „Zustandsbildern“ möglich sein.⁵²⁸ Neben der Möglichkeit der Hervorhebung spezieller Symptome, dem Teil der Tabelle, die Hartmann als relevant für die Mediziner ansah, war ein weiterer Spaltenkomplex vorgesehen, welcher ausschließlich statistisch relevanter Daten dienen sollte – eine Auflistung, die gemäß

⁵²³ Die Diskussion zeigt, dass dieses Thema auch im Zusammenhang mit dem Entmündigungsgesetz und dem Strafgesetzentwurf standen. Ebd., 467. Vgl. dazu ausführlicher Abschnitt 3.8.

⁵²⁴ Heinrich SCHLÖß, Referat über die Änderung des offiziellen Diagnoseschemas für die statistischen Berichte der Irrenanstalten in Österreich. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 34 (1913) 152-172. Fritz HARTMANN, Referat über Krankensinnigenstatistik. In: Ebd., 173-192. Anhang zum vorstehenden Referate. In: Ebd., 193-203. Diskussion zu den vorstehenden Referaten. In: Ebd., 204-212. Beide Vorträge wurden an der Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien am 18. März 1913 gehalten.

⁵²⁵ Fritz Hartmann (1871-1937) war seit 1896 an der Grazer Klinik tätig, von 1911 bis 1934, zum Zeitpunkt seiner Entlassung war er der Leiter der Klinik. Ausführliche Angaben zu seiner Person und die auffallend häufige NS-Täterschaft vieler seiner Schüler. In: HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 272f., 281f., 323f.

⁵²⁶ Hartmann benannte in seiner Antrittsvorlesung (zur außerordentlichen Professur; 1911 wurde er Ordinarius) zur Übernahme der Leitung der Klinik in Graz 1907 die Situation folgendermaßen: „*Es ist ein Zeichen für die relative Jugendlichkeit einer wirklich wissenschaftlichen Betrachtungsweise der vorliegenden Krankheitskategorien, daß in diesem Belange noch keine Einmütigkeit herrscht.*“ Hierbei wandte er sich vor allem gegen die Trennung der Disziplinen Neurologie und Psychiatrie. In: Fritz HARTMANN, Die biologischen Aufgaben des Nervensystems als Grundlage der Lehre von den Erkrankungen derselben (Wien, Leipzig 1909) 1.

⁵²⁷ HARTMANN, Referat über Krankensinnigenstatistik, 192.

⁵²⁸ Diese Symptomenkomplexe, von ihm als „Einheiten zweiter Ordnung“ bezeichnet, sollten in einer weiteren Tabelle angeordnet werden können. Ebd., 197.

den Angaben des Autors, auch beliebig erweiterbar sei. Erhoben werden sollten „schwere hereditäre Belastung“, Rezidive, als unheilbar erachtete Erkrankungen, „Vagabondage“, „Kriminelle Akte“ und „Verbrecher“. Die statistische Bedeutung eines Schemas, welches „*die soziale Wertstellung des Individuums und seine wirtschaftliche Aktivität*“ hervorheben sollte, war Hartmann ein zentrales Anliegen.⁵²⁹

Die von ihm entwickelte komplexe Tabellenanordnung einer psychiatrischen Nosologie sollte gleichermaßen medizinischen als auch administrativen und sozialhygienischen Zwecken dienen. Sie stellte seiner Ansicht nach ein erweiterbares und auch für künftige Forschungen anwendbares Modell dar. Die im Verein geäußerte Kritik an Hartmanns System richtete sich gegen die als überholt angesehene Vorgangsweise psychische Erkrankungen nach ihrer Ätiologie differenzieren zu sollen. Zudem werde die tabellarische Anordnung der psychopathologischen Funktionsstörungen der im Allgemeinen weiter divergierenden Symptomatik nicht gerecht. Sein System wurde zwar als „originell“ bewertet, hatte aber in den Augen der Mehrzahl der Vereinsmitglieder keinen praktischen Bestand.

Heinrich Schlöß war der zweite vom Obersten Sanitätsrat für eine Stellungnahme gebetene Fachmann. Auch er rekurrierte auf die doppelte Bedeutung der „Einteilung des Krankenmaterials“, sowohl nach wissenschaftlichen als auch nach statistischen Kriterien. Interessanterweise hält er gleich zu Beginn seines Referates fest, dass das Erstellen einer Nosologie die wissenschaftlich begründete Differenzierung der verschiedenen Krankheitsformen erst stimuliere, demnach das Erstellen von Statistiken der Krankheitsformen eine wissensgenerierende Funktion für zeitgemäße Einteilungen psychischer Erkrankungen habe.⁵³⁰ Das vom Direktor der Anstalt *Am Steinhof* entwickelte Schema wurde im Verein für Psychiatrie und Neurologie als ein Modell bewertet, welches sich weitgehend an das bereits bestehende Einteilungsschema anlehne und nur die als besonders eklatant empfundenen Mängel beheben könne. Änderungen empfahl Schlöß beispielweise für die Vereinheitlichung für die bislang bestehende Differenzierung zwischen „angeborenem Blödsinn“ und „angeborenem Schwachsinn“, da die Unterscheidung angeborener oder frühzeitig erworbener Intelligenzdefekte seiner Ansicht nach nur eine graduelle, nicht aber

⁵²⁹ Ebd., 192. Carl Meyer, Professor für Psychiatrie in Innsbruck, schloss sich den Forderungen „*einzelner in sozial- und rassenhygienischer Hinsicht wichtige statistische Punkte*“ Hartmanns an. Der als Vertreter der Statistischen Zentralkommission anwesende Ministerial-Vizesekretär Fizia betonte die Bedeutung der „*Erfassung aller rassenhygienischen Daten*“.

⁵³⁰ SCHLÖß, Referat über die Änderung des offiziellen Diagnoseschemas, 154.

prinzipielle sei. Von diesen beiden Formen sollte aber der „moralische Schwachsinn“ differenziert werden. Dieser beruhe auf einer hereditär-degenerativen Basis, ist also angeboren und häufig mit intellektuellem Schwachsinn gepaart, könne aber auch in höherem Lebensalter und gänzlich ohne Intelligenzdefekt auftreten. Erkennbar sei dieser an Symptomen wie: *„maßloser Egoismus bei Defekt der altruistischen Gefühle und Perversion des Affektlebens, wobei die Intelligenz gut entwickelt sein kann; es kommt auch die Kombination mit intellektuellem Schwachsinn vor.“*⁵³¹ Viele andere Psychiater votierten im Wiener Psychiatrischen Verein allerdings für die Miteinbeziehung des „moralischen Irreseins“ in bereits existierende Krankheitseinheiten. Weitergehende Änderungen Schluß' betrafen vor allem Änderungen von Krankheitsbezeichnungen hin zu einer zeitgemäßen Begrifflichkeit, der „Selbstanklagewahn“ sollte zur „Melancholie“ werden, die „Tollheit“ zur „Manie“, die „Verwirrtheit und allgemeiner Wahnsinn“ zur „Amentia“ und zur „akuten halluzinatorischer Verwirrtheit“.

Diese Änderungen beruhten nicht ausschließlich auf einem bloßen Ersetzen von Definitionen, sondern waren, wie er festgehalten hatte, von neueren klinischen Erfahrungen geprägt. So wurden die Symptome teilweise anders subsumiert, wie beispielsweise bei der „periodischen Geistesstörung“ oder bei der „Paranoia“. Der oftmals zu letzter gezählte „Querulantenwahnsinn“ galt hinsichtlich seiner nosologischen Stellung als unklar. Manche Psychiater nannten ihn einen Prototyp der „Paranoia“, andere wiederum erklärten diesen als eine durch äußere Umstände hervorgerufene krankhafte Entwicklung auf der Basis einer „degenerativen Anlage“. Schluß plädierte hingegen für die separate Nennung dieser in einem erneuerten Diagnoseschema. Der im Punkt acht der früheren Einteilung genannte „erworbene Blödsinn“ sollte differenziert werden: Denn es erschien einerseits wichtig, die zu diesem Zeitpunkt allgemein anerkannte Ätiologie der progressiven Paralyse, die syphilitische Infektion, eigens zu gruppieren, andererseits sollte die senile Demenz und auch traumatisch bedingte Demenzen davon deutlich unterschieden werden. Ebenfalls sollte die von Kraepelin definierte „Dementia praecox“ eine eigene Gruppe in der Nosologie der Geisteskranken bilden.⁵³² Ein anderes wichtiges Kriterium bei

⁵³¹ Ebd., 166f.

⁵³² In der anschließenden Diskussion im Verein plädierte Carl Meyer für die Verwendung des von Eugen Bleuler 1911 definierten „Schizophrenie“ statt dem Terminus „Dementia praecox“. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 34 (1913) 204-212. Diskussion zu den Referaten bezüglich der Änderung des offiziellen Diagnoseschemas. Hier: 207.

dem Erstellen eines neuen Diagnoseschemas war, wie bereits erwähnt, deren statistische Verwendbarkeit. So sollte beispielsweise die bisherige „epileptische Geistesstörung“ weiter gefasst werden. All jene Formen bei denen, wenn auch nicht regelmäßig, konvulsive Anfälle auftraten, sollten hierunter subsumiert werden. Analog dazu sollte die „hysterische Geistesstörung“ auch nicht nur vom Auftreten hysterischer Anfälle abhängig sein. Nach dem alten diagnostischen Schema war unter Punkt zwölf die „neurasthenische Geistesstörung“ genannt, diese sollte nach Schlöß in „neurasthenisches Irresein“ und in „psychopathische Minderwertigkeiten“ differenziert werden.

Diese zwei im Verein für Psychiatrie und Neurologie vorgestellten Modelle galten als charakteristisch für die Auseinandersetzungen zwischen unterschiedlichen Ausrichtungen in der Psychiatrie, nämlich einerseits den Versuch Symptomengruppen zu differenzieren, andererseits ätiologisch-anatomisch-klinische Einheiten voneinander abzugrenzen. Die Kritik an dem Modell von Schlöß manifestierte sich an dessen weitgehender Systemlosigkeit, das Modell des Klinikers Fritz Hartmann wurde vor allem hinsichtlich des Versuchs der Erstellung eines rein logisch gegliederten Systems der Psychosen kritisiert. Als Vorteil des Schlöß'schen Schemas galt dessen einfache Handhabbarkeit, bei Hartmann wurde die Möglichkeit der Erhebung von Daten aus „sozial- und rassenhygienischer Hinsicht“ als besonders positiv hervorgehoben.⁵³³

Die Änderung der Klassifikationen der psychischen Erkrankungen lässt sich an den Krankenakten erst ab 1932 erkennen. So wurde die „Psychopathie“ war unter der Nummer 16 verankert und fand auf diese Weise als klinische Entität Eingang auch in das administrative System.⁵³⁴ Eine weitere Änderung erfolgte mit der Einführung der Deutschen Diagnosetabelle von 1933, die Krankheiten wurden dabei in den Formularen der Krankenakten nur mehr in Form von Kürzeln eingetragen.

Hintergrund einiger Unsicherheiten und Unklarheiten zur Erstellung eines allgemein verbindlichen Klassifikationssystems waren ungeklärte Fragen rechtlicher Natur. Hier

⁵³³ Ebd.

⁵³⁴ Hintergrund dieser Modifikation war die Einführung der Diagnose „Schizophrenie“. Der bislang einzig mir bekannte Hinweis dazu findet sich bei: Hans BERTHA, Die Einwirkung der psychiatrischen Therapie auf die Anstaltspflege. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 46 (1944) 133-139. Hier: 135f. Im Jahre 1940 wurde die ehemalige Diagnose Nummer 15, die „rezidivierende Psychose“ aus diesem Schema herausgenommen. Gemäß Bertha war dies nur der Systematik zuliebe geschehen, entsprach aber nicht dem klinisch häufiger vorkommenden Zustandsbild der endogenen Psychosen, die weder eindeutig der schizophrenen Symptomatologie, noch den zirkulären Formenkreis zuzuordnen waren.

drehte es sich um die Einstufung all jener Fälle, die sich in einem weiten und undefinierten Grenzbereich zwischen Strafrecht und psychischer Auffälligkeiten befanden. Diese komplexe Thematik wurde in der Psychiatrie und insbesondere bei Anstaltspsychiatern, als diejenigen, die von diesen Fragen unmittelbar betroffen waren, intensiv diskutiert und soll, als ein besonderer Kreuzungspunkt unterschiedlichster Bereiche und Interessen die Rationalisierungstendenzen der Moderne in einem abschließenden Abschnitt der „Anordnungen der Anstaltspsychiatrie“, aber auch die im zweiten Kapitel gestellte Frage nach den Wissensräumen nochmals verdeutlichen.

3.8. Epistemische Räume: Die Verbindungen zwischen der (Anstalts-)Psychiatrie und der Rechtsprechung

Paul Julius Möbius (1853-1907) definierte an der Wende zum 20. Jahrhundert die Stellung von Vertretern der psychiatrischen Disziplin und deren Aufgaben auf forensischem Gebiete folgendermaßen: *„Will aber der Psychiater diese Aufgabe recht erfüllen, so darf kein Gebiet geistigem Lebens ihm fremd sein, er muss überall zu Haus sein, um die Bedingungen geistiger Gesundheit zu kennen, wie der Hygieniker die verschiedenen Gewerbe, Fabrikbetriebe usw. kennen muss als die Bedingungen körperlicher Gesundheit. Fasst man die Psychiatrie so auf, so wird sie aus einer Magd zur Herrscherin. Dann aber wird sie das, was sie ihrer Natur nach sein soll. Der Psychiater wird ein Richter in allen menschlichen Dingen, ein Lehrer des Juristen und des Theologen, ein Führer des Historikers und des Schriftstellers.“*⁵³⁵ Dieser in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift zitierte Anspruch zur Lösung gesellschaftlicher Probleme verweist auf eine enorme Ausweitung psychiatrischer Deutungsangebote. Um die Wende zum 20. Jahrhundert waren davon maßgeblich Fragen der Strafrechtsreform betroffen, bei der ein bestimmter Teil der Gesellschaft zunehmend in den Blickpunkt der Psychiater aber auch der Juristen geraten war. Im Zentrum steht nun die Dokumentation des Versuchs sowohl des medizinischen als auch legislativen Zugriffs auf „Minderwertige, Degenerierte und Psychopathen“, ein Ansinnen das gemeinsam mit dem praktischen Aspekt des Problems, nämlich deren institutioneller Unterbringung diskutiert wurde.

Die strafrechtliche Beurteilung und der weitere Umgang mit geisteskranken Menschen, die mit dem Gesetz in Konflikt geraten waren, wurden bei Versammlungen des „Psychiatrischen Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien“ bereits zu Beginn seines Bestehens thematisiert und blieb über Jahrzehnte hinweg eine vieldiskutierte Problematik.⁵³⁶ Die „Criminalpsychologie“ und die an medizinisch-

⁵³⁵ Wilhelm WEYGANDT, Ueber die Berechtigung der forensischen Psychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 317-324. Hier: 321f. Sehr ähnlich: Peter Paul PFAUSLER, Einiges über die Befangenheit der Anstaltsärzte als gerichtliche Sachverständige. In: Ebd., 341-347. Hier: 345. Der Leipziger Neurologe Möbius ist über die Fachwelt hinaus für sein 1900 erschienenes Buch „Über den physiologischen Schwachsinn des Weibes“ bekannt. Vgl. zu dem in diesem Zitat auffälligen Bezug auf die Bakteriologie: ROELCKE, Krankheit und Kulturkritik, 152-165.

⁵³⁶ Eine Reihe von Zeitschriften sind eigens zu diesem Zwecke herausgegeben worden: Ab 1903 „Juristisch-Psychiatrische Grenzfragen (Herausgeber: Prof. Finger, Prof. Hoche, Dr. Johannes Bresler.

naturwissenschaftlich ausgerichteten Methoden der psychiatrischen Gutachtertätigkeit führten im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts zur Ausweitung des medizinischen Kompetenz- und Deutungsanspruchs und in der Zusammenarbeit mit den Juristen bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit zu großen Problemen.⁵³⁷ Das geltende Strafrecht kannte nur eine klare Entscheidung, nämlich Zu- oder Unzurechnungsfähigkeit vor Gericht und exkulperte geisteskranke StraftäterInnen. Die Möglichkeit einer graduellen Beurteilung der Straftat gab es lediglich in der Form von Strafmilderungsgründen. Für forensische Gutachten herangezogene Psychiater verwiesen unter Berufung auf die Entwicklung der `modernen Psychiatrie´ auf die vielen Fälle, bei denen eine solche Entscheidung nicht möglich sei. Der Wandel der Strafauffassung, weg von Bestrafung hin zu Prävention zukünftiger Delikte, verlagerte die strafrechtliche Beurteilung von der kriminellen Tat hin zur Psychologie der StraftäterInnen. Im Zuge der maßgeblich von Franz von Liszt (1851-1919) beeinflussten Strafrechtsreform, wurde die Frage der Verantwortlichkeit mit der Forderung nach der Einführung einer „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ neu gestellt.⁵³⁸

Letzterer war auch Herausgeber der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift). Deren erklärte Themen waren: Verminderte Zurechnungsfähigkeit, deren Einfluss auf den Strafvollzug, Strafvollzug bei „Degenerationszuständen“. Ab 1904 wurde von Gustav Aschaffenburg die Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform herausgegeben. Ab 1899 wurde vom Prager Professor für Psychiatrie Hans Groß (1847-1915) das „Archiv für Kriminalanthropologie und Kriminalistik“ publiziert. Groß war der Gründer und Präsident der Österreichischen Kriminalistischen Vereinigung, deren Ziel die *„wissenschaftliche Erforschung des Verbrechens, seine Ursachen und der Mittel zu seiner Bekämpfung [war]. Sowohl das Verbrechen, als auch die Mittel zu seiner Bekämpfung dürfen nicht bloß vom juristischen, sondern müssen auch vom anthropologischen und soziologischen Standpunkte betrachtet werden.“* Vereinsstatuten der Österreichischen Landesgruppe der Internationalen kriminalistischen Vereinigung. In: WStLA, Mag. Abt. 119, Serie A 32 (aufgelassene Vereine), 3169/1927.

⁵³⁷ Richard F. WETZELL, *Inventing the Criminal. A History of German Criminology 1880-1945* (Chapel Hill, London 2000); Peter BECKER, *Verderbnis und Entartung. Eine Geschichte der Kriminologie des 19. Jahrhunderts als Diskurs und Praxis* (=Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte 176) Göttingen 2002; Ylva GREVE, *Verbrechen und Krankheit. Die Entdeckung der „Criminalpsychologie“ im 19. Jahrhundert* (Köln, Weimar, Wien 2004); Urs GERMANN, *Psychiatrie und Strafjustiz. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850-1950* (Zürich 2004); Christian MÜLLER, *Verbrechensbekämpfung im Anstaltsstaat. Psychiatrie, Kriminologie und Strafrechtsreform in Deutschland, 1871-1933* (Göttingen 2004).

⁵³⁸ Der österreichische Strafrechtsreformer Franz von Liszt (1851-1919) vertrat als Gegenposition zu früheren Auffassungen, die mehr den Vergeltungsgedanken des Strafrechts im Sinne einer spezialpräventiven Theorie favorisierten, dass es mit dem Blick auf die Straftäter mehr um Individualisierung hinsichtlich der Bewertung des Bedingungsgefüges der Tat und Zweckorientierung im Rahmen differenzierter Bestrafung gehen müsse. Dies sei seiner Ansicht nach nur im Rahmen einer das klassische Strafrecht, die moderne Kriminologie und eine Sozial- bzw. Kriminalpolitik umfassenden Strafrechtswissenschaft mit neuer methodischer Orientierung zu erreichen. Liszt gab ab 1881 die Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft heraus. Gemeinsam mit dem Belgier Adolphe Prins und dem Holländer Gerard Anton van Hamel gründete er 1889 die „Internationale Kriminalistische

In der forensischen Begutachtung im Strafprozess um 1900 gab es zwei unterschiedliche Positionen, die Vertreter der liberalen Prinzipien des Schutzes der Individualrechte betonten die Unabhängigkeit richterlicher Entscheidungen und stützten sich auf die „Wissenschaftlichkeit der Psychiatrie“. Sie standen denjenigen gegenüber, die primär zum „Schutz der Gesellschaft“ argumentierten und die Kompetenz psychiatrischer Expertise zu stärken suchten. Ein prominenter Vertreter der liberalen Position war Krafft-Ebing, der weitaus häufiger für Unzurechnungsfähigkeit und daher Ausschluss von der Strafverfolgung plädierte. Sein wichtigster Kontrahent war Wagner-Jauregg, der sich an der radikaleren und eugenisch ausgerichteten Richtung orientierte und ab 1902, dem Zeitpunkt der Pensionierung Krafft-Ebings, diese Auseinandersetzung maßgeblich beeinflussen konnte.⁵³⁹

Die Anstaltspsychiatrie nahm in dieser Frage eine ganz spezielle Position ein, indem sie einen epistemischen Raum eröffnete, der von Einschluss und Ausschluss gleichermaßen geprägt war. Der Grund der Virulenz der Frage der Verwahrung einer steigenden Zahl psychisch auffälliger beziehungsweise kranker Straftäter wurde einerseits darin gesehen, dass bei *„Verbrechern heute eher als früher Geisteskrankheit erkannt“* wird. Andererseits erwiesen sich *„für die Irrenanstalten, je mehr sie den Charakter einer Krankenanstalt angenommen haben, bestimmte Elemente als ungeeignet“*.⁵⁴⁰ Der Diagnostizierung der „Grenzzustände“ und ihrer mannigfaltigen Benennungen stand das Bestreben einer Majorität der Anstaltspsychiater gegenüber diese scheinbar homogene Gruppe außerhalb ihrer Institutionen wissen zu wollen.⁵⁴¹ Die Forderung nach einem verbesserten Rechtsschutz für geistig kranke Menschen ist auch im Zusammenhang mit der Akzeptanz und dem Prestige der Anstalten zu sehen.⁵⁴² Die von zahlreichen und

Vereinigung“, wodurch eine grenzüberschreitende Diskussion der Sachfragen und Reformbestrebungen gefördert wurde.

⁵³⁹ HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 305f. Dieser Gegensatz wurde als solcher in der Zeitschrift „Die Fackel“ ausgemacht. Als Exponenten der liberalen Ausrichtung zählten (der ehemalige Assistent Theodor Meynerts und Chefarzt des Sanatoriums Rekawinkel) Johann Fritsch, Hermann Hoewel (der ebenfalls Assistent bei Meyner war) und Friedrich Sölder. Diejenigen, die zum „Schutz der Gesellschaft“ argumentierten, waren Adalbert Tilkowsky, der Gerichtspsychiater Josef Hinterstoisser und Julius Wagner-Jauregg.

⁵⁴⁰ BRELSER, Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens, 260.

⁵⁴¹ Nur eines der zahllosen Beispiele, erstattet anlässlich des Attentates auf einen Weihbischof in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 14 (1912/13) 455f.

⁵⁴² Vgl. dazu: ENGSTROM, Clinical Psychiatry in Imperial Germany, 177-187; Ders., Die Psychologie als Argument für die Abschaffung des Strafmaßes. In: Matthias SCHMOECKER (Hg.), Psychologie als Argument in der juristischen Literatur des Kaiserreiches (Baden-Baden 2009) 43-55.

unterschiedlichsten Seiten kommenden Anschuldigungen zwangen die psychiatrische Profession sich zusammenzuschließen und ihr Ansehen zu verteidigen. Konflikte dieser Art machten auch nicht vor dem Direktor der Anstalt *Am Steinhof* halt, so wurde Heinrich Schlöss wegen der Entweichung eines „degenerierten Paranoikers“ in den Anklagestand versetzt. Er selbst meinte in seiner Verteidigung lediglich nach den bestehenden Grundsätzen der „rationellen Irrenpflege“ gehandelt zu haben.⁵⁴³ Die Forderung nach „vollkommenen Irrengesetzen“ war als grundlegende Bedingungen zur Durchführung der freien Behandlung angesehen worden.⁵⁴⁴ Jegliche Ähnlichkeiten zu „totalen Institutionen“ sollten tunlichst vermieden werden: *„Es gibt zwei Gruppen für welche die Irrenanstalt nicht der richtige Aufenthaltsort ist, das sind die Fälle von chronischem Alkoholismus und von Moral insanity, die beide zusammen auch aus der Verbrecherwelt manche Ergänzung erfahren.“*⁵⁴⁵ Die Psychiater wehrten sich gegen diese scheinbar homogene Gruppe insbesondere mit dem Argument, keine Strafanstalt sein zu wollen, denn sie hätten keine *„hinreichenden Zwangsmittel, keine Mittel erzieherischer Einwirkung, die jene depravierten Naturen zur Anbildung zweckmäßiger und dauerhafter Gewohnheiten bedürften.“*⁵⁴⁶

Die Praxis erfolgte um 1900 nach Angaben von Adalbert Tilkowsky zumeist so, dass die als nicht zurechnungsfähig eingestufte DelinquentInnen freigesprochen und der Irrenanstalt zugewiesen wurden. Von dort wiederum wurden diese Menschen häufig mangels Geisteskrankheit wieder entlassen.⁵⁴⁷ Er war der Ansicht, dass *„gerade diese strittigen, auf ethischen oder intellektuellen Defekten beruhenden, zur Kriminalität neigenden Fälle, die für menschliche Gesellschaft eine große Gefahr bilden, weil sie vom Gericht wegen Geistesstörung außer Verfolgung gesetzt und der Irrenanstalt überwiesen, hier aber gesund befunden und binnen kurzem entlassen werden.“*⁵⁴⁸

Josef Berze nahm anerkennend auf die Leistungen seines Vorgängers an der Anstalt

⁵⁴³ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 21 (1902) 425. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 11. Oktober 1901.

⁵⁴⁴ Psychiatrisches Centralblatt 3 (1878) 79f. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 27. Juli 1878. Die bedeutende Rolle des Pflegepersonals war in dieser Frage stets betont worden. Die Umstellung war mit dem Zeitraum eines Jahr berechnet worden.

⁵⁴⁵ BOECK, Ideen zu einer Grundreform des Irrenpflegewesens 296.

⁵⁴⁶ Ebd., 298. Daneben aber gäbe es viele Kranke, die aufgrund der Nicht-Gefährlichkeit ihrer Erkrankung gar nicht erst aufgenommen werden konnten, wie beispielsweise Fälle von „schwerer Hysterie, Neurasthenie, Erschöpfungszustände mit Dysthemie“. In deren Folge käme es zu zahlreichen Suiziden, *„sie haben das Unglück nur sich selbst gefährlich zu sein.“* In: Ebd., 297.

⁵⁴⁷ Mangels gesetzlicher Regelungen war die Situation in Deutschland ganz ähnlich. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1903) 146f.

⁵⁴⁸ Adalbert TILKOWSKY, Die Reform im Irrenwesen in Österreich. In: Paul DITTRICH (Hg.), Forensische Psychiatrie Bd. 1 (=Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit 8) Wien, Leipzig 1908, 512-539. Hier: 524.

Am Brünfeld Bezug indem er feststellte: „Er (Tilkowsky; S.L.) erkannte die große Wichtigkeit einer Reinigung und Reinhaltung der Irrenanstalt von jenen ethisch defekten, kriminellen, geistig minderwertigen, aber nicht eigentlich geisteskranken Individuen, die mangels entsprechender Verwahranstalten leider so oft den Irrenanstalten überantwortet werden.“⁵⁴⁹ Durch die Übergabe der StraftäterInnen von den Gerichten an die von den Ländern geleiteten psychiatrischen Anstalten kam es sowohl zu einer Verschiebung der fachlichen Zuständigkeit, als auch der Versorgungskosten. Aber nicht nur administrative und finanzielle Probleme veranlassten Psychiater, sich gegen diese Regelung zu verwehren, vielmehr galten die geisteskranken VerbrecherInnen als diejenigen, die den Anstaltsbetrieb am meisten störten: „Von Haus aus verbrecherisch veranlagt, oft mehrfach vorbestraft, zeigen diese Leute in der Irrenanstalt dieselben Tendenzen, welche sie in der Freiheit mit der bestehenden Ordnung in Konflikt gebracht hat.“⁵⁵⁰ Der moderne, humanere Umgang mit psychisch Kranken, die Einführung der Familienpflege und der Arbeitstherapie hatte somit auch eine Kehrseite, denn die Unterbringung von straffällig gewordenen Geisteskranken galt vielen Anstaltspsychiatern als hemmender Faktor in der Entwicklung der `modernen Anstaltspsychiatrie´.⁵⁵¹

Die „zwischen Strafanstalten und Irrenanstalten fluktuierenden Menschen“⁵⁵² wurden von vielen Juristen und Psychiatern vielfach als homogene Gruppe wahrgenommen. Es ist zu differenzieren zwischen den Menschen, die sowohl geisteskrank als auch straffällig geworden waren und deren Unterbringung sowohl in psychiatrischen Institutionen als auch in den Gefängnissen Probleme mit sich brachte und einer weiteren Personengruppe, die bislang noch nicht von psychiatrischen Institutionen erfasst worden war. Der Schutz der Gesellschaft vor kriminellen Geisteskranken war um die Jahrhundertwende zu einem über die Fachwelt der Juristen und Psychiater hinausreichenden Thema geworden, implizierte aber für die Betroffenen, vielfach oft

⁵⁴⁹ BERZE, Bauliche Beschreibung und Geschichte der alten Anstalt, 225f. Insbesondere Tilkowskys Einfluss auf die gemäß der Meinung Berzes allzu liberale psychiatrische Gerichtspraxis und die Frage der Unterbringung der „kriminellen Minderwertigen“, sah er als dessen großen Verdienst an. Berze hat schon früh zu diesem Thema publiziert: Josef BERZE, Über das Verhältnis des geistigen Inventars zur Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit (=Juristisch-Psychiatrische Grenzfragen) Halle an der Saale 1908.

⁵⁵⁰ TILKOWSKY, Die Reform im Irrenwesen in Österreich, 524f.

⁵⁵¹ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 5 (1903/04) 147. Zweiter Bericht über die Fortschritte des Irrenwesens.

⁵⁵² Max POLLAK, Kriminal- oder Irrenhaus? In: Archiv für Kriminalanthropologie 9 (1902) 179-193.

nur die „Degenerierten“ genannten, die Kehrseite der Ausweitung medizinisch-polizeilicher Überwachung.⁵⁵³

3.8.1. Die biologistische Interpretation von Delinquenz und der kriminalistische Blick auf Geisteskrankheiten: „*Verbrechen und Wahnsinn sind nicht contradictorische Gegensätze*“⁵⁵⁴

Für die Entwicklung der modernen Kriminologie waren drei sich gegenseitig beeinflussende Entwicklungsstränge maßgeblich, nämlich die Strafrechtsreformbewegung, die von Cesare Lombroso (1835-1909) stammende Theorie des „geborenen Verbrechers“ und ein wachsendes Interesse der Psychiatrie an kriminologischen Fragen. Das vom englischen Psychiater James Prichard 1835 postulierte „moralische Irresein“ stellte um die Jahrhundertwende eine wichtige theoretische Grundlage der gedanklichen Verbindung von Geisteskrankheit und Verbrechen dar.⁵⁵⁵ Diese, von manchen Psychiatern als eine eigenständige Geisteskrankheit postulierte Krankheit beinhaltete als pathogen angesehene Veränderungen moralischer und ethischer Fähigkeiten, die auch ohne intellektuelle Defizite einhergehen konnte. Kritik am selbstständigen Krankheitsbild des „moralischen Irreseins“ hatte dazu geführt, dass dieses unter den Erscheinungsformen des Schwachsinn subsumiert und zum „moralischen Schwachsinn“ wurde.⁵⁵⁶ Gabriel Anton (1858-1933), Professor für Psychiatrie in Graz und späterer einflussreicher Rassenhygieniker, versuchte die Diagnose „moralisches Irresein“ an einzelnen Krankheitsbildern festzumachen, deren gemeinsames

⁵⁵³ GOLDBERG, „Lunatics' Rights“, 215.

⁵⁵⁴ Siegfried TÜRKEL, Irrenwesen und Strafrechtspflege (Wien 1900) 37. Vgl. allg. zu Türkkel: HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 305. Einen ähnlich engen Zusammenhang zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen wurde angenommen von: Adolf ASPER, Die strafrechtliche Sicherung der Gesellschaft vor gemeingefährlichen verbrecherischen Geisteskranken. In: Archiv für Kriminalanthropologie 70 (1918) 1-131. Hier: 54.

⁵⁵⁵ Johanna F. AUGSTEIN, J.C. Prichard's Concept of Moral Insanity – a Medical Theory of the Corruption of Human Nature. In: Medical History 40 (1996) 311-343.

⁵⁵⁶ Vgl. dazu auch: Martin LENGWILER, Zwischen Klinik und Kaserne. Die Geschichte der Militärpsychiatrie in Deutschland und der Schweiz, 1870-1914 (Zürich 2000) 108f.; Carlo WOLFISBERG, Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1800-1950), Zürich 2002, 86f.

Symptom die Störung des affektiven Seelenlebens war.⁵⁵⁷ Josef Berze sprach lediglich von der „sogenannten moral insanity“.⁵⁵⁸ Er meinte, die Ursache der Schwierigkeit der forensischen Beurteilung liege an der Existenz von „*Individuen, an denen nichts anderes auffällt wie der moralische Defekt*“, deren Straffähigkeit aber unklar sei. Diagnostische Kriterien wie „*körperliche oder psychische Degenerationszeichen, Unerziehbarkeit, Unbeeinflussbarkeit oder hereditäre Belastung*“ sah er als unzureichend an und meinte, dass „*es kein Maß für die Intensität der positiven Antriebe zum Verbrechen gibt.*“ So konnte auch Berze trotz seines Versuches diesen Begriff wissenschaftlich zu widerlegen, sich nicht dazu entschließen, die für die forensische Praxis „*notwendige Existenz einer pathologischen moralischen Defektuosität auf Grundlage einer Gefühlsentartung*“ zu leugnen.⁵⁵⁹ Denn ein wesentlicher Grund warum diese scheinbare nosologische Entität weiterhin diskutiert wurde, lag am geltenden Strafrecht und der an die Gerichtspsychiater gestellten Erwartung einer klaren Entscheidung zwischen Zu- oder Unzurechnungsfähigkeit.

Diese scheinbare Krankheitsentität war trotz wiederholt geäußerter Zweifel in der Praxis verwendet worden. Moritz Gauster nannte als Gründe der Überfüllung der Anstalten die EpileptikerInnen, die auch während der anfallsfreien Zeit in den Anstalten bleiben mussten, und die chronischen AlkoholikerInnen als jene, die „*behaftet mit moralischer Perversität, vor denen die Aussenwelt geschützt werden soll.*“⁵⁶⁰ Darüber hinaus wurden ihnen Eigenschaften wie „*störend*“ oder „*depraviert*“ zugeschrieben, „*die aus der Verbrecherwelt manche Ergänzung erfahren.*“⁵⁶¹ Wie bedauernd festgestellt wurde, konnten in `modernen Irrenanstalten` gegen die wiederholt mit dem Strafrecht in Berührung gekommenen und, wie angenommen

⁵⁵⁷ Gabriel ANTON, Krankhafte Störungen und Hemmungen der geistigen Entwicklung. In: Paul DITTRICH (Hg.), Forensische Psychiatrie, Bd. 2, 311-384. Hier: 358-369. Vgl. zu seiner Person: HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 281f. Hubenstorf nennt Gabriel Anton neben Ernst Rüdin als den wohl einflussreichsten und extremsten Rassenhygieniker in der deutschen Psychiatrie.

⁵⁵⁸ Vgl. zu Josef Berze: HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 314 und diesbezügliche Angaben in Abschnitt 4.3. Berzes vererbungstheoretische Arbeiten machten neben forensischen, psychologischen und praktischen Anstaltsfragen einen Großteil seines Werkes aus. Die zeitliche Parallelität mit dem Werk Ernst Rüdins ist auffällig.

⁵⁵⁹ Josef BERZE, Über die sogenannte Moral insanity und ihre forensische Bedeutung. In: Archiv für Kriminalanthropologie 30 (1908) 123-151. Abdruck eines Vortrages vom 3. Dezember 1907, gehalten in der Österreichischen kriminalistischen Vereinigung. Seine Bezeichnungen lauteten: „*moralische Entartung, moralische Anästhesie, ethische Imbecillität, moralische Defektuosität*“. In: Ebd., 125.

⁵⁶⁰ Jahrbücher für Psychiatrie 10 (1892) 279. Protokoll der Wanderversammlung des psychiatrischen Vereins 1891 in Graz.

⁵⁶¹ Ebd., 296. Bericht von Dr. Boeck, Assistent in Wien.

wurde, auch gar keine Strafeinsicht hätten, keine Zwangsmittel angewendet werden. Mehr als zwanzig Jahre später war, wie beschrieben, die problematische Diagnose „moralisches Irresein“ zu einem zentralen Thema bei der Frage der Klassifikation psychischer Erkrankungen gewesen, vor allem aber, ob sie als eigenständige Krankheit Eingang in die offizielle Statistik der österreichischen Anstaltsberichte finden könnte.

Unter dem Eindruck der in den 1850er Jahren entstehenden und von Bénédict Augustin Morel (1809-1873) geprägten Degenerationstheorie und deren Weiterentwicklung rückten vermehrt Deutungsmuster kriminellen Verhaltens in den Fokus der Gerichtspsychiatrie, die von einer anlagebedingten „krankhaften Konstitution“ ausgingen. In der deutschen Psychiatrie wurde diese Theorie seit den 1860er Jahren rezipiert, Wilhelm Griesinger (1817-1886) integrierte unter Berufung auf Morel den Begriff der „neuropathischen Disposition“ in sein Krankheitskonzept. Dadurch wurde ein bislang wenig beachtetes Übergangsbereich zwischen Gesundheit und Krankheit erfasst, das eine Vielzahl sozialer Abweichungen beinhaltet.⁵⁶² Michel Foucault hat darauf aufmerksam gemacht, dass die Theorie der Störung der Affekte, die lediglich in ihren unterschiedlichen Ausformungen diskutiert wurde, gemeinsam mit der Idee der „Degeneration“ und „Entartung“ es der Psychiatrie ermöglichte, auf jeder Stufe des Strafrechts medizinische Aspekte einzubringen. Das große soziale und politische Bedürfnis nach einer Reaktion auf die steigende Kriminalität und nach Repression begünstigte Strategien, die in juristischen und medizinischen Kategorien gedacht wurden.⁵⁶³

Richard Krafft-Ebing (1840-1902) sprach sich für die Erhebung eines „psychiatrischen Status“ aller Rechtsbrecher aus, dabei sollten „*Degenerationszeichen, allgemeine anthropologische Merkmale, Erblichkeit und der sittliche Zustand*“ überprüft werden.⁵⁶⁴ Noch in der elften Auflage von Hofmanns Lehrbuch der gerichtlichen Medizin aus dem Jahre 1927, dessen psychiatrischer Teil von Julius Wagner-Jauregg bearbeitet worden war, wird die körperliche Untersuchung eines Delinquenten empfohlen. Demnach galten zwar weder die Erblichkeit psychischer Krankheiten noch körperliche

⁵⁶² GERMANN, Psychiatrie und Strafjustiz, 75. Volker Roelcke benennt eine erste und zweite Phase der Rezeption der Degenerationstheorie. In: ROELCKE, Krankheit und Kulturkritik, 80-100 beziehungsweise 138-179.

⁵⁶³ Michel FOUCAULT, Die Entwicklung des Begriffs des „gefährlichen Menschen“ in der forensischen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. In: Ders., Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits Band III, 1976-1979 (Frankfurt am Main 2003) 568-594.

⁵⁶⁴ TÜRKEL, Irrenwesen und Strafrechtspflege, 32f.

Entartungszeichen als Beweis, sehr wohl aber deren Häufung als Hinweis auf eine bestehende Geistesstörung.⁵⁶⁵

Die Degenerationstheorie wurde in der italienischen Kriminalanthropologie von Lombroso aufgegriffen und diente als Erklärungsbestandteil des „geborenen Verbrechers“. Foucault nannte vier durch die Kriminalanthropologie beeinflusste grundsätzliche Änderungen. Es sollte der juristische Begriff der strafrechtlichen Verantwortung aufgegeben werden⁵⁶⁶ und statt der Freiheit der Einzelnen deren Gefahr für die Gesellschaft zur Grundfrage erhoben werden. Die kriminalanthropologische Theorie stellte zweitens fest, dass von den als schuldunfähig angesehenen kranken StraftäterInnen die größte Gefahr ausgehe. Drittens wurde deutlich gemacht, dass die Bestrafung ein Schutzmechanismus für die Gesellschaft sei. Infolgedessen müsse es drei Gruppen gesellschaftlicher Reaktionen auf das Verbrechen geben: die endgültige Ausschaltung (durch Tod oder Internierung in einer Institution), die vorläufige Ausschaltung (mit Behandlung) und die partielle Ausschaltung (durch Unfruchtbarmachung⁵⁶⁷). Die kriminalanthropologische Lehre verschob somit die Aufmerksamkeit vom Verbrechen hin zu den Verbrechern, von der tatsächlich begangenen Tat zur virtuellen Gefahr und von der abgestuften Bestrafung der Schuldigen hin zum absoluten Schutz der anderen.⁵⁶⁸ Der für Elektrotherapie habilitierte Wiener Neuropathologe Moritz Benedikt (1835-1920) war, nicht zuletzt über seine Tätigkeit als Gutachter vor Gericht, ein einflussreicher Propagandist für die neuen kriminalanthropologischen Theorien.⁵⁶⁹ Im deutschsprachigen Raum hatte Lombrosos Atavismustheorie ansonsten nur vereinzelte Anhänger, doch trat an deren

⁵⁶⁵ HOFMANN, Lehrbuch der gerichtlichen, 1150f.

⁵⁶⁶ Diese Idee der „Abschaffung des Strafmaßes“ wurde insbesondere von Emil Kraepelin (Stuttgart 1880) aufgegriffen. Dieser Idee haben sich teilweise auch Franz von Liszt und Moriz Benedikt angeschlossen. Benedikt hat am kriminalanthropologischen Kongress in Amsterdam anstatt „Strafe“ von „Ausschaltung der Verbrecher aus der Gesellschaft“, statt „Zurechnungsfähigkeit“ von „kranken, perversen oder abnormen Zuständen des Angeklagten“ und infolge dessen nur von der „Form der sozialen Verteidigung mit Hilfe der Irrenanstalten und Gefängnisse“ gesprochen. Zitiert in: Siegfried TÜRKEL, Die kriminellen Geisteskranken. Ein Beitrag zur Geschichte der Irrenrechts- und Strafrechtsreform in Österreich (1850-1904) Wien 1905, 19f.

⁵⁶⁷ Ob sich die Unfruchtbarmachung auf Kastration oder Sterilisation bezieht ist nicht definiert. Die Kastration war auch als Therapie gegen Delikte sexueller Natur verstanden worden.

⁵⁶⁸ FOUCAULT, Die Entwicklung des Begriffs des „gefährlichen Menschen“, 586f.

⁵⁶⁹ AUW, Personalakt Moriz Benedikt (Med. Fak. 732, Schachtel 90) Er beschäftigte sich intensiv mit der Krianiometrie und Krianiologie. Vgl. dazu auch: HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 313. Zu Benedikts Rolle bei den zwischen 1885 und 1906 abgehaltenen internationalen Kongressen der Kriminalanthropologie: Mariacarla GADEBUSCH BONDIO, Die Rezeption der kriminalanthropologischen Theorien von Cesare Lombroso in Deutschland von 1880-1914 (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 70) Husum 1995, 124-132.

Stellen die viel subtilere Kriminalpsychologie.⁵⁷⁰ So lehnte auch der Wiener Gerichtspsychiater Johann Fritsch (1849-1910) Lombrosos deterministisches Verständnis von Verbrechen zwar ab, stellte aber dennoch fest, dass *„die Tatsache, dass es verbrecherisch angelegte Individuen gibt, die nun einmal den sozialen Anforderungen sich nicht anpassen können, weder durch Erziehung, noch Strafe sich ändern, immer wieder rückfällig werden, außer jeden Zweifel steht.“*⁵⁷¹ Ernst Bischoff, Autor eines 1912 veröffentlichten Lehrbuchs der gerichtlichen Psychiatrie, war trotz vieler Kritikpunkte ebenfalls der Meinung, dass die grundlegenden Elemente der von Lombroso geprägten Theorie nicht widerlegbar seien.⁵⁷²

3.8.2 „Verbrecherische Irre“, „irre Verbrecher“ und „minderwertige Psychopathen“

Die unterschiedlichen Definitionen der in den Fokus der Diskussion geratenen Gruppen verweisen auf die beschriebene gedankliche Nähe von Delinquenz und Geisteskrankheit. Eine nach juristischen Gesichtspunkten getroffene Unterscheidung lautete: Erstens, Personen, die wegen Unzurechnungsfähigkeit exkulpiert werden, zweitens, Verurteilte, die während des Strafvollzugs psychisch erkrankt sind, drittens Geisteskranke, die während ihres Aufenthaltes in einer Heil- und Pflegeanstalt ein Verbrechen begehen, oder wegen ihrer *„kriminellen Eigenschaften nicht weiter in*

⁵⁷⁰ Vgl. dazu ausführlicher: GADEBUSCH, Die Rezeption der kriminalanthropologischen Theorien; WETZELL, Inventing the Criminal, 40f.

⁵⁷¹ Johann FRITSCH, Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit. In: DITTRICH (Hg.), Forensische Psychiatrie, Bd. 1, 1-43. Hier: 12f.

⁵⁷² Ernst BISCHOFF, Lehrbuch der Gerichtlichen Psychiatrie für Mediziner und Juristen (Berlin, Wien 1912) 1-8. Bischoff war Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie in Wien und psychiatrischer Sachverständiger am k.k. Landesgericht. Er war Sekundararzt an der Anstalt *Am Brünfeld* und anschließend ordinierender Arzt der psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof*.

Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen waren in einem unter diesem Titel erschienenen Buche von Sander und Richter (Berlin 1886) nun auch statistisch genau erfasst worden: nach ihrer Zusammenstellung bestanden bei den von ihnen Untersuchten zu 75% ein Zusammenhang zwischen den beiden Devianzen. *„Die Verwandtschaft zwischen Geisteskrankheiten und Verbrechen ist eine Tatsache, die nicht nur bewiesen wird durch das häufige Vorkommen an sich strafbarer Handlungen bei Geisteskranken, sowie psychischer Erkrankungen bei Verbrechern, sondern auch vor allem durch den sooft gemeinschaftlichen Boden der Entartung, in dem Verbrecher wie Geisteskranke ihre Wurzel finden.“* In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 7 (1887) 191.

einer vorwiegend auf den Heilzweck eingestellten Anstalt“ bleiben können.⁵⁷³ Erstere wurden zumeist als „verbrecherische Irre“ bezeichnet, *„Menschen ohne primäre kriminelle Anlage, die erst durch Wahnideen, Sinnestäuschungen und andere psychotische Ursachen veranlasst werden, eine verbrecherische Handlung zu begehen.“* Von ihnen wurden die sogenannten „irren Verbrecher“ unterschieden, also jene, die nach ihrer Verurteilung im Strafvollzug geisteskrank geworden waren.

Beide scheinbar klar zu unterscheidenden Gruppierungen wurden auch mit anderen Eigenschaften in Verbindung gebracht. Der Privatdozent Friedrich von Sölder, Assistent an der II. Psychiatrischen Klinik und Landesgerichtsarzt, bezeichnete „verbrecherische Irre“ als *„wohl ausschließlich Minderwertige, die eine Straftat in vorübergehender Geistesstörung begangen haben“* und benannte deren angebliche hohe Rate der Rückfallstäter als charakteristisch.⁵⁷⁴ Heinrich Herschmann war der Ansicht, dass *„geisteskranke Verbrecher in der Regel Psychopathen sind. Meist waren sie schon vor ihrer Erkrankung kriminell [...] und ihre Verbrechen wurden durch eine primäre ethische Defektuosität verursacht.“* Er vertrat allerdings die Ansicht, dass quantitativ weniger die kriminellen Kranken als die „geistig Minderwertigen“ wegen der fortschreitenden psychiatrischen Kenntnisse im Zentrum des Interesses ständen.⁵⁷⁵ Wagner-Jauregg stellte fest, dass *„jene Kranken, die man mit verschiedenen Namen als Degenerierte, psychopathisch Minderwertige, als moralisch Irrsinnige, am zutreffendsten aber als Verbrechernaturen bezeichnet, Individuen, die, wenn sie in die Irrenanstalt kommen, meist schon mehrfach vorbestraft sind.“*⁵⁷⁶ Diese unterschiedlichen Definitionen zeigen, dass primär nach dem Zeitpunkt der psychischen Erkrankung, also vor oder nach dem Begehen der kriminellen Tat, differenziert wurde. Darüber hinaus ist die Nähe zu biologistischen beziehungsweise deterministischen Deutungskonzepten von Delinquenz nicht zu verkennen.

⁵⁷³ Diese Einteilung nach juristischen Gesichtspunkten stammt von: Heinrich HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung der geisteskranken und psychopathischen Verbrecher. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 45 (1927) 221-275. Hier: 223. Heinrich Herschmann (1889-1933) war von 1925 bis zu seinem Tod Dozent für forensische Psychiatrie.

⁵⁷⁴ Friedrich SÖLDER, Aus dem Strafrecht und dem Strafprozessrecht. In: DITTRICH (Hg.), Forensische Psychiatrie, Bd. 1, 79-162. Hier: 159.

⁵⁷⁵ HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung, 222.

⁵⁷⁶ Zitiert in: TÜRKEL, Die kriminellen Geisteskranken. Ein Beitrag zur Geschichte der Irrenrechts- und Strafrechtsreform, 22. Vgl. zu Wagner-Jauregg: Michael HUBENSTORF, Medizinhistorische Forschungsfragen zu Julius Wagner-Jauregg (1857-1940). In: Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (Hg.), Jahrbuch 2005 (Wien 2005) 218-233; Wolfgang NEUGEBAUER, Peter SCHWARZ, Nobelpreisträger im Zwielficht. Zur historisch-politischen Beurteilung von Julius Wagner-Jauregg. In: Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (Hg.), Jahrbuch 2006 (Wien 2006) 124-169. Der Versuch einer Verharmlosung der Rolle des Nobelpreisträgers: Hartmann HINTERHUBER, Julius Wagner von Jauregg und die Eugenik. In: Neuropsychiatrie 19 (2005) 109-130.

Im Anschluss an die Degenerationstheorie und die Kriminalanthropologie war es das Modell der „psychopathischen Konstitution“ und der „psychopathischen Persönlichkeit“ gewesen, das die Deutungsmuster kriminellen Verhaltens insofern stabilisierte, als es anlage- und umweltbedingte Erklärungsansätze zu synthetisieren vermochte. Der Begriff der kriminologisch relevanten, aber die Schuldfähigkeit nicht ausschließenden „psychopathischen Konstitution“ wurde zur Zeit der Wende zum 20. Jahrhundert aus den Erfahrungen und Bedürfnissen der forensisch-psychiatrischen Gutachterpraxis heraus entwickelt und kann als Ergebnis eines Arrangements zwischen Justiz und Psychiatrie gesehen werden.⁵⁷⁷ Sowohl die vom Württemberger Psychiater August Julius Koch (1841-1908) stammende Begriffsschöpfung der „psychopathischen Minderwertigkeit“, als auch der von Kraepelin seit 1896 verwendete Begriff des „psychopathischen Zustandes“, mit dem er von Zustandsbildern des „Schwachsinn“ differenzieren konnte, lassen sich vier Charakteristika beschreiben: Das Konzept zur Psychopathie integriert Elemente der Annahme der Vererbung geistiger Krankheiten, fokussiert auf das vermeintliche Krankheitsbild der „Störungen der Affekte und des Willens“, konzeptualisiert einen breiten Übergangsbereich zwischen Gesundheit und Krankheit und ermöglicht die Pathologisierung sozialer Devianz.⁵⁷⁸

Insbesondere jene DelinquentInnen, die vor Gericht nicht eindeutig der Zu- oder Unzurechnungsfähigkeit zuzuordnen waren, galten als die „psychopathischen Minderwertigen“.⁵⁷⁹ Tilkowsky bezog sich in seiner Ansicht explizit auf Koch und meinte, zwischen geistiger Gesundheit und geistiger Krankheit *„schieben sich alle möglichen Formen von Übergangszuständen hinein“*. Zu diesen zählte er: *„Alkoholiker, Morphinisten, Cocainisten, das große Heer der Neurastheniker, der Sexuell-Perversen, gewisser Querulanten, Hypochonder, Fanatiker, Schwärmer, Sonderlinge, aber auch Hysterische und Epileptiker, bei denen die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit in der krankheitsfreien Zwischenzeit große Schwierigkeiten bereiten kann.“*⁵⁸⁰ Im Weiteren differenziert er diese Gruppe: *„Es gibt eine Reihe von*

⁵⁷⁷ MÜLLER, Verbrechensbekämpfung im Anstaltsstaat, 65.

⁵⁷⁸ GERMANN, Psychiatrie und Strajustiz, 82-87.

⁵⁷⁹ Die Vorlesungen des Privatdozenten Emil Raimann von 1904 bis 1907 lauteten: *„Über Grenzzustände des gesunden und kranken Seelenlebens (psychopathische Minderwertigkeit) und ihre forensischen Bedeutung für Juristen und Mediziner“*. In: Vorlesungsverzeichnis der Universität Wien 1900-1907.

⁵⁸⁰ Adalbert TILKOWSKY, Ueber einige forensisch-psychiatrische Fragen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 534-539. Hier: 535. Vortrag vom 16. Jänner 1903 in der Kulturpolitischen Gesellschaft. Er nennt die Länder, in denen zu diesem Zeitpunkt die „verminderte

Grenzfällen mit ganz geringen Abweichungen vom sogenannten Normalmenschen, willensschwache, leicht beeinflussbare, excentrische, leicht reizbare Charaktere, leichtere Schwachsinnformen“, denen er, wie ebenfalls von Koch gefordert, wegen ihrer verminderten Zurechnungsfähigkeit, eine verminderte Strafe zuerkennen würde. *„Anders aber verhält es sich mit dem Gros der psychopathisch Minderwerthigen, deren Defekt hauptsächlich auf ethischem Gebiet liegt, der Defektmenschen mit verbrecherischen Neigungen, mancher unverbesserliche Gewohnheitssäufer, der moralisch Imbecillen, kurz der Antisocialen aller Art, welche eine erhebliche Minderung ihrer Geisteskräfte aufweisen, ohne dass ihre Zurechnungsfähigkeit ganz ausgeschlossen erscheint.“* Wegen ihrer *„gesteigerten socialen Gefährlichkeit“* müsse der Strafvollzug geändert und zu deren Verwahrung wären *„Schutz- und Besserungsanstalten“* zu errichten.⁵⁸¹ Diese, mit dem Fortschreiten der Wissenschaft begründete neuartige psychiatrische Aufmerksamkeit fokussierte insbesondere auf delinquente Handlungen: *„Es werden heute nicht mehr bloß die Geistesstörungen im engeren Sinne als strausschließend angesehen. Auch viele in der Entwicklung des Individuums begründete Zustände, Schwachsinnformen im weiteren Sinne des Wortes, darunter auch jene Formen, die, vorwiegend auf ethischen Defekten beruhend, sind es, die gerade die Tendenz zur Kriminalität bedingen und daher bei Verbrechern sich häufig vorfinden.“*⁵⁸²

Doch es spielte auch noch ein anderer Faktor eine Rolle der Auseinandersetzungen zu dieser Thematik. Josef Berze wandte sich gegen die weit verbreitete Meinung in der Gesellschaft, dass Psychiater dazu tendierten Straffällige vorschnell mit der Attestierung einer psychischen Krankheit dem gesetzlichen Vollzug zu entziehen. *„Wer aber die Gutachten kenne, wüsste, dass namentlich die psychopathisch Minderwertigen mit vorherrschenden moralischen Defekten es sind, die manchen Gerichtsarzt förmlich zum Zorne reizen zu scheinen.“*⁵⁸³ Die umstrittene Frage der Gutachtertätigkeit ist somit nicht zuletzt auch im Zusammenhang mit dem geringen Prestige der Anstaltspsychiatrie zu verorten. Der Direktor der Institution in Valduna

Zurechnungsfähigkeit“ bereits Eingang in die Strafgesetzbücher gefunden hat: Bayern, Italien; in der Schweiz gab es entsprechende Entwürfe.

⁵⁸¹ Ebd., 536f.

⁵⁸² Julius WAGNER-JAUREGG, Moriz BENEDIKT, Berichte und Anträge betreffend die Reform des Irrenwesens. In: Das österreichische Sanitätswesen, Beilage zu Nr. 27 (1904) 60.

⁵⁸³ Josef BERZE, Falsche Humanität. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 24 (1904) Sp. 1135f. Auch: Ders., Meinungsdissonanzen der sachverständigen Psychiater. In: Archiv für Kriminalanthropologie 12 (1903) 135. Hier beruft er sich auf Hoche, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.

benannte in einem Artikel mit dem ironischen Titel „Schutz des Publikums vor den Psychiatern“ die Ressentiments gegenüber der Berufsgruppe. Anlass dazu war ein 1902 herausgegebener Erlass des k.k. Justizministers, gemäß dem die Begutachtungen internierter Patienten nicht mehr von den Anstaltsärzten selbst durchgeführt werden durften. Nachdem es Gerichtspsychiater aber nur in größeren Städten gab, waren gemäß dem neuen Erlass nun auch praktische Ärzte berechtigt ein Gutachten zu erstellen. Deren psychiatrisches Wissen wurde allerdings von den Fachärzten stark angezweifelt, zudem stellte sich die Frage, ob und auf welche Weise die von den Anstaltsärzten geführten Krankenakten als Grundlage zur Erstellung von Gutachten von anstaltsfernen Ärzten herangezogen werden konnten.⁵⁸⁴

Die in der Strafrechtsreform engagierten Psychiater strebten keineswegs nach einer verstärkten Einflussnahme im Bereich juristischer Entscheidungen, sondern suchten nach exakten Grenzziehungen.⁵⁸⁵ In der österreichischen Strafprozessordnung von 1873 war die Frage der Zuständigkeit klar geregelt: „Entstehen Zweifel darüber, ob der Beschuldigte den Gebrauch seiner Vernunft besitze, oder ob er an einer Geistesstörung leide, wodurch die Zurechnungsfähigkeit aufgehoben sein könnte, so ist die Untersuchung des Geistes- und Gemütszustandes des Beschuldigten jederzeit durch zwei Ärzte zu veranlassen.“⁵⁸⁶ Die Praxis der richterlichen Entscheidungen sah allerdings oft so aus, dass die Gutachter gebeten wurden ihre Stellungnahme

⁵⁸⁴ PFAUSLER, „Schutz des Publikums vor den Psychiatern“, 80f. Die Frage der Erstellung der Gutachten war nicht einheitlich für ganz Cisleithanien geregelt. Die Praxis der Begutachtung wurde dahingehend beschrieben, dass manche Ärzte in einer Stunde etwa drei bis sechs Patienten untersuchten und sogleich ein abschließendes Gutachten erstellten. Als besonders problematisch galt die Feststellung des Geisteszustandes bei Straftätern, die nicht zu einer eingehenden Beobachtung in einer Anstalt waren. Da es zu Unzulänglichkeiten gekommen war, ist der Vorschlag gemacht worden, dass spezielle, ausgesuchte Gerichtshöfe diese Straftäter übernehmen sollten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 246f. Vgl. dazu auch: LÖWENDAHL, Aus den Mysterien der österreichischen Irrenanstalten.

⁵⁸⁵ Z.B.: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 390f. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 5. Oktober 1907. Die Auseinandersetzung in der Frage der Zurechnungsfähigkeit sollte nicht auf dem Rücken der Sachverständigen ausgetragen werden. Insbesondere aber sollte die Bedeutung der Expertise nicht Teil der Formulierungen in dem auszuarbeitenden Gesetz sein. Wiederholt wurde die Forderung formuliert, dass die fachliche Expertise nicht die Basis zahlreicher Freisprüche wegen Unzurechnungsfähigkeit sein sollte.

Vgl. dazu auch: Theodor MEYNERT, Die Stellung des Gerichtsarztes vor dem Schwurgerichte. In: Psychiatrisches Centralblatt 8/9 (1873) 123f. Er hielt dabei fest, dass sich Gerichtsärzte selbst oft nicht einig waren: „Der Arzt soll nur objectiv den Thatbestand erheben und keine Diagnose machen.“ Meynert erhoffte sich von den neu einzuführenden Physikatprüfungen eine Besserung der Stellung der Ärzte.

Richter, Staatsanwälte und Strafvollzugsbeamte konnten Kurse zur Psychiatrie besuchen, diese sollten bei ein bis zwei Vorträgen pro Woche zwei oder drei Monate dauern. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908) 301.

⁵⁸⁶ Gesetz vom 23.5.1873, R.G.Bl. 119; in der alten Strafprozessordnung, kaiserliches Patent vom 29. Juli 1853. Zitiert in: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 26 (1905) 33.

nochmals mündlich zu ergänzen. In foro wurde oftmals an sie die Frage gerichtet, ob der oder die ExplorandIn zu-oder unzurechnungsfähig sei, somit diese Aussage letztendlich die Grundlage für den richterlichen Entschluss darstellte. Die Mehrzahl der österreichischen Psychiater und insbesondere die Mitglieder der medizinischen Fakultät haben wiederholt zu dieser Frage Stellung genommen und ausdrücklich festgehalten für juristische Entscheidungen keineswegs kompetent zu sein. Die Gutachter wollten sich auf die Erstellung einer rein fachlichen Expertise zurückziehen, denn *„Zu- und Unzurechnungsfähigkeit sind metaphysische oder juristische Begriffe und stammten nicht aus der naturwissenschaftlichen Terminologie“*.⁵⁸⁷ Auf diese Weise sollte sowohl die Verantwortung der Entscheidung der Justiz zugeschoben werden als auch die psychiatrische Kompetenz auf der Basis, wie es hieß, naturwissenschaftlicher Erkenntnisse verdeutlicht werden. Zentral aber war das Bestreben forensische Fragen aus den Bereichen, die in früheren Jahren mit dem `gesunden Menschenverstand` entschieden wurden, herauszuführen und einer psychiatrischen Beurteilung zu unterwerfen. Gemeinsam mit diesen Forderungen nach größeren Kompetenzen in der Beurteilung der genannten und zu einem der Brennpunkte der Auseinandersetzungen zwischen Psychiatrie und Strafrechtspflege avancierten Diagnosen sollten diese aber nicht in `modernen Anstalten` versorgt werden müssen.

3.8.3 Die Frage der institutionellen Versorgung und die Forderung nach der Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit

Diese Fokussierung der Diskussion auf Menschen, die straffällig und psychisch auffällig oder krank waren, war einerseits mit der Frage verbunden, wie die als so notwendig angesehene Internierung der Betroffenen erfolgen könne, da *„bisher weder dem pathologischen Charakter dieser Degenerierten, noch dem Schutz der Gesellschaft Genüge geschehen ist.“*⁵⁸⁸ Andererseits wurde an diese Forderung die Einführung einer „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ geknüpft, welche in Fällen

⁵⁸⁷ Ebd., 36f.

⁵⁸⁸ TÜRKEL, Irrenwesen und Strafrechtspflege, 37.

doppelter Devianz die bislang attestierte Unzurechnungsfähigkeit und daraus resultierende Straffreiheit ersetzen sollte.

Die gängige und eingangs kurz skizzierte Regelung der Unterbringung war, StraftäterInnen aufgrund ihres Geisteszustandes als unzurechnungsfähig zu erklären und in eine Anstalt einzuweisen. Dort wurden sie zumeist nach dem sogenannten „Verdünnungsprinzip“, die möglichst gleichmäßige Verteilung von gefährlichen Geisteskranken auf den verschiedenen Abteilungen der Heil- und Pflegeanstalt untergebracht.⁵⁸⁹ Allerdings wurde dieses System für Städte und Industriezentren in denen sich „*gefährliche Geisteskranke in großer Zahl ansammeln*“ als besonders ungeeignet angesehen.⁵⁹⁰

Die Mehrzahl der Reformvorschläge zielte auf neu einzurichtende Institutionen. Hierbei wurden drei unterschiedliche Modelle vorgeschlagen, der Anbau eines eigenen Hauses, welches gemeinsam mit einer Strafanstalt verwaltet werden sollte, die Einrichtung einer selbständigen Einheit an bestehende Irrenanstalten, sogenannte feste Häuser, oder aber sogenannte Zentralanstalten, die vom Staat verwaltet und finanziert werden sollten.⁵⁹¹ Das „*Problem der strafrechtlichen Behandlung und Unterbringung der geisteskranken und psychopathischen Verbrecher*“ wurde 1895 vom Gerichtspsychiater Johann Fritsch erstmals angeregt und ab diesem Zeitpunkt vor allem von Julius Wagner-Jauregg und seinen Schülern behandelt worden.⁵⁹²

Im Juli 1899 initiierte der Oberste Sanitätsrat mittels einer dringenden Empfehlung an das Ministerium des Inneren und der Justiz eine gemeinsame Reform.⁵⁹³ In den beiden Ministerien wurde ein Fragenkatalog zusammengestellt und einem Komitee

⁵⁸⁹ Dieses Prinzip wurde vor allem in der Schweiz praktiziert. Ein breiter Überblick bei: Adolf ASPER, Die strafrechtliche Sicherung der Gesellschaft, 1-131. Der Kölner Psychiater Gustav Aschaffenburg, der auch den gefängnisartigen Charakter der Zentralanstalten kritisierte, wandte sich darüber hinaus gegen eine „*Vergeudung des Nationalvermögens ohne Grund*“. Ein internationaler Vergleich der rechtlichen und institutionellen Regelungen bei: Gustav ASCHAFFENBURG, Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke (Berlin 1912).

⁵⁹⁰ Eugen Bleuler machte diesbezüglich quantitative Angaben, er meinte, der Anteil der in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebrachten kriminellen Kranken dürfe nicht mehr als 10% aller Patienten ausmachen. Die Diskussion aller Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Modelle und ihrer jeweiligen Vertreter im internationalen Vergleich findet sich in: HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung, 223-233.

⁵⁹¹ ASPER, Die strafrechtliche Sicherung der Gesellschaft, 93. Eine andere Bezeichnung war „Kriminal-Irrenasyle“. Dieses Modell hatte bereits Vorbilder in Italien, England und Amerika.

⁵⁹² HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung, 221.

⁵⁹³ Wagner-Jauregg stellte einen Antrag auf die Bildung einer Kommission, bei der sowohl Mitglieder des Justiz- als auch den Innenministeriums und Mitglieder des Obersten Sanitätsrates mitarbeiten sollten. Ein entsprechender und vom Präsidenten des Vereins Krafft-Ebing unterstützter Antrag wurde in der Sitzung des Obersten Sanitätsrates vom 8. Juli 1899 angenommen und beschlossen. In: Siegfried TÜRKELE, Die Reform des österreichischen Irrenrechts (Wien 1907) 61f. Auch: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 38 (1902) 421-427.

zur Bearbeitung übergeben, welchem Wagner-Jauregg, Krafft-Ebing, Moriz Benedikt, Gabriel Anton, Arnold Pick, der Gerichtspsychiater Josef Hinterstoisser, Tilkowsky und die Direktoren der Anstalten Dobran (Böhmen) und Lemberg angehörten.⁵⁹⁴ Bei der einberufenen Enquete galt als die wichtigste Frage die nach der Notwendigkeit besonderer Anstalten für *„verbrecherische Irre und irre Verbrecher sowie für gemeingefährliche psychopathisch minderwertige Personen.“*⁵⁹⁵ Das einstimmige Ergebnis dieser Beratungen unter den führenden Psychiatern war, dass zur Unterbringung der kriminellen Geisteskranken und „Psychopathen“ vom Staat verwaltete Anstalten errichtet werden sollen.⁵⁹⁶ Diese wären bestimmt für: *„Jene Personen, die wegen eines Verbrechens angeklagt, aber wegen Geistesstörung außer Verfolgung gesetzt oder freigesprochen worden sind, jene Personen, die in der Strafhait geistig erkrankt sind und jene, die in einer Irrenanstalt ein schweres Verbrechen begangen haben. Deren Unterbringung soll fakultativ sein und muss jene Individuen treffen, die von Haus aus criminelle antisociale Neigungen haben, die sogenannten Verbrechernaturen, ferner jene Irren, die besonders schwere oder scheußliche Verbrechen begangen haben.“*⁵⁹⁷ Mit dieser Forderung waren auch jene betroffen, deren Psyche ein mögliches Verbrechen seitens der Experten vermuten ließ.

Auch für die Richter sei diese Möglichkeit der Unterbringung krimineller Geisteskranker ein neutraler Boden zwischen Irren- und Strafanstalt, *„auf welchem die Gemeingefährlichkeit und Rückfallsgefahr besser berücksichtigt werden könne.“*⁵⁹⁸ In einer Zentralanstalt sollten, gemäß der Ansicht von Julius Wagner-Jauregg und Moriz Benedikt, eine strengere Disziplin, Arbeitszwang und „repressorische Disziplinarmittel“

⁵⁹⁴ Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 127. Mitteilungen.

⁵⁹⁵ Im Juni 1903 wurde von Steiner eine Interpellation beim Reichsrat eingereicht. Die Fragen betreffend der Unterbringung geisteskranker Krimineller und „gemeingefährlicher psychopathischer minderwertiger Personen“ wurden als die vorrangigsten angesehen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 5 (1903/04) 126. Mitteilungen.

⁵⁹⁶ Eine ausführliche Zusammenfassung aller „Berichte und Anträge betreffend die Reform des Irrenwesens“ ist abgedruckt in der Zeitschrift: Das österreichische Sanitätswesen, Beilage zu Nr. 27 (1904). Es waren vor allem Wagner-Jauregg, Berze, Tilkowsky und Raimann, die gegen deren Unterbringung in Heil- und Pflegeanstalten plädierten. In: HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung, 226.

Dieselbe Forderung ist auch in Deutschland bei der forensisch-psychiatrischen Vereinigung in Dresden erhoben worden: Josef BERZE, Gehören gemeingefährliche Minderwertige in die Irrenanstalt? In: Wiener medizinische Wochenschrift 26 (1901) 1251-1256. Hier: 1254.

⁵⁹⁷ Wagner-Jauregg hat diese Vorschläge erstmals bei der im Oktober 1901 in Wien abgehaltenen Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie vorgestellt. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 3 (1901/02) 329.

⁵⁹⁸ TILKOWSY, Die Reform im Irrenwesen in Österreich, 524.

eingesetzt werden.⁵⁹⁹ Die staatliche Obsorge des Staates könnte dadurch „*mit einem Schlage alle Schwierigkeiten, welche der heutigen Irrenpflege anhaften lösen, denn es könnte auch das große Heer der Minderwertigen, Imbezillen, der entarteten Trinker und Psychopathen aufnehmen, welche ohne eigentlich geisteskrank zu sein, nach ihren Delikten in foro für unzurechnungsfähig erklärt und von Unrechts wegen der Irrenanstalt überwiesen werden.*“⁶⁰⁰ Darüber hinaus wurde für die Internierung der als homogen angesehenen Menschengruppe in einer Zentralanstalt der Vorteil geltend gemacht, dass dieser Vorgang auch unabhängig vom Urteil eines Sachverständigen bei Gericht auf Zu- oder Unzurechnungsfähigkeit erfolgen könnte.

Als denkbar ungünstigste Regelung galt die Unterbringung in Anstalten für psychisch Kranke. Berze hat gewissermaßen vorbeugend festgehalten, dass diese Forderung der Psychiater nicht aus dem Grunde erstellt worden war, die als schwierig geltenden Patienten von den Irrenanstalten fernzuhalten.⁶⁰¹ Die meisten Argumente gegen dieses Modell bezogen sich auf die Patienten und deren Angehörige, denen eine gemeinsame Unterbringung mit verbrecherischen Geisteskranken nicht zugemutet werden könne, denn „*die verbrecherischen Neigungen, ihre schwere Lenkbarkeit, ihr außerordentlich demoralisierender Einfluss auf die anderen Geisteskranken und auf das Pflegepersonal machen Einrichtungen notwendig, welche dem Grundcharakter der Irrenanstalt als einer Krankenanstalt sowohl in Bezug auf die bauliche Anlage als auch auf den Betrieb völlig fremd sind und mehr dem Wesen eines Gefängnisses entsprechen.*“⁶⁰²

Als Argumente gegen ein an die Irrenanstalt angeschlossenes „festes Haus“ wurde die grundsätzlich andere Disziplin und Hausordnung geltend gemacht.⁶⁰³ Befürworter haben das Modell eines an die Heil- und Pflegeanstalten angeschlossenen Bewahrungshauses als den besten Kompromiss in dieser Frage dargestellt. In Deutschland gab es bereits einige solcher „fester Häuser“. Sowohl die gemeinsame und damit billigere Verwaltung als auch die Möglichkeit nur in diesem Teil eine strengere Form der Internierung durchführen zu können, haben für diese Lösung

⁵⁹⁹ HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung, 228.

⁶⁰⁰ TILKOWSKY, Die Reform im Irrenwesen in Österreich, 532.

⁶⁰¹ TILKOWSKY, Ueber einige forensisch-psychiatrische Fragen, 537f. Vgl. dazu auch eine ähnliche Stellungnahme seitens eines Juristen: Adolf ASPER, Die strafrechtliche Sicherung der Gesellschaft, 97f.

⁶⁰² TILKOWSKY, Die Reform im Irrenwesen in Österreich, 532.

⁶⁰³ Ebd., 525f.

gesprachen. Zudem konnten Pflinglinge innerhalb der Institution leichter transferiert werden.⁶⁰⁴

Der proklamierte praktische Nutzen einer wie auch immer separierten Institution bedurfte aber erst einer entsprechenden rechtlichen Grundlage. Wagner-Jauregg meinte, dass das Bedürfnis nach diesen Anstalten rasch wachsen werde, *„wenn die gesetzliche Grundlage geschaffen sei, dann werden sich die Insassen schon finden. Gäbe es diese Möglichkeit der Verwahrung, so könnten sich Richter und Geschworene auch leichter für das Urteil ‚verminderte Zurechnungsfähigkeit‘ entschließen.“*⁶⁰⁵ Denn erst die Einführung des Rechtspassus´ der verminderten Zurechnungsfähigkeit ermögliche den legalen Zugriff auf die vielen Fälle von Delinquenz, die weder als psychisch krank noch als ganz gesund einzustufen waren. Aber gerade die ärztliche Erfahrung habe gezeigt, dass *„es Menschen gibt, die zwar nicht völlig willensunfrei sind, in ihrer Widerstandsfähigkeit gegenüber Anreizen zu verbrecherischen Handlungen durch pathologische Veranlagung geschwächt und in ihrer psychischen Organisation minderwertig sind.“*⁶⁰⁶ Der sich darauf beziehende Topos von der „Dreiteilung der Menschheit“, die nicht nur Geistesgesunde und -kranke, sondern auch die Anerkennung von Grenzzuständen beinhaltete, wurde für die Gesellschaft als sehr nützlich dargestellt.⁶⁰⁷

Die Reformvorschläge seitens der Psychiatrie bezogen sich somit nicht nur auf Bereiche von Fragen der Zu- oder Unzurechnungsfähigkeit, sondern auch auf die Ebene des Strafvollzuges. Insbesondere Wagner-Jauregg und Raimann plädierten für eine Eliminierung der Frage „Schuld“ und „Strafe“ und wollten stattdessen, dass *„der Verbrecher, wie es seiner Individualität entspricht und mit Rücksicht auf seine soziale Gefährlichkeit behandelt würde, somit die Metaphysik beiseite gelassen werde.“*⁶⁰⁸ Auch der Gerichtspsychiater Johann Fritsch verwies auf ein *„besonders häufiges Vorkommen der geistig Minderwertigen in der Verbrecherwelt“* und deren angeblich

⁶⁰⁴ ASPER, Die strafrechtliche Sicherung der Gesellschaft, 100f. Eine ausführliche Diskussion aller Vor- und Nachteile und ihrer Befürworter und Gegner und eine Beurteilung bestehender Modelle findet sich bei: HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung, 221f.

⁶⁰⁵ Zitiert in: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1908) 400. Österreichischer Irrenärztetag, Protokoll der Sitzung des Vereins vom 5. Oktober 1907.

⁶⁰⁶ FRITSCH, Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit, 23.

⁶⁰⁷ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1908) 400. Löffler war der Meinung, dass *„die Praxis den Begriff der Minderwertigkeit schon reinigen und begrenzen werde.“* Emil Raimann hat diese Definition der „Dreiteilung“ ebenso angewandt. In: Jahrbücher 29 (1908) 438. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 18. Februar 1908.

⁶⁰⁸ Siegfried TÜRKEL, Psychiatrisch-kriminalistische Probleme. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 26 (1905) 31-102. Hier: 40.

unzulängliche Bewertung im Strafgesetz.⁶⁰⁹ Als Motive für die Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit galten die beschriebenen Übergangsformen zwischen Gesundheit und Krankheit, die auf „seelischen Defekten“ beruhe, die aber nicht der vollen Strenge des Gesetzes unterworfen werden könnten. Die Beobachtung der sogenannten Haftpsychosen spielte ebenfalls eine Rolle. Demnach müsse eine besondere Kategorie des Strafvollzugs geschaffen werden, nicht zuletzt, weil *„ein Teil dieser Verurteilten infolge ihrer psychischen Defektuosität sehr häufig rückfällig wird und so eine besonders große Gefahr für die öffentliche Sicherheit darstellt.“*⁶¹⁰ Emil Raimann stellte bedauernd fest, dass nur die Anstaltspsychiatrie das Privileg habe Patienten dauerhaft internieren zu können. Dies sei seiner Meinung nach der Grund warum jene umstrittenen Fälle der „gemeingefährlichen Minderwertigen“ bevorzugt in diesen untergebracht würden.⁶¹¹

Die „verminderte Zurechnungsfähigkeit“ brachte die Frage mit sich, ob lediglich eine verminderte Strafe oder aber eine Schutzstrafe verhängt werden solle. Mitte der 1890er Jahre brachte Franz von Liszt als Wortführer der „modernen Schule“ der Strafrechtsreformer die „verminderte Zurechnungsfähigkeit“ und die daran gekoppelte unbefristete Zwangsunterbringung in die kriminalistische Diskussion mit ein. Der konservative Flügel der Kriminalisten war der Ansicht dass geistesranke StraftäterInnen aufgrund ihrer Veranlagung Anspruch auf Strafmilderung hätten, folglich auch keiner Sonderstellung im Strafrecht bedürften. Die Forderung nach der Einführung der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ wurde seitens vieler Juristen mit dem Argument abgelehnt, da es unmöglich sei diese graduell abzustufen.⁶¹² Die Praxis der im Falle des Zweifels bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit geltend werdenden Strafmilderungsgründe stellte vor allem für Mediziner keinen ausreichenden Ersatz dar, denn sie definierten alle fraglichen Fälle als „pathologisch“. Infolgedessen sei, so der Gerichtspsychiater Fritsch, *„der Hauptzweck, der des sozialen Schutzes auch nicht erreicht.“*⁶¹³

⁶⁰⁹ FRITSCH, Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit, 31.

⁶¹⁰ HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung, 260.

⁶¹¹ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 9 (1907) 197.

⁶¹² WETZELL, Inventing the Criminal, 125-149; GERMANN, Psychiatrie und Strafjustiz, 149-163.

⁶¹³ FRITSCH, Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit, 22f. Der Aspekt, dass nur die Richter Strafmilderungsgründe geltend machen konnten, scheint nicht im Fokus der Auseinandersetzung gestanden zu sein. Deren Bruchlinien sind nicht exakt an den Berufsgrenzen zu verorten. Der Jurist Siegfried Türkel stellte unter Berufung auf das „allgemeine Rechtsbewusstsein“ ausdrücklich fest, dass die *„Moral insanity (kriminelle Degeneration, psychiatrische Minderwertigkeit, Verbrechernatur usw.)“* nicht als eine die Zurechnungsfähigkeit aufhebende Geistesstörung anerkannt worden sei. In: Siegfried

Die in den Initiativanträgen von 1901 und 1903⁶¹⁴ und in den Verfassungsentwürfen von 1909 und 1912 formulierten Forderungen nach staatlich verwalteten Zentralanstalten wurde nicht erfüllt.⁶¹⁵ Eine besondere strafrechtliche Behandlung der „vermindert Zurechnungsfähigen“ gelang wegen der Ungenauigkeit dieses Begriffs gar nicht erst in die publizierten Entwürfe der Strafreformen, diese Problematik sollte über den Umweg der „sichernden Maßnahmen“ gelöst werden.⁶¹⁶ Die jahrzehntelang umkämpfte Frage der rechtlichen Regelung der Unterbringung geisteskranker Rechtsbrecher sollte auch noch lange Zeit unverändert bleiben.

Für Niederösterreich waren insgesamt drei kleine Spezialabteilungen für gewalttätige Geistesranke innerhalb der psychiatrischen Anstalten in Ybbs und in Kierling-Gugging geschaffen worden.⁶¹⁷ *Am Steinhof* wurde im September 1908, also etwa ein Jahr nach der Eröffnung der Anstalt, der Pavillon 23 war für insgesamt 34 gewalttätige Kranke begründet. Schloß hat sich dieser Einrichtung zwar heftig widersetzt, da, wie er meinte, eine solche „Zwingburg“ nicht in das Ensemble einer modernen Heil- und Pflegeanstalt passe, konnte diese aber mangels anderer Versorgungsmodelle nicht verhindern.⁶¹⁸ Im zweigeschossigen Bau gab es zehn Isolierzellen mit aus Beton gefertigten Bettstellen, einen Schlafsaal für vier bis zehn Personen und vier Tagräume mit, wie es hieß, niet- und nagelfester Einrichtung. Der mit dicken Eisenstäben

TÜRKELE, Die Zurechnungsunfähigkeit. Die philosophischen, medizinischen und strafrechtlichen Probleme der Zurechnungsunfähigkeit und ihre legislative Behandlung in den österreichischen Strafgesetzentwürfen (1852-1914), Leipzig, Wien 1915, 55.

⁶¹⁴ TÜRKELE, Die kriminellen Geisteskranken. Ein Beitrag zur Geschichte der Irrenrechts- und Strafrechtsreform, 48f. Diese Initiativanträge zur Aufnahme der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetz und der „*Verwahrung geistig minderwertiger Verbrecher in geeigneten Detentionsanstalten*“ wurden in der Sitzung vom k.k. niederösterreichischen Sanitätsrate am 7. Dezember 1907 einstimmig angenommen.

⁶¹⁵ Hubenstorf hat festgehalten, dass der Entwurf von 1909 der endgültige Auslöser zur Bildung des `Psychiatrischen Verbandes` als eigenständiger Verbindung der Anstaltspsychiater darstellte. In: HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 308.

⁶¹⁶ Die Entmündigungsordnung von 1916, welche im folgenden Kapitel noch ausführlicher behandelt werden wird und allgemein als Kompromiss galt, wurde seitens der Anstaltspsychiater unter der Bedingung angenommen, dass eine Zentralanstalt gebaut werde. Vgl. dazu auch: TÜRKELE, Die Zurechnungsunfähigkeit, 80f. Eine Übersicht zur Vielzahl der Entwürfe und Gegenentwürfe findet sich bei: Siegfried TÜRKELE, Der Zurechnungsfähigkeitsparagraf im österreichischen Rechte. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 35 (1914) 59-117. Eine sehr kurze und unvollständige Zusammenfassung: Willibald SLUGA, Geistesranke Rechtsbrecher. Forensische Psychiatrie und Strafrechtspflege (Wien, München 1977) 21-29.

⁶¹⁷ HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung, 234. Auch: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 6 (1904) 279. Eine Beschreibung der genannten drei Orte bei: ASCHAFFENBURG, Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geistesranke, 176f. Aschaffenburg, Professor für Psychiatrie in Köln, verwies auch auf die Möglichkeit, die in einer „Verbrecherklinik“ zu internierenden Fälle für Psychiater und Juristen wissenschaftlich nutzbar machen zu können. Ebd., 228.

⁶¹⁸ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 311. Offizieller Bericht des III. Internationalen für Irrenpflege in Wien, 1908.

vergitterte Pavillon war von fünf mit hohen Mauern voneinander abgeschlossenen Höfen umgeben. Für diese spezielle Abteilung mussten im Vergleich zu anderen Pavillons und deren Belegzahl eine relativ höhere Zahl an Pflegern eingesetzt werden. Insgesamt war deren Einrichtung, Betrieb und Instandhaltung um einiges kostspieliger als die restlichen Abteilungen gewesen. Aus diesem Grunde wurden nur „geistesranke Verbrecher“ und „verbrecherische Geistesranke“ aufgenommen, die das niederösterreichische Heimatrecht besaßen.⁶¹⁹ Die Krankenakten aller straffällig gewordener Patienten waren am Deckblatt mit einem Dreieck gekennzeichnet, welches in der Mitte einen Punkt hatte, ein Zeichen, welches das alles erkennende „Auge Gottes“ symbolisierte und den Unterschied zu den Kranken der Heil- und Pflegeanstalten auf den ersten Blick hin sichtbar machte.⁶²⁰

⁶¹⁹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Kranken-Angelegenheiten´ 2988 / 1909. Schreiben an die k.k. Oberstaatsanwaltschaft zwecks Erhöhung der Unterbringungskosten auf 6 Kronen pro Tag. Ähnliche Forderungen galten auch für die spezielle Art der Unterbringung in der Anstalt in Ybbs (5 Kronen). Am Pavillon 23, dem Haus für gewalttätige Geistesranke erhielten die Pflegenden besondere Dienstzulagen wegen des schwierigen Dienstes. In: Ebd., Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ 254 / 1908. Die Abteilung war ab September 1908 für vorerst sechs Patienten geführt worden. Der Sekundararzt Edmund Holub hatte den ärztlichen Dienst übernommen. In: Ebd., Faszikel `Anstaltsdienst´ D 246 / 1908. Eine detaillierte Beschreibung der baulichen Ausstattung des Pavillons 23 in: HOLUB, Niederösterreichische Landes- Heil- und Pflegeanstalten, 180f. Die Beschäftigungstherapie für die Patienten aus diesem Pavillon musste 1913 aus Sicherheitsgründen aufgegeben werden. In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Kranken-Angelegenheiten´ o. Z. / 1913. Schreiben vom 20. November 1913.

⁶²⁰ Dieses Zeichen hatte bereits eine lange Tradition. War es an den „Kopfzetteln“ des frühen 19. Jahrhunderts vermerkt, so hatten die WärterInnen im Allgemeinen Krankenhaus die Aufgabe, diese Kranken besonders gut zu überwachen. In: WALTER, Pflege als Beruf oder aus Nächstenliebe, 190. (Abbildung eines Beispiels dieses Zeichens aus dem Jahre 1837 im Anhang, 15. An dieser Stelle ist das am AKH alternativ verwendete durchgestrichene Dreieck abgebildet. Die Krankenakten vom Steinhof weisen durchgängig ein Dreieck mit einem Punkt in der Mitte auf.)

3.8.4. Exkurs: Der biopolitische Zugriff auf die „minderwertigen Psychopathen“: Der Ruf nach „sichernden Maßnahmen“ und die in diesem Zusammenhang gestellten eugenisch motivierten Forderungen

Bislang sind in diesem Abschnitt mehrere Entwicklungslinien festzumachen: einerseits gab es verschiedene medizinische Theorien, die kriminelles Verhalten erklärbar machen wollten, andererseits wurde mittels institutioneller und legislativer Modelle versucht Zugriff auf bestimmte Teile der Bevölkerung zu erlangen. Darüber hinaus wechselte das Objekt der Fürsorge, nämlich weg von den Betroffenen hin zum Schutz der Gesellschaft. Das immer wieder geforderte Schutzrecht zur „*Unschädlichmachung solcher Individuen*“⁶²¹ zeigt, dass unter dem Deckmantel der Humanität die Forderung nach einer Internierung unbestimmter Dauer verbunden war. Die deterministische Sichtweise der Verbrechenstheorie sah aufgrund der „Unfreiwilligkeit“ der Straftat konsequenterweise die Strafe auch weniger als Sühne, sondern vielmehr als eine Maßregel seitens der Gesellschaft zur Prävention und zu ihrem eigenen Schutz, als Besserungsversuch und auch als eine Methode negativer Selektion an.⁶²²

Der Motivationsbericht des Vorentwurfes von 1909 für ein reformiertes Strafgesetz stellte den Missstand des ungenügenden Gesellschaftsschutzes in den Mittelpunkt. Dieser sollte durch die Einführung des Sicherungsmittels der dauernden Verwahrung der vermindert Zurechnungsfähigen beseitigt werden.⁶²³ Sowohl dieser Vorentwurf als auch der 1912 vorgelegte Strafgesetzesentwurf behandelte die „Sicherungsmittel“. Die Dauer der Verwahrung in den auch „Schutz- und Besserungsanstalten“ genannten Institutionen sollte vom „Erfolg der Behandlung“ abhängig sein.⁶²⁴ Der in den Fachzeitschriften geführte Diskurs bezog sich nicht auf den Aspekt, worin der

⁶²¹ Siegfried TÜRKELE, Die kriminellen Geisteskranken. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 35 (1904) 1616.

⁶²² TÜRKELE, Die Zurechnungsunfähigkeit, 73.

⁶²³ Richard DANGL, Die Unterbringung der unzurechnungsfähigen und der vermindert zurechnungsfähigen Kriminellen. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 46 (1929) 79f. Referat bei der Tagung der österreichischen Irrenärzte in Wien am 12. September 1927. Dangel war der Leiter der Landesheilanstalt in Salzburg.

⁶²⁴ Die §§ 36 und 37 des „Vorentwurfs zu einem österreichischen Strafgesetzbuche“ von 1909 und des Entwurfs von 1912 regelten die sogenannten sichernden Maßnahmen. In: TÜRKELE, Die Zurechnungsunfähigkeit, 63 und 77f; Ders., Die kriminellen Geisteskranken, 1617. Als gewichtiges Argument galten insbesondere die hohen Rückfallquoten, die mit Geisteskrankheit in einem ursächlichen Zusammenhang gestellt wurden.

psychiatrische Heilungsanspruch bestehen könnte, viel mehr ging es darum, dass die „Minderwertigen“ einer sogenannten „Schutzstrafe“ zugeführt werden sollten.⁶²⁵

Die von Emil Raimann vertretene Ansicht das Schuldprinzip durch das der sozialen Verantwortlichkeit zu ersetzen, wurde vom psychiatrischen Verein als eine zu weitreichende Forderung dargestellt und daher auch nicht in die Strafgesetzentwürfe aufgenommen, dennoch als ein wichtiger Gedanke zum Schutz der Gesellschaft bezeichnet.⁶²⁶ Friedrich von Sölder, der sich ebenfalls für sichernde Maßnahmen ausgesprochen hatte, verwies auf die seiner Meinung nach Unzulänglichkeit des Begriffs „verminderte Zurechnungsfähigkeit“, der nur auf das verminderte subjektive Verschulden verweise, nicht aber *„auf die meist erhöhte Gefährlichkeit dieser krankhaft veranlagten Personen. Ein guter Teil der echten und gerade auch der gefährlichsten Verbrecher gehört dieser Kategorie an.“*⁶²⁷ Raimann sprach sich sogar für die *„Detention kriminell veranlagter Psychopathen“* aus, auch *„ohne dass gerade ein Delikt angezeigt wird, also prophylaktisch. Dies kann erreicht werden, wenn die Polizeiarzte mitwirken. Sie intervenieren in Fällen störenden Verhaltens und bei den geringfügigsten Delikten.“*⁶²⁸ Der Gerichtspsychiater Hermann Hoevel war der Ansicht, dass *„auch Individuen, die nicht kriminell sind, aber verbrecherische Neigungen*

⁶²⁵ BERZE, Gehören gemeingefährliche Minderwertige in die Irrenanstalt, 1251-1256. Moriz Benedict plädierte für eine „verschärfte Unmündigkeitserklärung“ für Menschen mit *„angeborener oder erworbener Nervenstörung mit dissocialen Trieben“*, gekennzeichnet durch *„Arbeitsscheu, sexuelle Perversitäten, unverbesserlicher Leichtsin, Verschwendungssucht“*. Sie alle sollten in *„Verwahrungshaft, um sie, ihre Familie und die Gesellschaft wirksam zu schützen“*. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902) 426. Referate und Anträge betreffend die Reform des Irrenwesens in Oesterreich. Türkler war der Ansicht, dass die Internierung nach dem *„Prinzip der Individualisierung und der Beurteilung der Gemeingefährlichkeit“* erfolgen solle. In: TÜRKEL, Irrenwesen und Strafrechtspflege, 37. Berze wollte ebenfalls die Dauer der Internierung vom „Erfolg der Behandlung“ abhängig machen. In: BERZE, Über die sogenannte Moral insanity, 140.

⁶²⁶ Heinrich HERSCHMANN, Die Unterbringung der unzurechnungsfähigen und vermindert zurechnungsfähigen Rechtsbrecher. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 46 (1929) 66-75. Referat gehalten am 12. September 1927 bei der Tagung der österreichischen Irrenärzte in Wien. UAW, Personalakt Emil Raimann (Med. Fak., 431, Schachtel 51): (1872-1949) Promotion 1895, Habilitation 1905, Sanatorium Purkersdorf, Assistent an der Klinik Wagner-Jauregg von 1899 bis 1913; a.o. Professur für forensische Psychiatrie ab September 1913; ständiger Ko-Referent bei psychiatrischen Fakultätsgutachten. Nebenberuflich war er von 1905 bis 1916 psychiatrischer Sachverständiger vor Gericht. Vgl. dazu auch: HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 290. Raimann wurde 1934 vorzeitig emeritiert, vermutlich aus politischen Gründen; danach war er nur mehr im Versicherungswesen tätig.

⁶²⁷ SÖLDER, Aus dem Strafrecht und dem Strafprozessrecht, 160f.

⁶²⁸ Emil RAIMANN, Die Behandlung und Unterbringung des geistig Minderwertigen. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 28 (1907) 179-208. Hier: 201. Ein wichtiges Moment seiner Argumentation waren diverse prophylaktische Maßnahmen, die bereits im jugendlichen Alter einsetzen sollten, wie beispielsweise die Änderung der Aufnahmebedingungen bestehender Besserungsanstalten, nämlich auch ohne vorhergehender Bestrafung unter Hinzuziehung psychiatrischer Expertisen.

haben, in die Zentralanstalten kommen sollten.“⁶²⁹ Lediglich die damit verbundenen Kosten stellten noch einen einschränkenden Faktor in der Auseinandersetzung über die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen dar.⁶³⁰

Mit der Argumentation der „gerechteren Behandlung der Minderwertigen“⁶³¹ und der damit verbundenen Forderung nach Einführung des Rechtspassus´ der verminderten Zurechnungsfähigkeit lässt sich hier der Versuch einer beträchtlichen Ausweitung psychiatrischer Kompetenzen festmachen. Die mit dem Fortschritt der Wissenschaft argumentierte Pathologisierung eines Teiles der Bevölkerung und deren versuchter zeitweiser oder dauernder Internierung wurde darüber hinaus in manchen Fällen bereits um die Jahrhundertwende mit dem Vorschlag konkreter eugenischer Maßnahmen verbunden. Raimann stellte 1907 fest, dass „konstitutionell Geisteskranke, aber auch psychopathisch Minderwertige keine Kinder in die Welt setzen [sollten].“⁶³² Da seiner Ansicht nach bei der Entstehung von „Minderwertigkeit“ aber nicht nur Erblichkeitsfaktoren eine Rolle spielten, sei die von Paul Näcke propagierte Kastration abzulehnen. Diese erklärte er als „einen Vorschlag, den Gefühlsmomente für undiskutierbar erklären“, und verschob weitere Entscheidungen in ferne Zukunft.⁶³³ Näcke veröffentlichte regelmäßig in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift sowohl Bibliographien als auch Rezensionen zu kriminalanthropologischen Themen und kommentierte die eugenischen Gesetze in den Vereinigten Staaten. Sein vielzitiertes Artikel „Die Kastration bei gewissen Klassen von Degenerierten als ein wirksamer sozialer Schutz“ zeigt, dass zwar die operativen Möglichkeiten der Unfruchtbarmachung noch sehr gering waren, diese Tatsache den sächsischen Anstaltsarzt aber nicht davon abhielten weitreichende Vorschläge dieser Art zu machen.⁶³⁴ Hans Groß (1847-1915) Strafrechtsprofessor in Graz und Vorsitzender der österreichischen kriminalistischen Vereinigung, war diesen

⁶²⁹ Zitiert in: HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung, 241. Vgl. dazu auch die Stellungnahme Hoevels. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 21 (1902) 427f. Bericht über die Wanderversammlung am 11. und 12. Oktober 1902. Widerspruch erhielt er durch Dr. Neisser, der zwar ebenfalls der Ansicht war, die Maßnahmen nicht nach der Straftat, sondern der „individuellen Beschaffenheit des Täters“ zu ermessen wären, man aber nicht den Boden des Gesetzes verlassen dürfe, diese Ansinnen folglich der Zukunft überlassen werden müssen. Ebd., 426.

⁶³⁰ HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung, 258f.

⁶³¹ BERZE, Meinungsdissonanzen der sachverständigen Psychiater, 144.

⁶³² RAIMANN, Die Behandlung und Unterbringung des geistig Minderwertigen, 184.

⁶³³ Ebd., 198. Näcke gilt als derjenige, der sich in Deutschland als Erster entschieden gegen Lombrosos Theorie des „geborenen Verbrechers“ gewandt hatte. Paul NÄCKE, Degeneration, Degenerationszeichen und Atavismus. In: Archiv für Kriminalanthropologie 1 (1899) 200-221.

⁶³⁴ Paul NÄCKE, Castration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 7 (1905/06) 269-272; Ders., Die Castration bei gewissen Klassen von Degenerierten als ein wirksamer sozialer Schutz. In: Archiv für Kriminalanthropologie 3 (1899) 58-84.

Forderungen gegenüber skeptisch eingestellt, da er ihnen nur eine geringe Wirksamkeit zuschrieb, alternativ schlug er vor, „*alle Entarteten und unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher in entfernte Kolonien zu deportieren.*“⁶³⁵

Im Jahre 1913 plädierte Groß, Herausgeber der Zeitschrift Archiv für Kriminalanthropologie, mit dem Argument der zu schützenden Gesellschaft für die Sterilisation und Kastration von bestimmten Personen.⁶³⁶

Im Verein für Psychiatrie und Neurologie wurde 1905 unter der Anwesenheit von Vertretern des Justizministeriums und der gynäkologischen Gesellschaft ein Diskussionsabend zu folgendem Thema veranstaltet: „*Inwiefern ist beim Vorliegen einer Neurose oder Psychose künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft medizinisch indiziert und juristisch gestattet?*“⁶³⁷ Viktor Gerenyi, Mitglied des niederösterreichischen Landesausschusses und maßgeblich an den Planungen der Anstalt *Am Steinhof* beteiligt, stellte unter Berufung auf Emil Kraepelins 1900 veröffentlichter Schrift „Die psychiatrischen Aufgaben des Staates“ fest, dass die Anstaltsunterbringung der Schwachsinnigen, „*schon mit Rücksicht auf die dadurch gegebene Verhütung der Fortpflanzung derartiger Kranker der zweckmässigste und durchaus nicht die theuerste sei.*“⁶³⁸

Heinrich Schlöss bezeichnete die Frage, ob zu psychiatrischen Erkrankungen neigende Menschen heiraten dürften, als eine sehr schwierige und daher nur im Einzelfalle von einem Arzt zu beantwortende. Menschen, die als erblich belastet bezeichnet wurden, sollte von einer Ehe abgeraten werden. Explizit nannte er

⁶³⁵ Paul NÄCKE, Einige Punkte aus der Lehre der sog. „moral insanity“. Zitiert in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 8 (1906) 137. Die Deportation von Strafgefangenen (nach Südwestafrika) wurde auch von Felix Bruck, Professor für Rechtskunde in Breslau, vertreten. In: Archiv für Kriminalanthropologie 6 (1901) 354.

⁶³⁶ WETZELL, *Inventing the Criminal*, 104f.: „Far from being crackpots, Näcke und Groß were well-respected and influential representatives of criminal psychology and penal-reform. Although there was no chance of a sterilization law passing in Imperial Germany and the leadership of the German eugenic community did not endorse sterilization, the campaign for sterilization was gaining support in the legal community.“

⁶³⁷ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 27 (1906) 184. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 14. und 21. Februar 1905. Der erste Vortrag „Die psychiatrischen und neurologischen Indikationen zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft“ stammt von Julius Wagner-Jauregg, sein Ko-Referent war Albin Haberdä, der „Über die Berechtigung zur Einleitung der künstlichen Fehlgeburt“ sprach. Die beiden Vorträge sind vollständig abgedruckt in: Wiener Klinische Wochenschrift 18 (1905) 244-247 und 248-258. Sie zeugen weniger von einem Einfluss eines eugenisch geprägten Gedankengutes, verweisen aber auf eine stark paternalistisch orientierten Sichtweise, die weitgehend von bloßen Vermutungen über die Vererbung psychischer Erkrankungen und der Annahme der Wertlosigkeit eines kranken Lebens geprägt war.

⁶³⁸ Zitiert in: Ernst KALMUS, Skizze über den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge in Böhmen und daraus abzuleitende Forderungen nach Weiterausgestaltung derselben. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 347-349. Hier: 349.

„*physische oder psychische Zeichen schwerer Entartung, unheilbare Psychosen, Epilepsie, schwere Nervenkrankheiten*“ als Ausschließungsgründe für eine Ehe.⁶³⁹ Der Leiter der Salzburger Anstalt Josef Schweighofer referierte bei der Hauptversammlung des österreichischen psychiatrischen Verbandes 1912 in Prag ebenfalls zu dieser Thematik: Auf Anregung Ernst Rüdins zu einer Sammelforschung über Erblichkeitsfragen sollte die Rolle der Keimschädigung bei geistigen Erkrankungen ermittelt werden. Der Referent hatte hierzu bereits seit achtzehn Jahren Stammbäume und Tabellen erstellt, um die Vererbung psychischer Erkrankungen erforschen zu können und bat die übrigen Anwesenden um entsprechende Beteiligung an seinen „rassehygienischen Arbeiten“.⁶⁴⁰ Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges schien die Frage der Unfruchtbarmachung geisteskranker Menschen bereits eine denkbare Strategie geworden zu sein. Josef Berze berichtete als nachfolgender Direktor der Anstalt *Am Steinhof* im Februar 1921 in einer hausinternen Konferenz der Primärärzte über die Ergebnisse einer „wissenschaftlichen Diskussion“: „*An die Kastration [...] kann derzeit noch nicht geschritten werden. Die Unterbindung des vas deferens [des Samenleiters, S.L.] kann bei Dementia praecox unter Umständen im Einvernehmen mit dem Direktor gemacht werden.*“⁶⁴¹ Die Frage nach dem Einvernehmen mit den Patienten war nicht Thema des Sitzungsprotokolls.

Der 1905 in Form einer Anmerkung zum Text von Siegfried Türkel, Autor zahlreicher Schriften zu Fragen der Irrenrechtsreform, gestellte Frage „*wohin mit den Minderwertigen*“ folgte eine zweite, nämlich „*was soll mit den Minderwertigen geschehen?*“⁶⁴² Diese wurde vor dem Ersten Weltkrieg zwar nur vereinzelt gestellt, dennoch soll festgehalten sein, dass die sogenannten „Grenzfälle zwischen Gesundheit und Krankheit“,⁶⁴³ die von einer postulierten gesellschaftlichen Norm

⁶³⁹ Heinrich SCHLÖß, Behandlung von zu Geistesstörungen disponierten Kindern. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 50 (1903) 2353-2365. Zu diesem Zeitpunkt war er Direktor der niederösterreichischen Landesirrenanstalt Kierling-Gugging.

⁶⁴⁰ Bericht über die Hauptversammlung des österreichischen Psychiatrischen Verbandes in Prag am 12. November 1912 zu dem Thema: Die Rolle der Keimschädigung im Auf- und Abbaue der Psyche bei Geisteskranken. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 14 (1912/13) 597-600. Hier: 600.

⁶⁴¹ Primärärztliche Konferenz vom 16. Februar 1921. In: Handschriftlich verfasstes Konferenzprotokoll. Vom 31. Jänner 1908 bis 16. Februar 1921. Ich danke Prof. Eberhard Gabriel für die freundliche Einsichtnahme in die Archivalien. Berichte der hausinternen Sitzungen des Anstaltsleiters und der Primärärzte erfolgte entweder unregelmäßig und relativ selten, oder aber wurden nicht immer dokumentiert.

⁶⁴² TÜRKEL, Ein Beitrag zur Geschichte der Irrenrechts- und Strafrechtsreform, 24.

⁶⁴³ Vgl. dazu: Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, „Abweichung vom Durchschnitt im Sinne der Zweckwidrigkeit“. Der psychiatrische Blick auf die „Normalität“. In: Volker HESS (Hg.), Die Normierung

abweichenden Menschen, Gefahr liefen sowohl kriminalisiert als auch pathologisiert zu werden. Hinter dem dargestellten diskriminierenden und eugenischen Diskurs, der sowohl von den an der Klinik, als auch in den Anstalten und als forensische Gutachter arbeitenden Psychiatern schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt entscheidend geprägt wurde, steht der Versuch des legislativen und institutionellen Zugriffs auf eine zumeist als homogen verstandene Bevölkerungsgruppe. Diese umfasste Menschen, die geisteskrank und auch straffällig geworden waren, aber auch diejenigen, die mit den Termini wie „Minderwertigkeit, Entartung oder Degeneration“ assoziiert wurden. Die deterministische Sichtweise von Delinquenz und die Ausweitung psychiatrischer Deutungsansprüche auf bis dato nicht von Institutionen erfassten und von der „Norm“ abweichenden Menschen führte mit dem Argument der zu schützenden Gesellschaft zu einer Radikalisierung von Präventionsvorstellungen. Wenn auch viele der maßgeblich von Anstaltspsychiatern mit formulierten Forderungen in den unmittelbar darauf folgenden Jahren (noch) keine Gesetzeskraft erlangen sollten, ist dennoch auf diese Versuche psychiatrischer Lösungsansätze in fachfremden Bereichen aufmerksam zu machen, welche für die Betroffenen mit drastischen Auswirkungen verbunden sein sollten.

4. Wissen in Bedrängnis? Zu den Veränderungen in der Anstaltspsychiatrie während des Ersten Weltkrieges und der Nachkriegszeit

Im Zeitraum von 1914 bis in die frühen 1920er Jahre kam es sowohl zu rechtlichen Neuerungen als auch zu kriegsbedingten organisatorischen Umstrukturierungen in der Institution. Die Patienten waren vor allem von den allgemein bestehenden Versorgungsengpässen massiv betroffen. Die Quellen der Wiener Heil- und Pflegeanstalt *Am Steinhof* zeichnen sich für diese Zeitspanne insbesondere durch ihr Nichtvorhandensein aus. Ursache dieser Lücken sind vermutlich die, aufgrund von Personalkürzungen, stark eingeschränkten administrativen Tätigkeiten, oder aber der Verlust vieler Dokumente. Die bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges regelmäßig erschienen Jahresberichte der niederösterreichischen Heil- und Pflegeanstalten wurden ab diesem Zeitpunkt nicht mehr herausgegeben, lediglich einige der Tabellen wurden in einem, der Direktion vorliegenden Exemplar handschriftlich bis 1916 weiter geführt.⁶⁴⁴ Diese vielen Leerstellen in der Dokumentation verweisen indirekt auf die enormen Schwierigkeiten, von denen die Verwaltung der psychiatrischen Anstalt, weit mehr aber die hier internierten Kranken auf dramatische Weise betroffen waren.⁶⁴⁵ Die inmitten des Ersten Weltkrieges erfolgte rechtliche Regelung der Entmündigung und Anhaltung von psychisch Kranken hinterlässt hinsichtlich ihres Zeitpunktes ebenfalls offene Fragen. Hintergründe und Auswirkungen dieser Entwicklung sollen jedoch im Folgenden erläutert sein.

⁶⁴⁴ Die 1916 handschriftlich ergänzten beziehungsweise überschriebenen Tabellen befinden sich in der ehemaligen Direktionskanzlei des Otto-Wagner Spitals. Ich danke Prof. Eberhard Gabriel für die freundliche Einsichtnahme.

⁶⁴⁵ Auch die Jahrbücher des Vereins für Psychiatrie und Neurologie sind für die Dauer des Krieges nur eingeschränkt und unregelmäßig erschienen: Band 36 (1914), Band 37 (1917), Band 38 (1917); letztere war die Festschrift für den 70. Geburtstag Heinrich Obersteiners. Die Themen der Beiträge dieser drei Bände orientieren sich weitgehend an den während des Krieges aufgetretenen neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen beziehungsweise Verletzungen. Die Herausgabe der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift wurde regelmäßig fortgesetzt.

Die Anzahl der Akten der Direktionsregistratur ist zwischen 1914 und 1918 merklich verringert. Diese Archivalien sind erst wieder ab 1923 weitgehend vollständig und geordnet vorhanden. Im Österreichischen Staatsarchiv, Abteilung Kriegsarchiv, sind die zur Anstalt *Am Steinhof* erhaltenen Bestände wie die vom Generalkommando Wien, Präsidialabteilung oder die sogenannten „Verlustunterlagen“ nur mehr fragmentarisch erhalten. Sie lassen kaum Rückschlüsse auf die Geschehnisse während des Krieges zu.

4.1. Öffentlich-rechtliche Erwartungen an die Psychiatrie?

Die Entmündigungsordnung von 1916

Die Forderung nach der gesetzlichen Regelung verschiedener, das „Irrenwesen“ betreffende Fragen war bereits ein jahrzehntelang schwelendes Thema zwischen mehreren Instanzen. Der Schwerpunkt der rechtlichen Betreuung von psychisch Kranken lag im Zuständigkeitsbereich der Kuratel. Sie regelte die privatrechtlichen Beziehungen und unterstellte die KurandInnen einer umfassenden staatlichen Fürsorge. Zu dieser Fremdbestimmung über eine Person zählten auch die Festlegung des Aufenthaltsorts und die ärztliche Behandlung, mithin also auch die Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt. Die Freiheitsbeschränkung fiel dabei nicht ins Gewicht, sie war eine Folge der Verhängung der Vormundschaft. Dies zeigt, dass die begriffliche Unterscheidung zwischen der Voraussetzung einer Anstaltsaufnahme und der (zwangsweisen) Anhaltung erst historisch gewachsen war.⁶⁴⁶

Im Folgenden werden die Debatten und Hintergründe der 1916 erlassenen Entmündigungsordnung analysiert, die die zivilrechtlichen Aspekte von Aufnahme, Entlassung und Vormundschaft festlegte. Die von unterschiedlichsten Interessen geprägte sogenannte „Irrenrechtsreformbewegung“ kritisierte vor allem den ungenügenden Rechtsschutz psychisch kranker Menschen. Die „Irren-Fürsorge“ war in der 1874 erlassenen und 1878 nur unwesentlich veränderten Ministerialverordnung nur ansatzweise geregelt, viele Aspekte blieben dem Kompetenzbereich der einzelnen Anstalten überlassen. Die Ministerialverordnung sah die generelle Anzeigepflicht bei Geisteskrankheit vor und regulierte die Verwaltung und Pflichten der privaten Anstalten. Die staatliche Aufsicht über die öffentlichen Institutionen zur Unterbringung psychisch Kranker stützte sich auf das Reichssanitätsgesetz. In einzelnen europäischen Ländern gab es bereits Anfang des 20. Jahrhunderts „Irrengesetze“, die meisten Staaten, wie auch Österreich regelten jedoch die Frage der Zulässigkeit der Anhaltung über die Statuten der jeweiligen

⁶⁴⁶ Die Entscheidung über die Internierung lag grundsätzlich im Ermessen der Behörden. Die bedeutete aber keineswegs, dass psychische Erkrankungen an sich und schon gar in überwiegender Häufigkeit zu einer Einweisung in eine Anstalt geführt hatten. Vgl. dazu auch: Christian KOPETZKI, Unterbringungsrecht, Bd. 1, Historische Entwicklungen und verfassungsrechtliche Grundlagen (=Forschungen aus Staat und Recht 108) Wien, New York 1995, 22-93.

Anstalt, welche lediglich vom Ministerium zu genehmigen waren.⁶⁴⁷ Analog zu den Bestimmungen für öffentliche Institutionen wurde 1892 mit einem Ministerialerlass festgelegt, dass private Anstalten und Sanatorien von der politischen Behörde bewilligt sein mussten, regelmäßig von Sanitätsorganen zu kontrollieren seien und nur von einem approbierten und psychiatrisch ausgebildeten Arzt geleitet werden durften.⁶⁴⁸

Jede Aufnahme in eine „Irrenanstalt“ bedeutet aus heutiger Sicht den Entzug der persönlichen Freiheit. Deren zentrale Aufnahmevoraussetzung war die Diagnostizierung einer „geistigen Störung“, eine nähere Bestimmung der Erkrankung war hierzu nicht weiter notwendig. Die rechtliche Grundlage einer Internierung basierte auf einer gesetzlichen Bestimmung von 1811, die besagte, dass die mit „Wahn- oder Blödsinn“ behafteten Personen unter Kuratel zu stellen wären. An dieser auch für das Gericht verbindlichen Nomenklatur hatte sich, wie die Vertreter der nunmehr eigenständigen Disziplin beklagten, über ein Jahrhundert nichts geändert: *„Seit 1811 müssen sich die Gerichtspsychiater hundertmal fragen, ist der Fall in die Wahnsinns- oder Blödsinnsschablone zu pressen? Seit 1811 steht dem Gerichte, trotz all der Fortschritte der Psychiatrie, trotz all der Umwandlung, welche die Bedeutung dieser Wörter im ärztlichen Sinne im Laufe von 80 Jahren erfuhr, nur die Begründung „Wahnsinn oder Blödsinn“ zu Gebote. [...] Nur einmal wurde eine hochgestellte, an Moral insanity leidende Dame als wegen „Krankheit“ entmündigt erklärt. Wenn wir bedenken, wie viele Initialstadien von Psychosen, wie viele Uebergangsstadien, wie viele Mischformen, von denen man anno 1811 noch keine Ahnung hatte, heutzutage infolge richtiger Diagnosen in die Anstalten und sonach zur Untersuchung kommen, so müssen wir factisch unsere Herrn Collegen vor Gericht bewundern, welche mit den zwei Formen ihr Auskommen finden können.“*⁶⁴⁹

Doch nicht nur diese fachliche Unzulänglichkeit der Regelung von 1811, sondern auch die Tatsache, dass im Falle einer Entmündigung diese öffentlich gemacht und

⁶⁴⁷ Moriz GAUSTER, Die Frage der Irrengesetzgebung in Österreich. In: Jahrbücher für Psychiatrie 7 (1887) 297-321. Vgl. dazu auch: KOPETZKI, Unterbringungsrecht, 25f.

⁶⁴⁸ TELKE, Ueber die Organisation des Medizinalwesens, 93f.

⁶⁴⁹ GAUSTER, Die Gemeindeversorgung und die armen Geisteskranken, 287f. [H.i.O.]. Die Bestimmungen fußten auf den § 270 und § 273 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches. Gausters Forderung fand keineswegs nur Zustimmung, Krafft-Ebing sprach sich unter Berufung auf Erfahrungsberichte anderer Länder wie Frankreich oder USA, gegen eine solche Regelung aus. Er meinte, dass mit einer rechtlichen Regelung die Schwierigkeiten, dass Patienten interniert werden, größer, somit die humanitären Aufgaben noch mehr darunter leiden würden. Stellungnahme Krafft-Ebing. In: Ebd., 293. Allerdings stellte er selbstkritisch fest, dass angesichts der vielen Flugschriften – deren Verfasser, wie er feststellte, „meist selbst Geisteskranke sind“ – bedenklich sei. Ebd. 303.

ein Kurator berufen werden musste, erwiesen sich in der Praxis als unzweckmäßig. Insbesondere bei psychisch Kranken ohne finanziellen Rückhalt zeigte sich die Bestellung eines Vormundes, der, wie es hieß, seinen Aufgaben oftmals gar nicht nachkam, als wenig praktikabel. Stattdessen, so die allgemeine Forderung, sollte ein „humanes, vom wissenschaftlichen Geist durchdrungenes Gesetz“ erstellt werden.⁶⁵⁰ Jenes von Foucault als dichotom beschriebenes System der alleinigen Entscheidungsmöglichkeit zwischen geistesgesund oder geisteskrank war auch noch lange an den Formularen der Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* deutlich erkennbar. Erst im Zuge der Veränderung des Diagnoseschemas im Jahre 1932 wurden die Vordrucke für das Deckblatt der Krankenakte hinsichtlich dieses Aspektes erneuert. Bis dahin fand sich eine Spalte zum Eintragen des Datums der „Landesgerichtskommission“, daneben konnte der aufnehmende Psychiater alternativ „blöds.“ (blödsinnig) oder „Wahns.“ (Wahnsinn) als zutreffend unterstreichen. In den Jahren zuvor war diese Möglichkeiten des Vordrucks jedoch nicht mehr verwendet worden, scheinbar waren Datum und Nennung der Kuratelsbehörde ein ausreichender Hinweis für eine etwaige Entmündigung.⁶⁵¹ Moriz Gauster meinte, dass viele der öffentlichen Anstalten in ihren Statuten ohnehin klare rechtliche Vorgaben hätten, die die gesellschaftlichen Vorbehalte gegenüber der Anstaltspsychiatrie gar nicht rechtfertigten. Dennoch gab auch er zu, dass in manchen Fällen Gesetz und Praxis auseinander klaffen konnten. So war es beispielsweise möglich, dass jemand bereits monatelang interniert, aber noch kein gesetzlicher Vertreter bestellt war. Oder es kam vor, dass die „Landesgerichtskommission“ Kranke hinsichtlich ihrer Dispositionsfähigkeit untersuchte, aber keine definitive Stellungnahme abgab. Umgekehrt wurden geisteskranke und noch nicht entmündigte Personen gegen Revers entlassen und weitere gerichtliche Verfahren nicht mehr aufgenommen.⁶⁵² Ein weiteres nicht unwichtiges Problem des mangelnden Rechtsschutzes psychisch Kranker fußte darauf, dass psychisch Kranke zivilrechtlich unter Kuratel gestellt, aber aufgrund des Strafgesetzes sehr wohl zur Verantwortung gezogen werden konnten.⁶⁵³ Trotz all

⁶⁵⁰ Ebd., 291.

⁶⁵¹ Ab diesem Zeitpunkt wurde die „Landesgerichtskommission“ in „Gerichts-Übernahmekommission“ umbenannt.

⁶⁵² GAUSTER, Die Frage der Irrengesetzgebung in Österreich, 315f.

⁶⁵³ Psychiatrisches Centralblatt 3 (1873) 119. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 2. September 1873. Gesonderte Berathung der Psychiater und Gerichts-Aerzte anlässlich des III. Internationalen medicinischen Congresses in Wien vom 2.-4. September 1873.

dieser, in der Tat als problematisch empfundenen Aspekte warnte Gauster vor etwaigen Nachteilen rigiderer Regelungen, die nämlich die stationäre Aufnahme psychisch Kranker komplizierter gestalten würden: *„All dies rührt von der Furcht, ein nicht Kranker könne seiner persönlichen Freiheit beraubt werden, und von einem völligen Verkennen dessen her, was einem solchen Kranken noth thut. Erstere ist wohl, wie Fachmänner zugestehen werden, nicht begründet; wir können dies in Oesterreich und in Deutschland wohl auch mit Recht gegenüber den Privatanstalten behaupten. Auch in anderen Ländern dürfte nur selten etwas Wahres an den romantischen Erzählungen über Detention Gesunder in Irrenanstalten sein.“*⁶⁵⁴ Der Anspruch der fachlichen Expertise ging somit weit über die Einsicht der Notwendigkeit einer rechtlichen Regelung hinaus.

Im Wiener Verein für Psychiatrie wurde schon früh der Wunsch der Ausdehnung des Rechtsschutzes dahingehend formuliert, dass psychisch Kranke auch außerhalb von Anstalten größeren Schutz genießen sollten. Zudem plädierten die Standesvertreter für eine regelmäßige Untersuchung der aus den psychiatrischen Institutionen entlassenen Kranken. Als praktikable Lösung der Probleme der stationären Psychiatrie sollte einfach die unklare rechtliche Situation zwischen dem Zeitpunkt der Aufnahme und der kommissionellen Begutachtung verkürzt werden.⁶⁵⁵

Die staatliche Beaufsichtigung der Anstalt unterlag der politischen Landesbehörde, ein Landessanitätsinspektor besichtigte ein Mal jährlich die Anstalt. Etwa einmal pro Monat kamen ein Richter und zwei Gerichtsärzte, die sogenannte „Landesgerichtliche Commission“, und entschied über die Entmündigungen. Diese „Irrencommission“ zögerte in der Praxis, wie es hieß, aus „Gründen der Humanität“ tendenziell die Krankheitserklärung und die damit verbundene Vormundschaft möglichst lange hinaus. Hintergrund dieser Handhabung war, dass man Entmündigungen nach Möglichkeit zu vermeiden suchte, da diese längerfristige Internierungen nach sich zogen. Erst wenn jemand eindeutig als unheilbar galt, wurde das entsprechende Verfahren eingeleitet. Dies führte allerdings dazu, dass Kranke während ihres Aufenthaltes in einer Anstalt keinen weiteren rechtlichen

⁶⁵⁴ GAUSTER, Die Frage der Irrengesetzgebung in Österreich, 307.

⁶⁵⁵ Psychiatrisches Centralblatt 3 (1873) 173f. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 29. November 1873. Weitere Forderungen betrafen die Qualität der Erstellung der Gutachten, die jeweils durch einen Sachverständigen und ein kundigen Protokollführer erfolgen sollten. Darüber hinaus sollten die Untersuchungen ausführlicher und die Entlohnung der Gerichtsärzte höher sein.

Schutz gehabt haben.⁶⁵⁶ Diese ortsübliche Handhabung der rechtlichen Verfahren wurde in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift allerdings kritisiert: *„Eigenartig mutet an [...] dass an 68 Tagen Gerichtskommissionen stattfanden, wobei 1467 Patienten untersucht und 149 wieder für dispositionsfähig erklärt wurden. Es kommen auf den Tag 22 Personen! [...] Wie rapid muss da jede einzelne Untersuchung vor sich gehen. Sollte man doch nicht zu der Erkenntnis gekommen sein, dass Anstaltspflegebedürftigkeit und Dispositionsfähigkeit nichts miteinander zu tun haben?“*⁶⁵⁷

Die „Irrenrechtsreformbewegung“ als eine auch in vielen anderen europäischen Staaten um die Jahrhundertwende aufflammende Diskussion, steht, wie auch schon im Zusammenhang mit der Neugründung der Anstalt beschrieben, in einem engen Kontext mit der „ersten antipsychiatrischen Bewegung“.⁶⁵⁸ Seitens der Profession wurden die Unzulänglichkeiten zwar weitgehend gelehnt, die Reformen zielten dennoch darauf ab, dem Misstrauen breiter Schichten der Bevölkerung gegenüber dem psychiatrischen Versorgungssystem wirksam entgegen treten zu können. Die Landesvertretung meinte, dass es darüber hinaus notwendig sei, die Bevölkerung vermehrt aufzuklären. Mittels Vorträgen, Besichtigungen von Anstalten oder der Einrichtung eines „psychiatrischen Nachrichtenbureaus“ sollte den vielfachen seitens der Gesellschaft bestehenden Vorurteilen entgegengewirkt werden.⁶⁵⁹ Dem Ansehen der Berufsgruppe als besonders bedenklich galten sogenannte „Irrenbroschüren“, wie beispielsweise die bereits erwähnten, von einem Patienten der Anstalt *Am Steinhof* 1924 verfassten „Berichte aus dem Irrenhaus“⁶⁶⁰, oder auch kritische Artikel

⁶⁵⁶ Psychiatrisches Centralblatt 3 (1873) 117-124. Gesonderte Berathung der Psychiater und Gerichts-Aerzte anlässlich des III. Internationalen medicinischen Congresses in Wien; Stellungnahme Theodor Meynert zur Praxis des Entmündigungsverfahrens. Ebd., 118. Der Verein stellte auf Vorschlag von Maximilian Leidesdorf den Antrag, die „Irren-Commissionen“ aller öffentlichen und privaten Anstalten unter die Oberaufsicht einer „Central-Irren-Commission“ zu stellen. Ebd.: 121.

⁶⁵⁷ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 12 (1910/11) 327. Stellungnahme zum niederösterreichischen Jahresbericht von 1907/08.

⁶⁵⁸ Vgl. zu diesem Diskurs aus nicht-institutioneller Perspektive am Beispiel der Schweiz: Brigitta BERNET, `Der bürgerliche Tod`: Entmündigungsangst, Psychiatriekritik und die Krise des liberalen Subjektentwurfs um 1900. In: MEIER, BERNET, DUBACH, GERMANN, Zwang zur Ordnung, 117-153. Siehe auch Abschnitt 2.4.

⁶⁵⁹ Der Aufgabenbereich einer solchen Einrichtung sollte es sein, etwaige Kritik fundiert zurückweisen zu können, oder aber generell Aufklärungs- und Popularisierungsschriften zu veröffentlichen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 177-179. Eine Zusammenfassung der Position der Landesärzte und vieler Skandalfälle in: Adolf A. FRIEDLÄNDER, Die soziale Stellung der Psychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 12 (1910/11) 258-266.

⁶⁶⁰ GABRIEL, „Berichte aus dem Irrenhaus“. (Vgl. dazu Abschnitt: 3.6.2.) Schriften dieser Art wurden auch von Anstaltsangestellten verfasst: Marietta MEIER, Der „Fall Hägi“ am Zürcher Burghölzli. Zur Reaktion von Psychiatrie und Behörden auf Kritik an staatlichen Anstalten. In: FANGERAU, NOLTE

und Sensationsberichte in der Tagespresse. Internierungen prominenter Personen, wie beispielsweise die Internierung des Schauspielers Alexander Girardi waren wiederholt Gegenstand publizistischer Empörung. Dieser wurde angeblich auf Betreiben seiner Ehefrau ungerechtfertigter Weise in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen, konnte aber dank der Intervention Katharina Schratts, der Freundin von Kaiser Franz Joseph, wieder freikommen.⁶⁶¹ Wagner-Jauregg wusste im Zuge eines weiteren Skandals die Angriffe gegen die Psychiatrie tatkräftig abzuwehren: *„Auch die großen Wiener Tageszeitungen erhielten im Falle der Prinzessin Coburg ihre Informationen von einem kriminellen Geisteskranken, einem Individuum, das erst kürzlich wieder wegen zahlreicher Betrügereien in strafgerichtlicher Untersuchung stand, aber wegen seines Geisteszustandes außer Verfolgung gesetzt wurde. So werde öffentliche Meinung gemacht.“*⁶⁶²

An dieser Stelle gilt es nicht Wahrheit oder unberechtigte Vorwürfe auszuloten, sondern die bestehende Schwierigkeit zu umreißen, die die Verantwortlichen herausforderte. Julius Wagner-Jauregg, Professor für Psychiatrie in Wien, konnte mit dem polemischen Terminus der „Psychiaterhetze“ ab 1901 die Berufsgruppe hinter seiner Abwehrposition vereinen.⁶⁶³ Zahllose parlamentarische Interpellationen und Resolutionen sprachen sich für die Beschleunigung einer verfassungsrechtlichen Regelung der Anhaltung psychisch Kranker aus. Die Quellen zeigen, dass sich Psychiater wie Schlager, Mundy, Hoffmann und Leidesdorf bereits einige Jahrzehnte zuvor für eine einheitliche rechtliche Regelung dieser Fragen eingesetzt hatten. Aber

(Hg.), *Moderne Anstaltspsychiatrie*, 239-257. Vgl. allg. zu diesem relativ weit verbreiteten Genre: BRINK, *Grenzen der Anstalt*, 165-184.

⁶⁶¹ Erika WEINZIERL, Die historischen Hintergründe der Einführung des neuen Entmündigungsrechtes. In: Dies., Karl STADLER (Hg.), *Justiz und Zeitgeschichte* (=Veröffentlichungen des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Geschichte der Gesellschaftswissenschaften) Wien 1983, 121-148. Hier: 123. Eine Stellungnahme Wagner-Jaureggs, der ein Gutachten erstellen sollte: Julius WAGNER-JAUREGG, *Meine Teilnahme an der Affäre Girardi*. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 35 (1933) 145-147.

⁶⁶² *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 27 (1906) 379. Vgl. zu diesem aufsehenerregenden Fall: Karl KRAUS, *Irrenhaus Österreich (Die Affaire Coburg)*. Sonderdruck aus: *Die Fackel* (Wien 1904). Umgekehrt waren beispielsweise in der Schweiz von August Forel Straftaten auch als Begründung für die Notwendigkeit einer Strafrechtsreform herangezogen worden: *„Sollte dies gelingen, dann werden alle Menschen, nicht nur Kaiser und Kaiserin auf unserem schweizerischen Boden in geringere Gefahren geraten, und dieser Boden wird gleichzeitig seines guten Rufes der Freiheit würdiger sein. Wenn das tragische Ende der armen Elisabeth von Österreich dazu dienen könnte, die Geister aufzuklären und zu einer Reform zu treiben, so würde ihr Märtyrertod der Menschheit gedient haben.“* Zitiert in: Matthias LAMMEL, *Der Fall Lucheni, oder: Was hat Elisabeth, Kaiserin von Österreich, mit dem Maßregelvollzug zu tun? Anmerkungen zur forensischen Psychiatrie um 1900*. In: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde* 6 (2000) 239-261. Hier: 258.

⁶⁶³ HUBENSTORF, *Tote und/oder lebendige Wissenschaft*, 307. Julius WAGNER-JAUREGG, *Zur Reform des Irrenwesens*. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* 14 (1901) 293f.

erst die Reaktion weiterer Kreise der Bevölkerung bereitete ihrem Anliegen den Anstoß zu weiteren Schritten.⁶⁶⁴ Als Vorarbeiten galten hierzu die, seitens des Obersten Sanitätsrates initiierten Enqueten von 1901 und 1902. Viele Vertreter der Anstaltspsychiatrie waren der Ansicht, dass alle offenen rechtlichen Fragen einer gemeinsamen Lösung zugeführt werden sollten, um nicht nur den Problemen des Rechtsschutzes gegen ungerechtfertigte Internierungen begegnen, sondern auch dem vielfach geforderten Schutz der Gesellschaft vor Geisteskranken Rechnung tragen zu können. Es kristallisierten sich jedoch drei unterschiedliche Bereiche heraus, die in weiterer Folge getrennt behandelt werden sollten.⁶⁶⁵

Der erste dieser Themenbereiche fokussierte auf die Frage der Unterbringung von Menschen, die sowohl als geisteskrank diagnostiziert, als auch eine kriminelle Tat begangen hatten. Die mangels Zurechnungsfähigkeit strafrechtlich nicht weiter verfolgten Rechtsbrecher sollten auch noch bis 1974 durch Verfügung der Verwaltungsbehörden in psychiatrischen Anstalten interniert werden.⁶⁶⁶ Der zweite Schwerpunkt bezog sich auf alle Bestimmungen zur Errichtung psychiatrischer Anstalten, die Aufnahme- und Entlassungsregelungen und die Überwachung von den in privaten Anstalten untergebrachten Kranken. Diese Fragen konnten ebenfalls noch lange nicht verbindlich festgelegt werden. Diese vorwiegend verwaltungsrechtlichen Aspekte wurden erst mit dem Krankenanstaltengesetz von 1957 geregelt.⁶⁶⁷ Der dritte und im Folgenden im Mittelpunkt der Analyse stehende Teilbereich betraf die Ungewissheiten hinsichtlich der Entmündigung psychisch Kranker. Im Jahre 1907 lag dem Abgeordnetenhaus ein erster Gesetzesentwurf vor, der auch nur jenen Teilbereich umfasste. Der Rechtsschutz im Falle einer Anhaltung in einer psychiatrischen Anstalt war es auch, der inmitten des Ersten Weltkrieges in Form der sogenannten Entmündigungsordnung von 1916 eine allgemein verbindliche Regelung erfahren sollte.

⁶⁶⁴ Bereits 1869 wurde vom Wiener Verein für Psychiatrie ein Entwurf für ein „Irrengesetz“ dem Reichsrat vorgelegt, 1872 wurde eine neuerliche Petition beim Justizministerium eingereicht. In: GAUSTER, Die Frage der Irrengesetzgebung in Österreich, 297f.

⁶⁶⁵ Friedrich SÖLDER, Der Regierungsentwurf eines Entmündigungsgesetzes. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 343-372. Referat, erstattet am 3. Österreichischen Irrenärztag in Wien am 6. Oktober 1908. Hier: 345. Söldner war von 1909 bis 1932 Direktor der Nervenheilanstalt Rosenhügel.

⁶⁶⁶ Ein guter Überblick bei: Maria EDER-RIEDER, Die freiheitsentziehenden vorbeugenden Maßnahmen. Eine Betrachtung in materiell-rechtlicher, prozessualer und vollzugsrechtlicher Sicht (Wien 1985).

⁶⁶⁷ Vgl. dazu ausführlicher: KOPETZKI, Unterbringungsrecht I, 76f.

Die Anstaltsärzte betraf dabei insbesondere die Frage, wer Sachverständiger im Falle eines Entmündigungsverfahrens sein durfte. Die 1907 vorliegende und am „Irenärztetag“ intensiv diskutierte Gesetzesvorlage sah Regelungen vor, die Anstaltspsychiater von vielen ihrer bisherigen Befugnisse enthoben hätten. Die bislang anstaltsintern geregelten Aufnahme-, Entlassungs- und auch Entmündigungsverfahren sollten einer externen Kontrolle unterworfen werden. Für den Widerspruch der betroffenen Psychiater waren längst nicht nur finanzielle Gründe ausschlaggebend. Vielmehr war es der Verlust vieler Agenden, die nun Ärzten zugesprochen werden sollten, die keine psychiatrische Ausbildung hatten. Aufnahme und Entlassung sollten mittels eines Attestes von einem anstaltsfremden Arzt bescheinigt werden. Die Internierung der Kranken sollte einer Anzeigepflicht unterliegen, die als „Spitzelwesen“ und „unauslöschliches Stigma“ für die Kranken bezeichnet wurde. Umgekehrt sollten aber die Anstaltsärzte in der Lage sein, bei der Entlassung mittels Reverse die zukünftige Ungefährlichkeit eines Kranken verbindlich festzulegen.⁶⁶⁸

Dieser Entwurf sah im Weiteren die regelmäßige Kontrolle von psychiatrischen Anstalten durch sogenannte „Ireninspektoren“ vor. Der Niederösterreichische Landesausschuss hatte bereits 1904 mit einer internen Regelung die offiziell vorgesehenen Inspektionen erweitert, die nämlich bis dato auf administrative Angelegenheiten beschränkt waren. Nun umfassten diese auch die Kontrolle der hygienischen Bedingungen, die Verköstigung der Pfleglinge und des Pflegepersonals, die Einhaltung der Dienstvorschriften, genaue Erhebungen über schwere Verletzungen, Misshandlungen, Vergiftungen und Selbstmorde, Isolierungen und Beschränkungen der Kranken, die Medikamentenvergabe, aber auch die Verrechnung, die Aus- und Weiterbildung der Pflegenden, die Überprüfung der Gesundheitszeugnisse, die Arbeitszulagen an die Kranken und die Führung diverser Protokolle.⁶⁶⁹ Das staatliche Aufsichtsrecht über sowohl öffentliche als auch private Anstalten sollte mit dem geplanten Gesetz durch, wie es hieß, „psychiatrisch geschulte“ Ärzte gewährleistet sein. Diese „Ireninspektoren“ sollten auch die sanitätsbehördliche Überwachung der Pflege und Behandlung der nicht in Anstalten

⁶⁶⁸ Georg ESIATH, Die Anstaltsärzte und die Vorlagen für ein Entmündigungs- und Irenfürsorgesetz in Österreich. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 419-424. Hier: 423f.

⁶⁶⁹ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 384 / 1904; Ebd., Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1909. Schreiben vom 22. April 1909 an den Landesausschuss anlässlich der Übernahme dieser Agenden durch Edmund Holub, der für diese Aufgabe eine jährliche Renumeration erhalten sollte.

untergebrachten psychisch Kranken ausüben. Mit dieser Regelung wären sie befugt gewesen alle Personen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung einer Freiheitsbeschränkung unterworfen waren, zu untersuchen, oder eine solche Untersuchung durch andere Ärzte anordnen zu lassen. Die Inspektoren sollten zudem das Recht erhalten, jederzeit die psychiatrische Anstalt zu betreten und Dokumente wie Krankenakten oder Gutachten einzusehen. Sie sollten die Oberaufsicht über die Familienpflege erlangen und zudem alle strittigen Zwangseinweisungen und Entlassungen gegen Revers kontrollieren.⁶⁷⁰

Der Entwurf von 1907 wurde gemäß der Sichtweise vieler Vertreter der Anstaltspsychiatrie viel zu sehr unter dem Eindruck der vorherrschenden, sehr kritischen Haltung gegenüber den stationären Einrichtungen ausgearbeitet. Er begünstige den Austritt aus einer Anstalt, regelte aber in keinem der Punkte wie bedenkliche Entlassungen hintangehalten werden könnten. Im Weiteren plädierten sie dafür die Zulässigkeit der Anhaltung, statt wie bis zu diesem Zeitpunkt von einer landesgerichtlichen Kommission vom zuständigen Bezirksgericht feststellen zu lassen.⁶⁷¹ Ein gemeinsamer Beschluss der österreichischen Anstaltspsychiater stellte sich vehement gegen diesen Entwurf, da er gänzlich neue Arbeitsbedingungen mit sich bringen, vor allem aber viel zu sehr dem, seitens der Gesellschaft bestehenden Misstrauen entsprechen würde. In weiterer Folge bekräftigte eine größere Versammlung der Ärzte öffentlicher Anstalten nochmals diese, den Gesetzesentwurf kritisierende Resolution und beschloss zugleich eine Vereinigung zu begründen, die nun verstärkt die Interessen der Anstaltspsychiatrie vertreten sollte.

Am vierten Irrenärztetag in Linz im Oktober 1910 konstituierte sich der Österreichische Psychiatrische Verband.⁶⁷² Josef Starlinger, Obmann des Vereins, präziserte mehrere Punkte zur Verbesserung des vorliegenden Entwurfes. Ein zentraler Aspekt der Auseinandersetzungen waren die sogenannten „Grenzfälle“, die

⁶⁷⁰ SÖLDER, Der Regierungsentwurf eines Entmündigungsgesetzes, 343-372.

⁶⁷¹ Ebd.; Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 429-442. Protokoll der Sitzungen des Vereins vom 11., 18. und 25. Februar 1908.

⁶⁷² Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 12 (1910/11) 235. Die konstituierende Versammlung fand am 24. April 1910 statt; in acht Punkten wurden die Forderungen einstimmig von allen Ständesvertretern unterstützt. Die Satzungen für den Verband waren zu diesem Zeitpunkt bereits bewilligt. Vgl. zum Österreichischen Psychiatrischen Verband auch Abschnitt 3.5. dieser Arbeit.

Viele dieser Fragen wurden aber auch im Verein für Psychiatrie und Neurologie diskutiert. Zu diesem Zweck wurde gemeinsam mit der österreichischen kriminalistischen Vereinigung einen Vortragszyklus unter der Berücksichtigung vieler Spezialfragen zu diesem Vorentwurf veranstaltet. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 281. Dieser wurden für das Wintersemester 1910/11 anberaumt.

„abnormen und zumeist kriminellen Menschen“, denen gegenüber die Psychiatrie keine gesetzliche Handhabe habe. Diejenigen Kranken, die mit dem Strafrecht in Konflikt geraten waren, sollten, wie bereits ausführlich beschrieben, gar nicht erst in einer psychiatrischen Anstalt untergebracht werden – denn die Anstalten sollten weder „Polizeigefängnisse“ noch die Ärzte „Exekutionsorgane“ sein.⁶⁷³

Darüber hinaus wurde der Ausbau der Fürsorge für nicht stationär behandelte Kranke gefordert. Eine Erleichterung der Aufnahmen und auch die Möglichkeit zur Beobachtung psychisch Kranker, sowie die konsequente Umbenennung der Heil- und Pflegeanstalten in Krankenhäuser sollten die Vorrangigkeit medizinischer Gesichtspunkte bei Aufnahme, Betrieb und Entlassung gegenüber den polizeilich-rechtlichen stärken.⁶⁷⁴ Die heiß umstrittene Gesetzesvorlage gefährde sowohl die Standesehre, als auch das angestrebte gute Verhältnis zu den Patienten. Der Entwurf wurde als eine völlige Verfehlung bezeichnet, der die Psychiatrie in elementaren Momenten verkenne und den Anstaltsbetrieb wesentlich erschwere. Darüber hinaus käme es zu einer als sehr bedenklich eingestuften Trennung von der Anstaltsfürsorge und den Ärzten, die nur mehr begutachten würden.⁶⁷⁵

Die Tatsache, dass seitens des Gesetzgebers versucht wurde, den Anstaltsärzten die Berechtigung zur Begutachtung zu entziehen ist als der entscheidende Wendepunkt zu sehen. Franz Schnopfagen, Direktor der oberösterreichischen psychiatrischen Institution, formulierte den traditionellen Anspruch der Anstaltsärzte auf die medizinisch-juristische Expertise auf sehr aussagekräftige Weise, er meinte, *„indem wir das Recht der Psychiatrie als Wissenschaft feststellen und schützen, schützen wir das Recht der Geisteskranken am besten“*.⁶⁷⁶ Das zentrale Anliegen der Anstaltsärzte war es als die geeignetsten Gutachter für die von ihnen beobachteten Kranken anerkannt zu werden. Doch trotz des bekräftigten Anspruchs auf Wissenschaftlichkeit des psychiatrischen Handelns sollte die bislang alleinige und

⁶⁷³ Über die Vorlagen eines Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetzes in Österreich. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 439-442. Resolution der österreichischen Anstaltsärzte vom 12. Jänner 1910 in Hall in Tirol. Hier: 440. Die Versammelten plädierten für die Bildung gänzlich neuer Enqueten unter der Ägide der Landesausschüsse und unter Beziehung der Anstalts- und Bezirksärzte und vor allem derjenigen, welche praktisch mit der Irrenpflege zu tun haben. Diese langjährige Forderung nach der Einrichtung spezieller Anstalten für kriminelle Geisteskranke sollte auch weiterhin nicht erfüllt werden.

⁶⁷⁴ Josef STARLINGER, Die Stellung der Heil- und Pflegeanstalten und ihre Kontrolle. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 13 (1911/12) 325-329. Vortrag gehalten am österreichischen Irrenärztetag in Linz am 6. Oktober 1911.

⁶⁷⁵ Über die Vorlagen eines Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetzes in Österreich, 439f.

⁶⁷⁶ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 30 (1909) 274f. Bericht des Irrenärztetages vom 6. Oktober 1908.

unumstrittene Kompetenz der Institutionen in wesentlichen Punkten gebrochen werden. Die Gesetzesvorlage sah vor, dass Begutachtungen nunmehr von Ärzten durchzuführen seien, denen die Kranken kaum bekannt waren, folglich weitgehend auf der Basis von Krankenakten agiert werden musste.⁶⁷⁷ Beschluss der im Departement für Wohlfahrtsangelegenheiten des Niederösterreichischen Landesausschusses abgehaltenen Konferenz aller leitenden Anstaltsdirektoren war, dass die Original-Krankenakten schon aus Dienstrücksichten gar nicht abgegeben werden können, somit die geplante Vorgangsweise gar nicht möglich wäre. Zudem wurde in dieser Runde gefordert, dass die Anzeigepflicht bei Aufnahme von Patienten nicht nur die Anstalten betreffen, sondern auch auf die psychiatrische Klinik ausgedehnt werden solle.⁶⁷⁸

Ein weiterer Aspekt der Proteste betraf die Einführung der im Gesetzesentwurf vorgesehen sogenannten „Vertrauensmänner“. Demnach sollte jeder Patient eine Person nennen können, die ihn in sämtlichen Geschehnissen gegenüber der Anstalt betreue. Um diese Aufgabe zur Wahrung der Rechte der Kranken erfüllen zu können, müsste diesen Personen Einblick in alle Unterlagen und die Teilnahme an allen ihre Schützlinge betreffenden Verhandlungen gewährt werden. Aus Sicht der in der Anstalt tätigen Mediziner würden „Vertrauenspersonen“ das Arzt-Patientenverhältnis und auch die Gerichte lediglich belasten. All diese Funktionen wären mit der Kuratel ohnehin abgedeckt.⁶⁷⁹ Im Februar 1912 wandte sich eine Abordnung der Vorstände der Landesanstalten an den Justizausschuss mit der Bitte der Erstellung eines neuen Entwurfes für das Entmündigungsgesetzes.

⁶⁷⁷ Vgl. dazu auch die Stellungnahme Emil Raimanns in Abschnitt 3.6.4.

⁶⁷⁸ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst etc.` o. Z. / 1912. Protokoll der Sitzung vom 11. Mai 1912. Anwesend waren der Referent für Wohlfahrtsangelegenheiten Landesrat Franz Hueber, die Direktoren der Anstalten *Am Steinhof* (Heinrich Schloß), Mauer-Öhling (Josef Starlinger), Klosterneuburg (Siegfried Weiss), Gugging (Josef Quirchtmayer), Ybbs (Franz Sickinger) und der Sanitätsrat Wilhelm Lorenz. Der §20 betraf die strittige Frage der Krankenakten und führte in der Anstalt Feldhof bei Graz zu sehr ähnlicher Kritik: Das Begutachtungsverfahren basierte auf den von den Anstalten entliehenen Krankenakten, die Sachverständigen haben anhand dieser Dokumente innerhalb einer Stunde etwa 15 bis 20 Kranke attestiert. In Folge der als äußerst mangelhaft angesehenen Begutachtungspraxis verweigerte die Anstaltsleitung die Herausgabe der Krankenakten, beziehungsweise verlangte andernfalls die Beziehung eines Anstaltsarztes als gerichtsarztlichen Sachverständigen.

⁶⁷⁹ Ebd. Insbesondere die von den Patienten zu treffende Wahl einer solchen Person löste offenbar große Beunruhigung aus. Die Sorge wurde dahingehend formuliert, dass Patienten wieder Kriminelle zu ihren Vertrauenspersonen machen, das Gesetz für diese Funktion aber nur handlungsunfähige und dem Gericht bekannte „Winkelschreiber“ ausschließen könne. Auch: Ebd., Faszikel `Anstaltsdienst` o. Z. / 1911.

Insbesondere letzterer Punkt wurde als massive Beeinträchtigung und Missachtung ihrer Tätigkeit bezeichnet.⁶⁸⁰

Die in Halle von Johannes Bresler herausgegebene Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift umfasste zu dem Thema der antipsychiatrischen Bewegung weit mehr Beiträge aus den deutschen Ländern als aus der österreichisch-ungarischen Monarchie. Das den österreichischen Ärzten zugeschriebene „stolze Ignorieren“ der zahlreichen Anschuldigungen war gemäß der Ansicht der deutschen Kollegen auch der Grund, warum der Vorentwurf zur Irrengesetzgebung derart ungünstig für die in der Praxis arbeitenden Psychiater ausgefallen war.⁶⁸¹ Die Anstaltsärzte hatten sich ihrer Ansicht nach jedoch heftig gegen die erhobenen Vorwürfe gewandt, insbesondere haben sie wiederholt darauf aufmerksam gemacht selbst die Reform des „Irrenwesens“ initiiert zu haben.⁶⁸² Trotz ihres Engagements habe sich, wann immer es zu Skandalfällen gekommen war, die öffentliche Meinung gegen sie gewandt. Darüber hinaus, so die Standesvertreter, erfolge in fast allen Anstalten die überwiegende Anzahl der Aufnahmen ohnehin über Amtsärzte, lediglich in dringenden Fällen könne davon abgesehen werden. Darüber hinaus hätten die Anstalten schon aus finanziellen Gründen keinerlei Interesse an langandauernden oder gar unbegründeten Aufenthalten der Kranken, beziehungsweise könnten diese von ihren Angehörigen ohnehin jederzeit gegen Unterzeichnung eines Revers in die häusliche Pflege übernommen werden.⁶⁸³

Viele Auseinandersetzungen zu der lange diskutierten rechtlichen Regelung bezogen sich auf die bestehende Verzahnung zwischen den Fragen der Anhaltung und der Entmündigung. Die ersten Entwürfe regelten, dem Modell der vorläufigen Kuratel folgend, und noch unter dem Titel der „vorläufigen Maßnahmen“, die Anhaltung in

⁶⁸⁰ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 14 (1912/13) 590.

⁶⁸¹ Bernhard BEYER, Zur Abwehr der Presse-Angriffe. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 13 (1911/12) 313.

⁶⁸² Auch im Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie war man der Ansicht, dass jegliches schon jahrzehntelanges Engagement zu einer Reform von den Vertretern des Fachs, sowohl von der klinischen als auch der praktischen Psychiatrie gekommen war. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 27 (1906) 378f. Protokoll der Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie vom 6. Oktober 1906.

⁶⁸³ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1911. Im zurückliegenden Jahrzehnt waren insgesamt 169 Fälle „zur Beobachtung“ in der Anstalt *Am Steinhof*. Die meisten wurden aus forensischen Gründen aufgenommen. Ein weiterer nicht unbeträchtlicher (aber in den Akten nicht näher bezifferter) Teil wurde zur Beobachtung aus anderen Krankenhäusern überwiesen; nur wenige wurden von ihren Angehörigen mit einem amtsärztlichen Parere zu diesem Zwecke eingewiesen. All diese Patienten galten für die Anstalt als unabweisbar und erwiesen sich als „selbst für erfahrene Fachmänner als Grenzfälle“.

einer geschlossenen Anstalt im Rahmen des Entmündigungsverfahrens. Das gab der Entscheidung über die Zulässigkeit der Internierung einen provisorischen Charakter. Die zu überprüfende „Zulässigkeit der Anhaltung“ stand, wie eingangs hingewiesen, in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Feststellung einer psychischen Erkrankung. Auf eben jene Verschiedenheit von Anhaltung und Entmündigung und deren unklares Verhältnis zueinander wurde wiederholt hingewiesen.⁶⁸⁴ Erst später vorgelegte Entwürfe zur Entmündigungsordnung haben diese Verknüpfung weitgehend eliminiert. Die letztendlich Gesetzeskraft erlangende Verordnung sah für die Anhaltung nicht entmündigter Personen in einer geschlossenen Anstalt schlussendlich ein eigenes Verfahren vor.⁶⁸⁵

Bei der Entmündigungsordnung von 1916 lag der Schwerpunkt bei den zivilrechtlichen Fragen der Aufnahme, Entlassung und Vormundschaft. Sie bestimmte lediglich die Notwendigkeit einer gerichtlichen Entscheidung über die Zulässigkeit der Anhaltung, nannte dabei aber keine Kriterien, nach denen vorzugehen wäre. Strafrechtliche Fragen wie die Behandlung geisteskranker Straftäter blieben von dieser Regelung völlig ausgeklammert.⁶⁸⁶ Emil Raimann, Professor für forensische Psychiatrie in Wien und praktizierender Gerichtspsychiater, war der Ansicht, dass die ohne gesetzgebende Körperschaft und inmitten des Ersten Weltkrieges erlassene „Ausnahmeverordnung“ den „Schutz der Gesellschaft“ viel zu wenig berücksichtige. Insbesondere fehlten prophylaktische Maßnahmen gegen die von ihm und auch vielen anderen Psychiatern als besonders gefährlich angesehene Bevölkerungsgruppe wie die der „Psychopathen“.⁶⁸⁷ Die im Organ der Landesvertretung auch als „Entwürdigungsordnung“⁶⁸⁸ bezeichnete gesetzliche Regelung wurde somit vollkommen gegen den Widerstand der Landesverwaltungen

⁶⁸⁴ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst etc.` o. Z. / 1912. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 11. Mai 1912; SÖLDER, Der Regierungsentwurf eines Entmündigungsgesetzes, 362.

⁶⁸⁵ KOPETZKI, Unterbringungsrecht I, 82f. Vgl. dazu auch die ausführlichen Stellungnahmen vor allem seitens der Anstaltspsychiater: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 30 (1909) 272-279. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 6. Oktober 1908 (III. Österreichischer Irrenärztetag).

⁶⁸⁶ Kaiserliche Verordnung vom 28. Juni 1916, RGBl. Nr. 207; kurz: „Entmündigungsordnung“. Abdruck in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 18 (1916/17) 200f., 217-219 und 247f.

Der Hof- und Gerichtsadvokat August Nechansky sprach sich im Verein für Psychiatrie und Neurologie explizit gegen eine Verquickung der Fragen der „Irrenpflege“ und der Strafrechtsreform aus. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 431. Sitzungsbericht vom 18. Februar 1908.

⁶⁸⁷ Josef STARLINGER, Referat über das neue Entmündigungsgesetz in Österreich. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 18 (1916/17) 189-192. Gehalten am 30. August 1916 in der Sitzung der Landesausschuss-Vertreter in Wien. Vgl. dazu auch die bislang zitierten, zahlreichen Stellungnahmen zu dem Entmündigungsgesetz in seiner Planungsphase.

⁶⁸⁸ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 19 (1917/18) 234.

und der Anstaltsärzte erlassen. Die Beschränkung des Verfahrens in seiner Funktion auf eine Verwaltungskontrolle führte zudem zu Kompetenzstreitigkeiten zwischen juristischer und medizinischer Verantwortlichkeit. So mussten beispielsweise auch vom Bezirksgericht eingewiesene Personen zur Beobachtung aufgenommen werden, ohne dass hierfür ein amtsärztliches Zeugnis vorliegen musste. Die Tatsache an sich, nämlich eine Internierung bei zweifelhaftem Geisteszustand, war nichts ungewöhnliches, problematisiert wurde lediglich die nun neuartige Trennung der Kompetenzen. Der Kern des professionspolitisch begründeten Protestes erhob sich gegen die Regelung, dass die Anstaltsärzte zwar die Aufgabe der Beobachtung der eingewiesenen Patienten hatten, ein entsprechendes Gutachten aber nur von Gerichtspsychiatern geschrieben werden durfte.⁶⁸⁹

Die politische und staatsrechtliche Brisanz der ursprünglich als Reichsgesetz geplanten Entmündigungsordnung wurde durch die Form ihrer Erlassung noch weiter akzentuiert. Da die letzte Phase der Beratungen zu diesem Gesetz aufgrund des Kriegsausbruchs 1914 unterbrochen werden musste, die Regierung diesen, schon länger diskutierten Entwurf jedoch auch während des Krieges als notwendig durchzuführen erachtet hatte, wurde das Gesetz als „Kaiserliche Verordnung vom 28. Juni 1916 über die Entmündigung“ erlassen. Insbesondere das, von den Anstaltsärzten als Misstrauen gegen ihre Tätigkeit empfundene Verfahren führte zu weiteren Versuchen, dessen Geltungsbeginn zu verzögern oder gar zu verhindern. So forderte beispielsweise Josef Starlinger, langjähriger Direktor der Anstalt in Mauer-Öhling, mit dem Argument des enormen administrativen Aufwands zumindest für die Dauer des Krieges einen Aufschub. Am ersten September des Jahres sollte sie jedoch trotz der vielen Gegenstimmen Gesetzeskraft erlangen.⁶⁹⁰

Die Entmündigungsordnung umfasste fünf Abschnitte, die wichtigsten Neuerungen waren, dass psychisch Kranken ein „Beistand“ zu gewähren sei. Dieser hatte die Aufgabe, Rechte und Interessen eines Kranken im Falle der Internierung und einer eventuellen Entmündigung zu wahren. Die Zulässigkeit der Anhaltung wurde gerichtlich kontrolliert, die Entscheidung lag bei Sachverständigen, die „über psychiatrische Bildung und Erfahrung verfügen mussten“ und ausdrücklich nicht mit

⁶⁸⁹ STARLINGER, Referat über das neue Entmündigungsgesetz in Österreich. Zusammenfassung der Beschlüsse: 191f.

⁶⁹⁰ Ebd.; KOPETZKI, Unterbringungsrecht I, 86f; Einige Punkte wie die Frage der Einsetzung von Vertrauensmännern waren aus dem Antrag für den Erlass aufgrund der Proteste der Anstaltsärzte gestrichen worden. Abdruck eines Berichtes zum Gesetzeserlass seitens der „Neuen Freien Presse“. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 18 (1916/17) 136-138.

der jeweiligen Anstalt in Verbindung stehen durften. In der Regel war ein Amts- oder Gerichtsarzt zu bestellen, bei „offenbarer Geisteskrankheit oder Geistesschwäche“ genügte ein Sachverständiger. Auf Verlangen des Betroffenen oder seiner Angehörigen, oder aber auch wenn sich der Fall als zweifelhaft erwies, war ein zweiter Sachverständiger hinzuzuziehen. Letztere Variante erwies sich allerdings in der Praxis als eine Ausnahmeregelung.⁶⁹¹

Neben dieser grundsätzlichen Regelung des Aufnahmeverfahrens bot die Entmündigungsordnung zwei weitere Neuerungen. Bis dahin konnte die Kuratel wegen „Wahn- oder Blödsinnes“ nur mit der Wirkung der vollen Handlungsunfähigkeit verhängt werden. Ab 1916 gab es auch die Möglichkeit einer beschränkten Entmündigung, welche „minderen Störungen des Geisteslebens“ entsprechen sollte. Ein wesentlicher Aspekt des neuen Gesetzes war die Ausdehnung der beschränkten Entmündigung für „Alkoholiker und Morphinisten“, die sich, wie es in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift hieß, in Deutschland sehr gut bewährt hätte.⁶⁹²

Dieser Paragraph galt allgemein als eine besonders „wirksame Waffe gegen den Alkoholmissbrauch“. Ergänzt wurde diese Regelung dadurch, dass eine angedrohte Entmündigung nicht vollzogen werde, wenn sich der Betroffene in eine Entwöhnungsanstalt begäbe. So hoffte man in Anlehnung an die Entwicklung in Deutschland auf ein Aufblühen der Trinkerheilstätten.⁶⁹³ Das Gericht konnte bei Einverständniserklärung des Betroffenen, nämlich sich mindestens sechs und maximal zwölf Monate in eine Entwöhnungsanstalt zu begeben, die (bedingte) Entmündigung aussetzen. Heinrich Schlöß hatte auch schon einige Jahre zuvor auf die damit verbundene finanzielle Mehrbelastung der psychiatrischen Anstalten aufmerksam gemacht, denn solange der Staat keine Trinkerheilstätten eingerichtet habe, würden sich diese Kosten auf die Länder verschieben. Seiner Ansicht nach

⁶⁹¹ Vgl. dazu ausführlicher: KOPETZKI, Unterbringungsrecht I, 88f. Dieses Verfahren hatte bei jeder Aufnahme zu erfolgen, ganz gleich, ob es sich um eine freiwillige handelte, ob diese von einer Behörde verfügt war, oder ob diese in eine private oder öffentliche Anstalt stattfand. Die Zulässigkeit der Anhaltung konnte höchstens für die Dauer eines Jahres ausgesprochen werden. Es handelte sich hier um ein der Aufnahme zeitlich versetztes Verfahren, da es bis zu drei Wochen nach der Anzeige von der Aufnahme der Kranken in der Anstalt erfolgen sollte.

⁶⁹² Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 18 (1916/17) 137f. Mitteilungen.

⁶⁹³ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 429f. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 11. Februar 1908. Diesbezüglich etwas kritischer war beispielsweise Friedrich von Sölder. Er meinte, dass sich diese gesetzliche Regelung in den deutschen Ländern nicht als ein taugliches Mittel gegen den Alkoholismus erwiesen hätte. Auch habe sich nicht die Hoffnung erfüllt, dass eine Androhung der Entmündigung die Auslastung der Trinkerheilstätten garantieren würde. In: SÖLDER, Der Regierungsentwurf eines Entmündigungsgesetzes, 370.

würden damit die öffentlichen Anstalten zum Ort des Absitzens dieser Bewährungsfrist werden und forderte daher zumindest einen finanziellen Beitrag seitens des Staates.⁶⁹⁴

In einer Stellungnahme zur Eignung und Handhabung der Entmündigungsordnung in der Praxis ein Jahr nach dessen Etablierung plädierte Josef Berze für eine Ergänzung des Erlasses. Um weitere Unzulänglichkeiten dieser Verordnung hintanzuhalten, sollte die Notwendigkeit eines möglichst raschen gerichtlichen Verfahrens bei der Aufnahme in eine geschlossene Anstalt nochmals präzisiert werden.⁶⁹⁵ Die Entmündigungsordnung besagte, dass als Sachverständige nur Ärzte herangezogen werden sollten, die „in zureichendem Maße über psychiatrische Bildung und Erfahrung“ verfügten. Eben an dieser Stelle sollten die Anstaltsärzte entschieden mehr Kompetenzen erhalten. Stehe beispielsweise kein anderer Psychiater zur Verfügung, so solle ein Anstaltsarzt hinzugezogen werden können. Galt die Zulässigkeit der Anhaltung als unsicher, sollte ebenfalls ein Anstaltsarzt entscheidungsbefugt oder zumindest gleichberechtigt zum Entschluss eines externen Arztes sein.

Im Weiteren plädierte Josef Berze für besondere Vorsichtsmaßnahmen bei der für die Erstellung von Gutachten nötigen Heranziehung von Krankenakten. Zudem sollte die Verhandlung der Kranken mit dem Richter nicht den Charakter einer Vernehmung haben. Ein wesentlicher Aspekt war für Berze, dass das Recht der Gerichte auf die Feststellung einer geistigen Erkrankung beschränkt sein, die Entscheidung der Notwendigkeit eines Anstaltsaufenthaltes jedoch im Kompetenzbereich der leitenden Ärzte liegen sollte.⁶⁹⁶ Mit dem Inkrafttreten der Entmündigungsordnung war es gemäß Berze aufgrund der fehlenden fachlichen Expertise zu einem Anstieg der Zahl

⁶⁹⁴ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 434f. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 11. Februar 1908.

⁶⁹⁵ Bei der Dauer dieses Verfahrens scheint es große Unterschiede gegeben zu haben. Josef Berze erstellte eine Umfrage an alle österreichischen psychiatrischen Anstalten, um die Erfahrungen mit dem neuen Gesetz in der Praxis zu erkunden. Von der Anstalt *Am Steinhof* hieß es, dass, ganz im Gegenteil zu anderen Institutionen, die vorgeschriebene 48stündige Frist der Aufnahmeanzeigen in der Regel eingehalten werden konnte. Dies sei aber nur wegen des Entgegenkommens des zuständigen Gerichtes möglich gewesen, welches die Frage der Zu- oder Unzulässigkeit der Anhaltung sofort entschieden hatte. Die Resultate wurden in ein sogenanntes „Kommissionsbuch“ eingetragen. Josef BERZE, Die Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 39 (1919) 47-116. Hier: 50. Vgl. auch zu den Versuchen einer Revision des Gesetzes: STARLINGER, Referat über das neue Entmündigungsgesetz in Österreich.

⁶⁹⁶ Josef BERZE, Die neue Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 19 (1917/18) 305-307. Berze war zu diesem Zeitpunkt Direktor der niederösterreichischen psychiatrischen Anstalt in Klosterneuburg.

vorzeitiger, beziehungsweise ungerechtfertigter Entlassungen gekommen, ein Faktum, welches in der Anstaltspsychiatrie als sehr bedenklich beurteilt wurde.⁶⁹⁷

Zu einer Revision der Entmündigungsordnung war es trotz der vielen Proteste und alternativen Vorschläge, wie stattdessen eine „moderne Irrenfürsorge“, nämlich den Ausbau sozialmedizinischer Maßnahmen zu fördern, nicht gekommen. Die von ihnen als eine massive Zurücksetzung ihrer Tätigkeit als Sachverständige, die *„öffentlichen Verunglimpfungen gegenüber beeideten Landesbeamten“*, die *„Überwachungen, die in keiner anderen medizinischen Disziplin stattfanden“* und die als *„Stigmatisierung der besonderen Überwachungsbedürftigkeit der Anstalten seitens des Staates“* empfundene gesetzliche Regelung führte zu der resignierenden Haltung, dass folglich nichts anderes bliebe, als sich mit der *„Tatsache der Volkspychose des allseits herrschenden Vorurteils gegenüber allem, was mit der Psychiatrie und ihren Anstalten zusammenhängt“*, abzufinden.⁶⁹⁸

4.2. Kriegsbedingte strukturelle Veränderungen und Versorgungskrise

Am Steinhof

Der Ausbruch des Ersten Weltkrieges sollte schon rasch Auswirkungen auf den laufenden Betrieb der psychiatrischen Anstalt haben. Bereits in den Jahren zuvor war befürchtet worden, dass für den Fall einer militärischen Auseinandersetzung ein nicht unerheblicher Anteil der angestellten Mediziner und Pflegenden einrücken müsse. Im Jahre 1913 war die Leitung der Anstalt *Am Steinhof* seitens des Roten Kreuzes gebeten worden, ob es möglich wäre, für einen etwaigen Krieg Berufskrankenpflegerinnen zur Verfügung zu stellen. Diese Anfrage wurde mit der Begründung, dass der überwiegende Anteil der Pfleger militärdienstpflichtig, zugleich aber für die Aufrechterhaltung des eigenen Anstaltsbetriebes gesorgt werden müsse,

⁶⁹⁷ BERZE, Die Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten, 57f.

⁶⁹⁸ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1911. Dieses Gesetz wurde von einem, leider nicht benannten Autor als „reifes Gesetzeswerk“ bezeichnet: Wiener Medizinische Wochenschrift 66 (1916) Sp. 1369.

abschlägig beschieden.⁶⁹⁹ Berechnungen seitens der Direktion zeigen, dass die drohende Versorgungsunfähigkeit nicht nur aufgrund des verringerten Personalstandes befürchtet worden war, sondern dass man auch mit einem Anstieg der geistigen Erkrankungen aufgrund der veränderten Lebensumstände, wie „Not und Aufregung“ rechnete.⁷⁰⁰ Ob mit diesen Worten bereits Ansprüche eines „scientific mangement“ eines modernen Krieges, mit dem Medizinern eine wichtige Rolle zukommen könnte,⁷⁰¹ die drohende Vielzahl von kriegsbeschädigten Personen, oder aber der generelle Anstieg psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung aufgrund erhöhter Belastungen des alltäglichen Lebens gemeint war, ist zu diesem Zeitpunkt wohl auch für die Betroffenen noch nicht näher absehbar gewesen.

Der Ausbruch des Krieges brachte die Einberufung vieler männlicher Mitarbeiter mit sich. Bereits im Dezember 1914 war nur mehr die Hälfte, drei Jahre später gar nur ein Viertel der Pfleger im Dienste der Anstalt *Am Steinhof*.⁷⁰² Auch Ärzte und Beamte wurden laufend einbezogen, deren Personalstand wurde bis 1917 ebenfalls etwa auf die Hälfte herabgesetzt.⁷⁰³ Im Gegensatz dazu war die Zahl der Kranken in der auch schon zuvor überbelegten Anstalt mit Kriegsbeginn noch weiter angestiegen. Einerseits konnten fremdzuständige Patienten nicht mehr, wie es bislang üblich gewesen war, in ihre Heimat transferiert werden⁷⁰⁴, andererseits wurden viele Kranke aus umkämpften Gebieten, wie der Südtiroler psychiatrischen Anstalt in Pergine, nach Wien evakuiert. Der bei Gründung der Anstalt berechnete Bettenstand von 2400 war somit stark angestiegen, bei Kriegsbeginn wurden *Am Steinhof* bereits über 3600 Patienten verpflegt. Die Überbelegung wirkte sich dahingehend aus, dass

⁶⁹⁹ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ D 106 / 1913.

⁷⁰⁰ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ D 147 / 1912. Diese Berechnungen, die für den etwaigen Fall einer allgemeinen Mobilisierung bereits 1912 erstellt worden waren, zeigen, dass von den 22 angestellten Ärzten nur fünf aufgrund ihres Alters vom Militärdienst befreit waren, zwei gehörten dem Landsturm an, waren aber ebenfalls von einer Einrückung befreit. Da aber der Anstaltsdienst auf keinen Falle mit sieben Ärzten aufrechterhalten werden konnte, bat Direktor Schließ den Landesausschuss schon im Vorfeld darum, dass diejenigen Ärzte, die in Evidenz oder im Landsturm standen, von der Kriegsdienstleistung befreit werden mögen. Noch viel ungünstiger für die Versorgung der Patienten war die Situation bei den Pflegern: von den insgesamt 222 männlichen Pflegepersonen gehörten 166 der Reserve an, 86 dem Landsturm, nur 25 waren vom Militärdienst befreit.

⁷⁰¹ Mark HARRISON, The Medicalization of War – the Militarization of Medicine. In: Social History of Medicine 9 (1996) 267-276.

⁷⁰² Vgl. dazu auch: GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe, 47.

⁷⁰³ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1917.

⁷⁰⁴ So war ein nicht unerheblicher Anteil der dafür veranschlagten Kosten dem Betrieb der Anstalt erhalten geblieben: STPNÖ 1915, Beilagen der 11. Wahlperiode, 1/3, S. 246.

Pflegende während des Nachtdienstes nicht mehr zwischen den Krankenbetten gehen konnten und Patienten teilweise sogar stehend essen mussten.⁷⁰⁵

Ein weiterer Grund des rasanten Anstiegs der Patientenzahlen *Am Steinhof* war, dass sowohl geisteskranke als auch verwundete Militärangehörige interniert wurden. Bereits 1914 wurde im Gesellschaftshaus und in den beiden Aufnahmepavillons eine Abteilung für über 300 verletzte Soldaten eingerichtet. Dieses „Spital für verwundete Krieger“ unterstand dem Kommando eines Oberstabsarztes.⁷⁰⁶ Ein halbes Jahr später wurden wegen der kriegsbedingten steigenden Zahl psychischer Erkrankungen Verhandlungen zur Errichtung vier ebenerdiger Militärbaracken geführt. In diesen, auf den Parkanlagen nördlich des Pavillons VIII. zu bauenden provisorischen Häuser sollten jeweils sechzig psychisch erkrankte Soldaten Platz finden.⁷⁰⁷ Bis Ende des Jahres 1915 wurde dort bereits eine große Zahl von Militärangehörigen stationär aufgenommen. Psychisch erkrankte Offiziere wurden in

⁷⁰⁵ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` 78 / 1914. Mitte Mai des Jahres waren 3655 Kranke aufgenommen, 424 von ihnen mussten auf den Gängen auf „Strapuzzen“ schlafen. Antrag auf eine entsprechende Vermehrung des Pflegepersonals in: Ebd., o. Z. / 1914. Schreiben vom 19. Mai 1914.

⁷⁰⁶ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Militärangelegenheiten` o. Z. / 1914. Schreiben vom 14. September 1914. Mit dem Aufstellen von Gartenbetten im Gesellschaftshaus und im Pavillon II und der provisorischen Räumung von Pavillon I wurde Platz für 333 Verwundete geschaffen. Zusammen mit weiteren 51 „Strapuzzen“ konnten insgesamt 384 Verwundete in Räumlichkeiten untergebracht werden, die ohnehin nicht für die Pflege von psychisch Kranken nutzbar waren. Dazu musste aber die Zahl der Pflegenden erhöht werden. Anfrage vom 24. November 1914 von Direktor Schlöß an den Niederösterreichischen Landesausschuss. Ebd., Faszikel `Pflegerangelegenheiten` o. Z. / 1914. Die Anschaffung eines Röntgenapparates war schon bei der Einrichtung der Anstalt geplant, konnte aber aus finanziellen Gründen nicht verwirklicht werden; die Patienten mussten für diese Untersuchungen ins Kaiser Franz Joseph Jubiläumsspital gebracht werden. Wegen der großen Anzahl der Verwundeten war dies nicht mehr machbar. Ebd., Faszikel `Anstaltsdienst` 117 / 1914; Genehmigung des Ankaufs: Ebd., 133 / 1914.

Einige der dort geführten Krankenbücher und Evidenzprotokolle sind erhalten geblieben. In: ÖStA, KA, Verlustunterlagen, Spitäler 1914-1918, Karton 237 (Nr. 1339-1344) und 238 (Nr. 1345-1348). So wurden beispielsweise zwischen Ende September 1914 und Ende September 1915 insgesamt 1920 Patienten als geheilt den militärärztlichen Kommissionen zur Überprüfung ihrer Wiedereinsatzfähigkeit übergeben. Ebd., Sign. 1347, 1348.

⁷⁰⁷ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Militärangelegenheiten` o. Z. / 1915. Schreiben vom 2. Jänner 1915. Die Verhandlungen wurden im Jänner des Jahres zwischen dem k.u.k. Militärkommando und dem Niederösterreichischen Landesausschuss mit dem Einvernehmen der Heeresverwaltung geführt. Die Objekte 35 bis 38 wurden von der Militärbauabteilung des Kriegsministeriums errichtet und vom Militärkommando bezahlt. Aufnahmebedingungen, Unterkunft, Behandlung und Gebühren wurden eigens verhandelt. Diese Baracken durften für die Zeit des Krieges verwendet werden, anschließend waren diese gemäß dem Vertrag auf Kosten des Militärkommandos zu entfernen, oder konnten gegen eine Entschädigung in den Besitz des Landesausschusses übergehen. Die Badezimmer waren, wie es hieß, mit transportablen Badewannen ausgestattet und modern und praktisch ausgestattet. Schreiben vom 19. Dezember 1915. Bis zu diesem Zeitpunkt waren insgesamt bereits 1032 geisteskranke Soldaten *Am Steinhof* aufgenommen worden. Wo diese bis zur Einrichtung der Baracken untergebracht waren, ist den Quellen nicht zu entnehmen. Im Jahr 1916 waren auf diesen vier Militärpavillons für geisteskranke Soldaten insgesamt 24 Pflegepersonen und vier Inventarpfleger angestellt. Ebd., Faszikel `Pflegerangelegenheiten` 31 / 1916.

einigen der Pavillons vom Sanatorium behandelt.⁷⁰⁸ Für geistesranke Kriegsgefangene war der Pavillon XXIII für „besonders gewalttätige und gefährliche Kranke“, das sogenannte „feste Haus“ vorgesehen, da diese nur dort ausreichend gesichert untergebracht werden konnten.⁷⁰⁹

Psychische Erkrankungen erlangten mit der Entfesselung und Zerstörungswucht des Ersten Weltkrieges, seinen Massenheeren, dem Einsatz von Maschinenwaffen und der Mobilisierung aller verfügbaren Kräfte eine Dimension, die auf die Konstruktion und Erfahrungsrealität der Moderne ebenso abrupte wie nachhaltige Auswirkungen haben sollte. Die neu aufgetretenen Erkrankungen wie „Shell-schock“ und „Kriegsneurose“ verweisen auf die traumatischen Erfahrungen und Folgewirkungen des „Großen Krieges“, der die europäischen Gesellschaften in ihren Grundfesten erschüttert hatte. Kurt Eisslers 1979 veröffentlichte Studie zu den drakonischen psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen psychisch erkrankter Soldaten nimmt ihren Ausgang von der, unter dem Druck von Heimkehrerverbänden und 1919 von der Sozialdemokratischen Partei initiierten „Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen“.⁷¹⁰ Anlass der Untersuchung der psychiatrischen Behandlungsmethoden zur Wiederherstellung der Diensttauglichkeit an der Front war die Berichterstattung in der Zeitschrift „Die Fackel“. Die dort erhobenen Vorwürfe richteten sich insbesondere gegen den Leiter der Klinik, Julius Wagner-Jauregg. Hans-Georg Hofer und andere HistorikerInnen haben die Hintergründe der scheinbar neuartigen Erkrankungen, das bald nach Kriegsausbruch massenhafte Auftreten der

⁷⁰⁸ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Militärangelegenheiten` 30 / 1915. Schreiben vom 5. Juni 1915. Die Baracken wurden im Dezember 1915 fertiggestellt. Zu diesem Zeitpunkt waren insgesamt 252 Soldaten und 13 Offiziere *Am Steinhof* stationär aufgenommen. Ebd., o. Z. / 1915.

⁷⁰⁹ Ebd., o. Z. / 1915. Schreiben vom 18. Mai 1915. Die Baracken sollten, wie es hieß, aus technischen und administrativen Gründen am Territorium der Gartenanlagen des Pavillon VIII errichtet werden. Im Mai 1915 protestierte der Direktor der Anstalt wegen der steigenden Zahl kriegsgefangener psychisch Kranker aus Sicherheitsgründen gegen die Unterbringung der russischen Patienten. 1916 kam es zu einem Austausch kriegsgefangener Geisteskranker mit Russland. Ebd., o. Z. / 1916 und D 119 / 1916.

⁷¹⁰ Kurt R. EISSLER, Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen (Wien 1979). Sigmund Freud wurde 1920 zur Erstellung des Expertengutachtens berufen und entkräftete weitgehend die Vorwürfe gegen Wagner-Jauregg. Diese Auseinandersetzungen lassen sich aber nicht, wie Hans-Georg Hofer in Weiterführung der der Psychoanalyse verpflichteten Darstellung Eisslers deutlich zeigen konnte, nicht auf die Frage reduzieren, ob Soldaten, die an Kriegsneurosen litten und wieder an die Front geschickt wurden oder nicht. Sie sind viel eher in einem komplexen und teilweise widersprüchlichen Wechselspiel eines schon länger bestehenden Richtungsstreites zwischen der Psychoanalyse und der klinischen Psychiatrie zu suchen, deren gemeinsames Moment in dieser Auseinandersetzung die Annahme der psychologisch begründeten Ätiologie der „Kriegsneurosen“ war. Denn erst diese führte zu der unnachgiebigen Haltung gegenüber den Soldaten. Vgl. dazu ausführlicher: Hans-Georg HOFER, Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880-1920) Wien, Köln, Weimar 2004, 189f.

„Kriegszitterer“, die Zuschreibung schichtspezifischer Diagnosen, insbesondere aber die Radikalisierung der Psychiatrie im Umgang mit diesen Patienten umfassend analysiert.⁷¹¹ Unklar blieb bislang inwiefern diese Geschehnisse auch die Patienten der Anstalt *Am Steinhof* tangierten.

Der Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie gab 1916 Richtlinien heraus, die den Umgang mit der Vielzahl der neuartig erscheinenden Erkrankung regeln sollten. Die seelischen und sich oftmals in körperlichen Störungen äußernden Traumatisierungen wurden zumeist unter dem Verdacht der Simulation behandelt. Emil Redlich, Leiter der Nervenheilanstalt Am Rosenhügel, referierte vor den führenden Neurologen und Psychiatern Wiens in zwölf Punkten ein Programm, welches im Wesentlichen darauf abzielte, den kriegsbedingten psychisch Erkrankten keine staatlichen Entschädigungen zuzugestehen. Deren sogenannten „Begehrungsvorstellungen“ nach einer Invalidenrente galt es durch fachliche Expertise ein Riegel vorzuschieben. Ziel war es erstens den „stabilisierenden Einfluss“ von Vorstellungen psychischer Bedingtheit der Erkrankung zu eliminieren. Zweitens sollten die Soldaten möglichst rasch wieder einsatzfähig sein. Drittens sollte die psychiatrische Prognostik eine etwaige Möglichkeit zur Genesung der Vielzahl der erkrankten Soldaten erkennen können. Die hierzu angewandte „Elektrotherapie“ sollte nur von ausgesuchten Spezialisten an bestimmten Einrichtungen übernommen werden. Emil Redlichs Vorschläge wurden von den Mitgliedern des Vereins einstimmig angenommen.⁷¹²

Sogenannte „Blitzheilungen“ und „Radikaltherapien“ mit der „faradischen Pinselung“ oder der, nach dem Stabsarzt an der Nervenstation des Reservelazarettes in Ludwigshafen 1916 benannten „Kaufmann-Methode“ fügten den Soldaten äußerst schmerzhaft elektrische Ströme zur scheinbaren Heilung zu und endeten in

⁷¹¹ Diese Thematik ist mittlerweile umfassend erforscht: Elisabeth MALLEIER, Die Kriegsneurosen in der Wiener Psychiatrie und Psychoanalyse. In: Wiener Geschichtsblätter 4 (1994) 206-219; Peter RIEDESSER, Axel VERDERBER, „Maschinengewehre hinter der Front“. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie (Frankfurt am Main 1996); Paul LERNER, Hysterical Men. War, Neurosis, and German Mental Medicine 1914-1921 (Columbia 1996); Ders., Hysterical Men: War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930 (Cornell Studies in the History of Psychiatry) Ithaca 2001; Doris KAUFMANN, Science as Cultural Practice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany. In: Journal of Contemporary History 34 (1999) 125-144; LENGWILER, Zwischen Klinik und Kaserne; Hans-Georg HOFER, „Nervöse Zitterer“. Psychiatrie und Krieg. In: Helmut KONRAD (Hg.), Krieg, Medizin und Politik. Der Erste Weltkrieg und die österreichische Moderne (=Studien zur Moderne 10) Wien 2000, 15-134; Themenschwerpunkt „Shell-shock“ in: Journal of Contemporary History 35 (2000); KÖHNE, Kriegshysteriker. Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens.

⁷¹² HOFER, „Nervöse Zitterer“. Psychiatrie und Krieg, 57f. Der Sitzungsbericht des Vereins für Psychiatrie und Neurologie ist abgedruckt in: Wiener Klinische Wochenschrift 29 (1916) 630f.

manchen Fällen sogar letal. Bruno Drastich, Sanitätschef des Militärkommando Wiens und langjähriger Leiter des Garnisonsspitals I, bezifferte die geschätzte Zahl der in Wien untersuchten und behandelten kriegsbedingten psychischen Erkrankungen auf 120.000.⁷¹³ Leider bleibt es unklar, ob sich diese Zahl auf „Nervenranke“ oder – von diesen nun genau zu unterscheidenden – auf „Geistesranke“ bezieht. Erstere wurden an den oben erwähnten, genau bestimmten Einrichtungen stationär beobachtet und behandelt. Zu diesen „zentralen Orten“ zählten die psychiatrisch-neurologische Klinik, die beiden Garnisonsspitäler, die Spezialheilanstalten vom Roten Kreuz im Maria Theresienschlössl und am Rosenhügel und die, aufgrund der Vielzahl der Erkrankungen 1916 neu eingerichteten „Nervenabteilungen“ der Kriegsspitäler Grinzing und Meidling.⁷¹⁴

Soldaten und Offiziere aus dem Bereich des Militärkommandos Wien, die an einer bereits konstatierten psychischen Erkrankung litten, wurden in die Landesanstalten *Am Steinhof*, in Mauer-Öhling, Kremsier oder Czernowitz aufgenommen.⁷¹⁵

Geistesranke Patienten waren explizit nicht der, für die Feststellung einer eventuellen Dienstuntauglichkeit zuständige „Superarbitrierungskommission“ zuzuführen. Folglich hatte sie auch keinerlei Anspruch auf einen finanziellen Ausgleich kriegsbedingter Schäden an ihrer Gesundheit, lediglich die Kosten der stationären Unterbringung wurden von öffentlicher Hand übernommen. Erst mit der festgestellten Heilung von ihrer Geisteskrankheit wäre es möglich gewesen diese Soldaten, ebenfalls über den Weg der benannten Kommission, wieder in den Kriegsdienst einzuberufen.⁷¹⁶ Aufgrund dieser strikten Differenzierung „nerven“- und

⁷¹³ Bruno DRASTICH, Organisatorisches über Kriegsneurosen und -psychosen. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 68 (1918) Sp. 2053 -2064. Hier: 2063.

⁷¹⁴ Ebd., 2056f.

⁷¹⁵ Die Bestimmungen zur Abgabe geistesrankeer Gagisten wurden im Gegensatz zu den zu „beobachtenden Fällen“ während des Krieges nicht verändert, sie stammten noch aus den Jahren 1899 und 1908. In: ÖStA, KA, Generalkomm. Wien, Präs. 47, 1917, Karton 821, Erlass des k.u.k.KM, Abt. 1, Nr. 5025 vom 5. April 1917. Gagisten durften nach „abgelaufener Geisteskrankheit“ erst mit der Entscheidung des Kriegsministeriums wieder der aktiven Militärdienstleistung zugeführt werden. Diese basierte auf einer spezialärztlichen Beobachtung in einem Garnisonspital und der Genehmigung der Superarbitrierungskommission.

⁷¹⁶ DRASTICH, Organisatorisches über Kriegsneurosen und -psychosen, 2063. Die Frage ob „Psychopathisch-Minderwertige“ überhaupt zum Kriegsdienst einberufen werden sollten, wurde schon einige Zeit vor dem Ausbruch der militärischen Auseinandersetzungen diskutiert. So plädierte der Autor bereits 1906 dafür, dass diese keinesfalls zum Dienst mit der Waffe, aber auch nicht zum Landsturmdienst einberufen werden sollen. Entsprechend der Bestimmungen seitens des Dienstbuches N-1 waren sie zu letzterem als geeignet eingestuft worden. Auf diese Weise konnten sie allerdings über die Musterung der Landsturmpflichtigen auch wieder in die Armee gelangen. Der Autor sah diese Entscheidung als einer der Gründe der so rasant angestiegenen Zahl kriegsbedingter psychischer Erkrankungen und deren notwendig gewordenen Begutachtungen an.

„geisteskranker“ Patienten ist davon auszugehen, dass es *Am Steinhof* nicht zur Anwendung der äußerst schmerzhaften elektro-„therapeutischen“ Methoden gekommen war. Diese standen in einem engen Zusammenhang mit dem Ziel der Wiederherstellung der Frontdiensttauglichkeit. Die in der Anstalt stationär aufgenommenen Soldaten und auch Offiziere wurden aber für den Kriegsdienst erst gar nicht mehr als geeignet angesehen.

Im Laufe des Jahres 1915 wurde – inklusive der Patienten aus dem Militär – die Belegzahl von 4000 Kranken wiederholte Male überschritten.⁷¹⁷ Die in den Krieg eingerückten Ärzte konnten nicht ersetzt werden, deren Aufgaben mussten die an der Anstalt verbleibenden Mediziner ausgleichen. Zu dieser Zeit wurden erstmals Pflegerinnen auf den Männerabteilungen eingesetzt. Diese Vorgehensweise war aus unterschiedlichen Gründen auch in den Jahren zuvor immer wieder diskutiert worden. Nicht zuletzt sah man die angebliche größere Belastbarkeit der Frauen und deren bessere Verträglichkeit mit den Patienten als äußerst günstig für den Anstaltsbetrieb an. So waren manche Mediziner Anfang des 20. Jahrhunderts der Ansicht, dass mit der Pflege durch Frauen nicht zuletzt auch auf den Abteilungen für unruhige Patienten die tätlichen Übergriffe seltener und auch weniger intensiv wären. Die angeblichen besonderen weiblichen Eigenschaften für diesen Beruf wurden stets betont: *„Da das weibliche Dienstpersonal im allgemeinen geduldiger ist, sich besser beherrscht und ein ausgesprochenes Mitgefühl besitzt, so erträgt es besser die Launen, das Schreien, die Unruhe und die Tätlichkeit der Kranken. Die unsauberen Kranken rufen bei den Frauen kein Ekelgefühl hervor, weil sie schon von der Kinderpflege her daran gewöhnt sind. Die Überwachung der Kranken wird vom weiblichen Dienstpersonal weit gewissenhafter gehandhabt als vom männlichem, so dass die Fluchtfälle sich bedeutend verringert haben.“*⁷¹⁸

Eine 1907 anhand der Daten von hundert Anstalten des deutschsprachigen Raumes erstellte Umfrage zeigt, dass zu diesem Zeitpunkt erst neun Institutionen Pflegerinnen auf Männerabteilungen einsetzen hatten.⁷¹⁹ Die Aufhebung der

⁷¹⁷ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst` o. Z. / 1915. Ansuchen an den Landesausschuss vom 27. Mai 1915 zwecks Einschränkung des Aufnahmesprengels. Die Belegzahl war im Laufe dieses Jahres auf das Doppelte der vorgesehenen Zahl angestiegen. Im März waren beispielsweise insgesamt 3840 Geisteskranke, davon 167 Soldaten stationär aufgenommen. Ebd., o. Z. / 1915. Schreiben vom 12. März 1915.

⁷¹⁸ Zeitschrift für Krankenpflege (1908). Zitiert von: BRESLER, Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens, 256.

⁷¹⁹ Ebd.

geschlechtsspezifischen Pflege war wegen des großen Mangels an Pflegepersonal im Ersten Weltkrieg jedoch praktische Notwendigkeit geworden.⁷²⁰ Darüber hinaus haben ab Kriegsbeginn auch freiwillige Pflegerinnen mitgearbeitet. Sie mussten Erfahrungen in der Pflege vorweisen können, wurden „entsprechend belehrt“, waren in der Anstalt untergebracht und durften keinesfalls bei Infektionskranken eingesetzt werden.⁷²¹

Eine weitere wesentliche Änderung in der Krankenpflege war die Umstellung des Nachtdienstes auf die sogenannte „schottische Nachtwache“. Mit dieser ebenfalls seit längerer Zeit diskutierten Form des Dienstes sollten Pflegende über längere Zeit hinweg ausschließlich während der Nacht arbeiten und tagsüber Anspruch auf ruhig gelegene Schlafräume haben. Der Leiter der niederösterreichischen Anstalt in Mauer-Öhling verwies auf die dort bereits seit 1904 gemachten guten Erfahrungen. Dabei berichtete er auch, wie der Nachtdienst in anderen Anstalten zu diesem Zeitpunkt gehandhabt wurde. So gab es nach der Jahrhundertwende nur mehr wenige Anstalten, die gar keinen Nachtdienst hatten, manche Institutionen überwachten gar nur die unruhigen Patienten. Ein gängiges Modell war die sogenannte „Laufwache“, bei der die Pflegenden auf mehreren Abteilungen ihren Dienst verrichteten, oder aber die Wechsellachtwache, bei der nach einem Tagdienst auch noch die halbe Nacht Dienst, beziehungsweise umgekehrt, nach einem halben Nachtschicht noch einen Tagdienst verrichtet werden musste. Etwa bei der Hälfte aller Anstalten war die „schottische Nachtwache“ bereits nach der Wende zum 20. Jahrhundert eingeführt.⁷²²

An dieses Modell war die Frage gekoppelt, wo die Pflegenden ungestörte Erholungsphasen finden könnten. *Am Steinhof* wurde die Dauernachtwache 1916 probeweise eingeführt. Als deren wesentlicher Vorteil galt der Umstand, dass das Personal die Bedürfnisse der Patienten bei Nacht besser kenne, allgemein größere Ruhe herrsche, weniger Verletzungen vorkämen und die Pflegenden sich untertags

⁷²⁰ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ o. Z. / 1915. Schreiben vom 31. Mai 1915. Der nach Kriegsende stattgefundene Abbau der Vielzahl der weiblichen Pflegekräfte wurde als sehr schwierig bezeichnet: Alfred MAUCZKA, Fünfundzwanzig Jahre Steinhof. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 34 (1932) 493-497. Hier: 494. Mauczka war als Nachfolger von Josef Berze von 1928 bis 1945 Direktor der Anstalt *Am Steinhof*, ab Anfang des Jahres 1944 befand er sich in Krankenstand, im Juli 1945 wurde er außer Dienst gestellt. Nähere Angaben zu seiner Person: GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe, 161.

⁷²¹ Ebd., D 122 / 1914.

⁷²² Josef STARLINGER, Die Dauernachtwache. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 7 (1905/06) 345-349.

besser ausruhen können. Zur quantifizierenden Qualitätsprüfung der Umstellung wurden das Körpergewicht des Personals und die Zahl der Dienstvernachlässigungen erhoben. Die Umstellung auf das neue Modell erforderte allerdings die Systemisierung 38 neuer Stellen und wurde sowohl seitens der Leitung als auch des Personals befürwortet.⁷²³ Diese Änderung der Dienstordnung ist bereits im Zusammenhang mit den dramatischen kriegsbedingten Umständen zu sehen. Diese sollte die Patienten in den psychiatrischen Anstalten besonders hart treffen. Spätestens ab Anfang des Jahres 1916 kam es zu einer starken Gegenentwicklung der Patientenzahlen, es wurden weit weniger Kranke aufgenommen, zugleich aber war aufgrund der immer mangelhafteren Versorgung die Mortalitätsrate rapide angestiegen.⁷²⁴ Genaue Zahlenangaben existieren nur für ein Kriegsjahr. Der Anteil der 1916 in der Anstalt verstorbenen Patienten war gemessen an der Gesamtanzahl der Insassen von etwa 5% in Friedenszeiten auf 14,8% gestiegen.⁷²⁵ Die Verteilung zusätzlicher Nahrungsmittel an verwundete und aufgrund ihrer psychischen Erkrankung körperlich sehr geschwächte Kranke wurde nur mehr über genaue, an

⁷²³ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel 'Anstaltsdienst' o. Z. / 1916. Schreiben vom 20. November 1916. Vgl. dazu auch das „Gutachten des niederösterreichischen Landes-Sanitätsrates über die Frage der Regelung des Nachtdienstes des Pflegepersonals in den Privat-Irrenanstalten“. In: Ebd. Faszikel 'Anstaltsdienst' o. Z. / 1916. Doch auch diese Regelung ist nur als eine minimale Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen der Pflegenden zu nennen. Als Indiz für die großen Belastungen ist der weiterhin große Wechsel der Angestellten anzusehen. Viele Angestellte gingen nach der Absolvierung ihres Kurses in besser zahlende Anstalten. Eine seitens der Leitung getroffene Regelung zur Verhinderung der hohen Fluktuation der Pflegenden sah vor, dass über die abgelegte Prüfung kein Dokument ausgestellt werden sollte. Lediglich ein Hinweis am Dienstzeugnis sollte darüber Auskunft geben. Dieser Vermerk wurde aber erst nach mindestens drei Jahre Pflegedienst eingetragen. In: WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel 'Pflegerangelegenheiten' o. Z. / 1915. Wegen des anstrengenden Dienstes und der vielen zu absolvierenden Nachtdienste beantragte Direktor Schloß für die Pflegenden 1917 erhöhte Brotationen. In: Ebd., o. Z. / 1917. Schreiben vom 12. Februar 1917.

⁷²⁴ Im Pavillon XIX war es im August 1915 zum Ausbruch von Typhus gekommen Diese Infektionskrankheit und auch die gefürchteten Blattern führten zu rigorosen Regelungen innerhalb der Anstalt. In den Archivalien der Direktionsregistratur finden sich zahlreiche Auflistungen vorgenommener Impfungen der PflegerInnen. Besucher durften nur mehr die Anstalt betreten, wenn sie vorweisen konnten entsprechend immunisiert zu sein. In: WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel 'Pflegerangelegenheiten' 100 / 1916. Auch in anderen geschlossenen Anstalten war, wie beispielsweise im Versorgungsheim Klosterneuburg die Anzahl der Patienten während des Krieges wegen der zahlreichen Todesfälle rapide gesunken. In: Ebd., Faszikel 'Anstalts-Angelegenheiten' 153 / 8 / 1916.

Bereits im Jahre 1916 wurde die Frage der Ernährung von Kranken, sowohl innerhalb von Krankenanstalten als auch in der häuslichen Pflege eigens thematisiert. W. FALTA, Krankenernährung während des Krieges. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 65 (1915) Sp. 949f. Abdruck eines Vortrages in der Gesellschaft für die gesamte Therapie. Die Reduktion der Kostzubeußen schlug sich „aus Rücksicht auf die durch die Kriegslage gebotene sparsame Verwendung der Lebensmittelvorräte“ entsprechend positiv auf die Bilanzen der Anstaltskosten nieder. In: STPNÖ 1915, Beilagen der 11. Wahlperiode, 1/3, S. 246.

⁷²⁵ Handschriftlich überschriebener Jahresbericht der niederösterreichischen Landesanstalten, 22.

das Innenministerium zu richtende Begründungen gewährt.⁷²⁶ Ab November 1916 sind erste Proteste zu den drastischen Auswirkungen der kriegsbedingten Rationierung von Lebensmitteln dokumentiert. Die Leiter der einzelnen Abteilungen meldeten Gewichtsabnahmen von Patienten, die durchschnittlich fünf bis sechs, in einzelnen Fällen sogar bis zu fünfzehn Kilo abgenommen hatten. Im Sommer dieses Jahres war die Zahl der Erkrankungsfälle an Skorbut – ein deutliches Zeichen für akuten Nahrungsmangel – stark angestiegen.⁷²⁷ Seitens der Leitung wurde wiederholte Male die rückgängige Zahl der arbeitenden Patienten beklagt, die Primärärzte wurden angewiesen, dass sich deren Anzahl zur Aufrechterhaltung des Anstaltsbetriebes wieder erhöhen müsse.⁷²⁸

Die ökonomisch äußerst problematische Lage, vor allem hinsichtlich der Nahrungsmittelversorgung, aber auch die nur mehr mangelhafte medizinische und pflegerische Betreuung während der Kriegsjahre führten bis 1917 aufgrund der vielen Todesfälle zu einem Rückgang des Gesamtstandes in der Anstalt um 900 Patienten. Ende des Jahres 1918 waren es nur mehr 2290 zu versorgende Kranke.⁷²⁹ Die allgemeine Versorgungskrise traf die Insassen der nach Erving Goffmann benannten „totalen Institutionen“ besonders hart, da sie keinerlei Möglichkeiten hatten, die ihnen zustehenden Nahrungsrationen anderweitig zu ergänzen.⁷³⁰ Der eingangs erwähnte

⁷²⁶ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ 60 / 1916.

⁷²⁷ Ebd., 156 / 1916. Schreiben vom 4. November 1916. Die Gewichtsabnahme der im Pavillon XXIII untergebrachten 33 Kriegsgefangenen wurde bereits Anfang des Jahres 1916 mit durchschnittlich elf Kilo beziffert.

Im Dezember 1916 wurde unter der Ägide des Bürgermeisters Weiskirchner eine „Beratungsstelle für Ernährung der Kranken während des Krieges“ eingerichtet. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 66 (1916) Sp. 76f. Mit dieser Initiative sollten vor allem die nicht stationär untergebrachten Kranken unterstützt werden.

⁷²⁸ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Zirkulanden´ o. Z. / 1916. Weisung von Direktor Schlöß an die Primärärzte, dass die stark rückgängige Zahl der arbeitenden Pflinglinge wieder erhöht werde. Weitere dieser Anweisungen stammen vom 16. Jänner 1917 und vom 11. April 1917. In: Ebd., o. Z. / 1917. Vgl. dazu auch: STPNÖ, 1915, Beilagen der 11. Wahlperiode, 1/3, S. 246. Anhand der Differenzen zwischen den Etatvoranschlägen und den Finanzabschlussberichte der Anstalt sind die drastischen Einsparungsmaßnahmen im Betrieb der Institution deutlich sichtbar. In diesen Auflistungen lassen sich zahlreiche Einsparungen aufgrund des – zu diesem Zeitpunkt offenbar noch möglichen – forcierten Heranziehens der Arbeitskräfte von Patienten belegen.

⁷²⁹ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Militärangelegenheiten´ o. Z. / 1917. Schreiben vom 5. Oktober 1917.

Gemäß der quantitativen Angaben der online-Ausstellung „Der Krieg gegen die `Minderwertigen´. Zur Geschichte der NS-Medizin in Wien“ fielen während des Ersten Weltkrieges insgesamt an die 2.800 Patienten und Patientinnen der dramatischen Nahrungsmittelknappheit und den Infektionskrankheiten zum Opfer. Vgl. dazu: <http://www.gedenkstaetteinhof.at/>

⁷³⁰ Heinz FAULSTICH, Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie (Freiburg 1998) 25f. Hans-Ludwig SIEMEN, „Menschen blieben auf der Strecke ...“. Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus (Gütersloh 1987) 29. Rund 70.000 Insassen verhungerten während des Ersten Weltkrieges in den psychiatrischen Anstalten Deutschlands.

Mangel an Quellen ist an dieser Stelle in besonderer Weise eklatant. Einige wenige Zahlen, vor allem aber die archivalischen Leerstellen selbst deuten auf schwierigste Bedingungen, denen die Insassen der Anstalt in einem weitaus höherem Maße ausgesetzt waren als die, ebenfalls unter mangelnder Versorgung leidende Bevölkerung.

4.3. „Der Weltkrieg, der Kriegsausgang und die Psychiatrie“⁷³¹:

Der Umgang mit der schwierigen Versorgungslage, die administrativen Änderungen *Am Steinhof* und die Hoffnungen auf einen Neubeginn

Die erste Studie, die die während des Ersten Weltkrieges stark angestiegene Mortalitätsrate der Anstaltsinsassen thematisierte, stammt von Julius Wagner-Jauregg. In der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift beschreibt er 1921 die „Krankensbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten“ seit dem Ausbruch des Krieges. Die dort publizierten Tabellen zeigen, dass die Zahl der Todesfälle bereits im ersten Kriegsjahr zugenommen hatte. In den Jahren von 1915 bis 1917 war die Mortalitätsrate bereits auf etwa das Dreifache der Friedensjahre angestiegen, 1917 lag deren Höchststand bei 26,7%.⁷³² Insgesamt war der Verpflegungsstand in den Anstalten im Vergleich zu dem der Friedensjahre durchschnittlich auf etwa die Hälfte gesunken. Diese Häufung der Todesfälle fand auch in den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg kein unmittelbares Ende. So lag die Mortalitätsrate der in Österreich stationären Patienten auch noch im Jahre 1919 bei 16,25%, also etwa doppelt so hoch wie in den Jahren vor dem Krieg.⁷³³ Die Gründe oder Auswirkungen der stark angestiegenen Morbiditäts- und Mortalitätszahlen

⁷³¹ Erwin STRANSKY, Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. II. Spezieller Teil (Leipzig 1919). Dies ist der Titel seines letzten Kapitels.

⁷³² Die bereits erwähnte Mortalitätsrate der Anstalt *Am Steinhof*, nämlich 5% im Jahre 1913, war offensichtlich um einiges niedriger als die durchschnittliche Rate aller österreichischen psychiatrischer Anstalten. Leider existieren für die Zeit nach 1916 keine Zahlenangaben, die sich ausschließlich auf die Anstalt *Am Steinhof* beziehen.

⁷³³ Julius WAGNER-JAUREGG, Die Krankensbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten seit Kriegsbeginn und die Abnahme des Alkoholismus. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 22 (1920/21) 357-360 und 373-376.

wurden in dieser Zeitschrift außer der zitierten Berechnung, aber auch in den Jahrbüchern des Vereins für Psychiatrie und Neurologie nicht weiter erörtert. Findet sich diese Problematik überhaupt thematisiert, so drehten sich die Fragen eher um die Erfassung der Belegzahlen an sich und die Befürchtung, dass sie in den folgenden Jahren wieder stark ansteigen werde.⁷³⁴

Der allgemeine Notzustand der ökonomischen Lage hielt auch in den ersten Nachkriegsjahren weiter an. So führte beispielsweise der Mangel an Brennmaterial dazu, dass noch im Jahre 1921 von den insgesamt 39 Pavillons weiterhin neun gesperrt bleiben mussten. Zu diesem Zeitpunkt war der Patientenstand bereits wieder auf knapp 3000 angestiegen, die Mortalitätsrate war aber aufgrund der allgemeinen Unterernährung und der mangelnden hygienischen Umstände noch immer nicht auf das Niveau der Vorkriegszeit zurückgegangen. So sollten gemäß der Hausordnung die Patienten mindestens einmal wöchentlich gebadet werden, dies war – um die Not der Zeit exemplarisch aufzuzeigen – nur mehr ein bis zwei Mal pro Monat möglich. Auch die aus therapeutischen Gründen verordneten Dauerbäder mussten auf die dringendsten Fälle beschränkt werden, als Alternative dienten verschiedene medikamentöse Behandlungen oder auch die Isolierung der unruhigen Kranken.⁷³⁵

Relativ rasch nach Kriegsende kam es erstmals zu einem Wechsel in der Leitung der Wiener Institution. Josef Berze (1866-1957) war bereits seit 1902 im Dienst der niederösterreichischen Landesanstalten und wurde 1919, nach der Pensionierung seines Vorgängers, Direktor der Anstalt. In dieser Position blieb auch er bis zu seinem Ruhestand im Jahre 1928. Als leitender Direktor der Anstalt war er, wie zuvor auch Heinrich Schlöss, Mitglied des Landesgesundheitsrates. Von 1929 bis 1932 war er zudem Vizepräsident des Vereins für Psychiatrie und Neurologie.⁷³⁶ Berze

⁷³⁴ Z.B.: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 27 (1925) 7. Dieser (anonyme) Autor schätzte, dass binnen Jahresfrist die vor dem Ersten Weltkrieg bestandene Patientenanzahl wieder erreicht sein werde.

⁷³⁵ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 23 (1921/22) 205f. Bericht von Thomas Scherrer, Sekundararzt *Am Steinhof*. Scherrer war als Wirtschaftsarzt tätig.

⁷³⁶ Ein kurzer Lebenslauf von Josef Berze findet sich in: HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 409; GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe, 160. Vor seiner Position als Direktor der Anstalt war er von 1907 bis 1912 Abteilungsvorstand (der Pflegeanstalt, ab 1910 des Sanatoriums), von 1912 bis 1918 war er der Direktor der psychiatrischen Anstalt in Klosterneuburg. Josef Berze fungierte lange nach seiner Pensionierung als Gutachter für Zwangssterilisationen im Rahmen des in der „Ostmark“ ab 1940 geltenden „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“. Die Richter des Erbgesundheitsgerichtes Wien beauftragten insgesamt 25 Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen zur Erstellung der Gutachten. Josef Berze und Otto Pötzl, seit 1928 der Nachfolger von Julius Wagner-Jauregg an der Neurologisch-Psychiatrischen

veröffentlichte eine Vielzahl von Beiträgen zu Themen der praktischen Psychiatrie und zu vererbungstheoretischen, forensischen und sozialpsychiatrischen Fragen.⁷³⁷ Internationalen Ruf konnte er mit seinen Monographien über die Heredität von Psychosen und zur Psychopathologie der Schizophrenie erlangen.⁷³⁸ Im Jahre 1920 wurde die niederösterreichische Anstalt in Klosterneuburg aufgelassen, zugleich wurden in allen „Landesanstalten für Geisteskranke und schwachsinnige Kinder“ die Gebühren für die Verpflegung neu geregelt.⁷³⁹ Zu einschneidenden Änderungen in der Administration kam es allerdings mit dem Wechsel der Trägerschaft der Anstalt *Am Steinhof* als einer bis dato niederösterreichischen Institution auf das, seit Anfang des Jahres 1922 eigenständige Bundesland Wien. Ab diesem Zeitpunkt lautete ihre offizielle Bezeichnung „Wiener Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke *Am Steinhof*“. Die Heil- und Pflegeanstalt in Ybbs wurde ebenfalls der Wiener städtischen Verwaltung überantwortet.⁷⁴⁰ Mit den in der niederösterreichischen Verwaltung verbliebenen Heil- und Pflegeanstalten Gugging und Mauer-Öhling kam es in der Folge zu einem umfangreichen Austausch der

Universitätsklinik, erstellten mehr als die Hälfte dieser Gutachten. Am Erbgesundheitsobergericht, welches über Beschwerden gegen erstinstanzliche Beschlüsse entschied, trugen sie im Großteil der Verfahren maßgeblich zur Entscheidungsfindung bei. Vgl. dazu ausführlicher: Claudia SPRING, Zwischen Krieg und Euthanasie. Zwangssterilisationen in Wien 1940-1945 (Wien 2009) 132f.

⁷³⁷ Eine Auflistung sämtlicher Publikationen Berzes bis zum Jahre 1909 findet sich in: UAW, Medizinische Fakultät 41, Personalakt Josef Berze. Weitere seiner Publikationen sind benannt in: KREUTER, Deutschsprachige Psychologen und Psychiater, Bd. 1, 117f. Vgl. dazu auch die im Abschnitt 3.8. zitierten Publikationen von Berze.

⁷³⁸ Josef BERZE, Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Beitrag zur Hereditätslehre (Leipzig, Wien 1910); Ders., Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität (Leipzig, Wien 1914); Ders., Hans W. GRUHLE, Psychologie der Schizophrenie (Berlin 1929).

⁷³⁹ WStLA, Mag.Abt.209, A1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1920. Schreiben vom 1. September 1920. Im Sanatorium kostete die Unterbringung in der 1. Klasse mit einer eigener Pensionärswohnung täglich 300 Kronen, ein Einzelzimmer 200 Kronen, ein Zimmer für eine Begleitperson 100 Kronen. In der 2. Klasse waren 100 Kronen, in der Zwischenklasse 2.a. 70 Kronen, in allen Fällen jedoch mindestens 1500 Kronen monatlich zu bezahlen. Im Vergleich dazu kostete die 3. Klasse 60 Kronen, die 4. Klasse 50 Kronen. Die Unterbringung in Mauer-Öhling war etwas preisgünstiger (1. Klasse 100, 2. Klasse 70 und in der 3. Klasse 50 Kronen), in Ybbs gab es nur die Möglichkeit der Unterbringung in der 2. oder 3. Klasse (60 beziehungsweise 50 Kronen), in Gugging gar nur eine 3. Klasse (50 Kronen).

⁷⁴⁰ WStLA, Mag.Abt. 209, A1, Faszikel `Anstaltsdienst´ K 199 / 1921. Der Zentralinspektor der Kriegsspitäler Wiens, Regierungsrat Dr. Leo Schärf, wurde als Vertrauensmann für die Übergabe der Amtsgeschäfte eingesetzt. Er erhielt die vollen Rechte zur Einsichtnahme in die administrativen Unterlagen. Ebd., K 132 / 1921. Diese Dokumente waren von der Niederösterreichischen Landes-Verwaltungskommission und vom neu eingesetzten Wiener Stadtrat Dr. Julius Tandler unterzeichnet. Vgl. zur neuen Festlegung der Aufnahmebezirke: Ebd., K 15 / 1922. Die Anstalt in Klosterneuburg war in ihrer ursprünglichen Funktion für psychisch Kranke im Frühjahr 1920 aufgelassen und auf Verfügung von Julius Tandler als Bundesheilanstalt für geschlechtskranke Frauen und Mädchen umgewandelt. In: GEMEINDE WIEN (Hg.), Das Neue Wien. Städtewerk, Band II (Wien 1927) 513.

Kranken.⁷⁴¹ Waren Pfleglinge nach Niederösterreich zuständig, so konnten diese nur mehr interimsmäßig *Am Steinhof* verbleiben.⁷⁴² Insgesamt waren es wesentlich mehr Patienten, die in den Wiener Anstalten untergebracht waren und nach Niederösterreich transferiert werden sollten, als umgekehrt.⁷⁴³

Über Verfügung des nun für die „Humanitätsanstalten“ letztverantwortlichen Wiener Stadtrates Julius Tandler wurde das Sanatorium von der restlichen Anstalt administrativ getrennt und ab Juli 1921 „Sanatorium Baumgartnerhöhe“ bezeichnet.⁷⁴⁴ Schon während des Krieges waren dort weitaus weniger zahlende Patienten aufgenommen worden, zudem waren einige der Pavillons für erkrankte Offiziere vorgesehen.⁷⁴⁵ Zu einer regelrechten Aufnahmesperre war es ein Jahr später gekommen⁷⁴⁶, die „Pensionäre der II. Klasse“ wurden in den Pavillons IX und XII der Heilanstalt untergebracht.⁷⁴⁷ Mit dem Gemeinderatsbeschluss vom 29. September 1922 wurde der Betrieb des Sanatoriums, wie es hieß, aus finanziellen Gründen gänzlich eingestellt.⁷⁴⁸ In diesen Pavillons wurde im Mai 1923 eine

⁷⁴¹ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, A 365 / 1922. Dieser Vertrag wurde zwischen den Vertretern der niederösterreichischen Landesregierung und der Mag. Abt. 9, datiert vom August 1922, abgeschlossen. Die Krankenakten der zu transferierenden Kranken sollten im Original mitgegeben werden. Da die Anstalt *Am Steinhof* zu diesem Zeitpunkt schon wieder überbelegt war, wurden viele nach Wien zuständige Patienten nach Ybbs verlegt, wo es noch ausreichend freie Plätze gab.

⁷⁴² Normaliensammlung der Anstalt *Am Steinhof*, Amtsvermerk vom 12. April 1922. Ich danke Prof. Eberhard Gabriel für die freundliche Einsichtnahme in die Archivalien.

⁷⁴³ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, A 154 / 1922. So befanden sich im März 1922 in den niederösterreichischen Landesanstalten 317 Kranke, die nach Wien zuständig waren, dagegen waren in den beiden Wiener Anstalten Steinhof und Ybbs insgesamt 518 mittellose niederösterreichische Kranke. Diese Regelung führte offenbar in der Folge zu Problemen an der Klinik, die stets einen möglichst raschen Patientenwechsel anstrebte. Mit der neuen Regelung war es nicht mehr möglich, Patienten einzeln nach Gugging oder Mauer-Öhling zu transferieren. In: WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, K 15/2 / 1922. Protestnote Wagner-Jauregg.

Gemäß der Vorgaben der neu festgelegten Statuten sollten „heilbare Geisteskranke ohne Rücksicht darauf, ob sie gemeinschädlich oder harmlos sind“, im Weiteren „unheilbare Geisteskranke, wenn sie gemeinschädlich sind“, oder auch „Geistessieche, nämlich unheilbare, harmlose Geisteskranke“ aufgenommen werden. In: WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, o. Z. / 1922. Allgemeines Protokoll im Einvernehmen mit der Mag. Abt. 8, 9 und 12 sowie mit der Direktion der Anstalt *Am Steinhof*.

⁷⁴⁴ Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 23 (1921/22) 172; WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ K 145 / 1 / 1921. Die Direktion war weiterhin für beide Komplexe zuständig. Josef Berze war zugleich Direktor und erster Chefarzt des Sanatoriums, zweiter Primararzt war Karl Richter. Die administrative Oberleitung der Anstalt war nach 1918, dem Zeitpunkt der Pensionierung Hermann Bielohlaweks, dem Landesausschussreferenten Josef Sturm, von 1919 bis 1921 dem Landesrat Karl Volkert übergeben worden. In: MAUCZKA, Fünfundzwanzig Jahre Steinhof, 497.

⁷⁴⁵ Bereits 1915 waren die Ausgaben zur Bewerbung des Sanatoriums im Ausland gänzlich unterblieben. In: STPNÖ 1915, Beilagen der 11. Wahlperiode, 1/3, S. 247.

⁷⁴⁶ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 1922, Allgemeines Protokoll, A 73 / 1922.

⁷⁴⁷ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, A 360 / 1922. Die dort untergebrachten Pfleglinge der III. Klasse mussten umgehend auf andere Abteilungen verlegt werden.

⁷⁴⁸ Zitiert in: Normalienbuch der Anstalt *Am Steinhof* 1923-1928, Mag.Abt. 9, Nr. 177 / 1929. Protokollzahl 7953.

Die von Heinrich Obersteiner geleitete Döblinger Privatheilanstalt im 19. Wiener Gemeindebezirk wurde bereits 1918 aufgelassen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 19 (1917/18) 299.

Heilstätte für „leichtlungenkranke Frauen“ eingerichtet. Diese war anfangs für 250 Kranke konzipiert, in den folgenden Jahren aber stetig erweitert.⁷⁴⁹

Reformen der strengen und hierarchisch geprägten Anstaltsordnung waren nach Kriegsende mit dem Aufbau eines demokratischen Staatswesens möglich geworden. Erste berufsständische Organisationen, bei der auch die in der Psychiatrie arbeitenden Pflegenden einbezogen waren, gab es bereits um die Wende zum 20. Jahrhundert. So wurde 1898 in Wien der – allerdings nur drei Jahre währende – „Hilfsverein für Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen“ gegründet. Im Jahre 1901 wurde der „österreichische Verein aller in der Krankenpflege im Kur- und Badewesen beschäftigten Personen“ initiiert. Ein wesentlicher Punkt der Satzungen dieser Zusammenschlüsse war, dass zu den Anstaltsdirektoren stets ein friedliches und kooperatives Verhältnis zu pflegen sei. In der die Interessen der Angestellten vertretenden Zeitschrift „Die Irrenpflege“ wurden sozialdemokratische Bestrebungen entschieden abgelehnt. Die leitenden Ärzte der Anstalt *Am Steinhof* hatten, wie es wörtlich hieß, „jegliche Versuche einer terroristischen Beeinflussung der Pflegepersonen“ für lange Zeit strengstens verboten. Versammlungen des Personals waren seitens der Leitung stets genau kontrolliert worden.⁷⁵⁰

Zu durchschlagenden Änderungen in der Interessensvertretung der Angestellten kam es somit erst in der unmittelbaren Nachkriegszeit. Der Landesausschuss hielt als die oberste Verwaltungsbehörde explizit fest, dass Wünsche und Beschwerden des Personals nur auf dem Dienstwege und direkt an die Leitung der Anstalt zu richten seien. Die Angestellten waren nunmehr durch die im Mai 1919 neu eingerichteten Betriebsräte vertreten, die einmal wöchentlich eine Besprechung in der Direktion hatten. Im Zentrum der Forderungen standen die Verkürzung der Arbeitszeiten, längere Urlaubsphasen und allgemein bessere Arbeitsbedingungen. So ist beispielsweise eine Anfrage an den Landesausschuss dokumentiert, ob es möglich

⁷⁴⁹ Die Aufnahme des Betriebes der Lungenheilstätte erfolgte am 22. Mai 1923. Wegen der 1926 erfolgten Auflassung der Heilanstalt „Spinnerin am Kreuz“ wurde in der Lungenheilstätte eine Kinderabteilung mit 80 Betten eingerichtet. In: Normalienbuch der Anstalt *Am Steinhof* 1923-1928, Nr. 44; Beschluss des Gemeinderates vom 16. Juni 1926. Die Kinderabteilung wurde später auf 200 Betten erweitert: Ebd., Nr. 122; Beschluss des Gemeinderates vom 30. September 1927. Die Frauenabteilung wurde 1928 auf 300 und ein Jahr später auf 360 Betten erweitert. In: Ebd.

⁷⁵⁰ Es sind Vorfälle aus dem Jahre 1905 und 1908 dokumentiert, wo angeblich Einladungen zu einem Tanzabend verteilt wurden. Ein Traktpfleger hatte der Direktion gemeldet, dass es sich bei dieser Veranstaltung vermutlich um eine „Agitation des Pflegepersonals“ handle. Sowohl die Teilnahme, als auch das Nichtmelden solcher Veranstaltungen war, wie es hieß, ungeachtet der Dauer des Dienstverhältnisses oder des Familienstandes Grund für eine sofortige Entlassung. In: WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 4210 / 1904. Diesem Vorfall folgte umgehend eine entsprechende Weisung an das Pflegepersonal aller niederösterreichischen Anstalten.

wäre, dass Pflegepersonen, die länger als zehn Jahre *Am Steinhof* gearbeitet haben, keinen Nachtdienst mehr leisten müssten. Eine daraufhin erstellte Erhebung zeigte, dass diese Regelung wegen der hohen Personalfuktuation ohnehin nur ganz wenige betroffen hätte.⁷⁵¹ Ledige schwangere Frauen wurden, wie es die Akten lapidar dokumentieren, „*unter dem Hinweis auf die ihnen zugänglichen Einrichtungen der niederösterreichischen Landesgebäranstalt rechtzeitig gekündigt, ihr Wiedereintritt sollte aber ermöglicht werden.*“⁷⁵²

Wichtige Reformpunkte waren die Ausdehnung der Zahlungen im Falle eines Krankenstandes⁷⁵³ und die Verlängerung der Ausgänge und Urlaube. Jeder sechste Tag war nicht mehr wie bisher halbtags, sondern zur Gänze dienstfrei. Ledige Pflegepersonen hatten von sechs Uhr früh bis zehn Uhr abends Arbeitspause, Verheiratete durften bis um sechs Uhr früh am nächsten Morgen der Anstalt fern bleiben. Eine anstaltsinterne Regelung besagte, dass verheiratete Pflegerinnen „*nach Maßgabe des Dienstes*“, also abhängig von der Entscheidung ihrer Vorgesetzten und der Arbeitsanforderungen, „*abends einige Stunden frei bekommen sollten, um ihre Kinder sehen zu können.*“ Eine anstaltsinterne Auflistung zeigte aber, dass der Großteil der Kinder gar nicht bei den Eltern, sondern am Land bei Verwandten oder auch gegen Bezahlung untergebracht war.⁷⁵⁴

Zu diesem Zeitpunkt wurde auch der Erholungsurlaub um vier auf insgesamt neun Urlaubstage pro Jahr verlängert. Im selben Jahr wurde die dienstfreie Zeit abermals neu geregelt, die OberpflegerInnen der einzelnen Abteilungen bekamen jeden dritten Tag einen halbe Schicht frei, alle zwei Wochen hatten sie Anspruch auf einen ganzen Tag ohne weitere Verpflichtungen. Die ArbeitspflegerInnen hatten „nach Dienstmöglichkeit“ jeden Tag nach Abschluss der Arbeit, im Sommer um fünf und im Winter um vier Uhr, und jeden Sonntag frei. Die auf den Stationen arbeitenden PflegerInnen waren mit dieser neuen Regelung jeden fünften Tag dienstfrei, 1921

⁷⁵¹ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ o. Z. / 1918. So hatten beispielsweise von der Frauenabteilung mit insgesamt sechzig Pflegerinnen nur fünf Personen länger als ein Jahrzehnt in der Anstalt gearbeitet.

⁷⁵² WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ o. Z. / 1920. Die Betriebsräte und auch die Leiter der Anstalten *Am Steinhof* und in Mauer-Öhling setzten sich – allerdings ohne Erfolg – für die Gleichstellung unverheirateter Mütter ein.

⁷⁵³ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Circulanden´ o. Z. / 1918. Wenn eine Wöchnerin ihr Kind auch stillte, erhielt sie zwölf Wochen lang ein Drittel des Krankengeldes ausbezahlt. Die Krankenunterstützungen wurden bereits einige Jahre zuvor von bis dahin 20 auf 26 Wochen ausgedehnt. Darüber hinaus wurde, allerdings nur für verheiratete Pflegerinnen, der Wochenbetturlaub von vier auf sechs Wochen verlängert.

⁷⁵⁴ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Pflegerangelegenheiten´ o. Z. / 1918; Ebd., Faszikel `Circulanden´ o. Z. / 1918.

wurde dieser Turnus auf jeden vierten Tag gekürzt. Dennoch dauerte eine Tagesschicht von sechs Uhr morgens bis acht Uhr abends. Nach Dienstschluss waren die Pflegepersonen aber auch wirklich ungebunden, sie durften die Anstalt die Nacht über verlassen. Die von den Angestellten als besonders unangenehm empfundene Kontrolle der dienstfreien Zeit durch den Portier wurde ebenfalls 1919 abgeschafft, der Dienstantritt hatte nun nur mehr bei den TraktpflegerInnen zu erfolgen. In dringenden und begründeten Fällen konnten auch zusätzlich Ausgänge für einige Stunden gewährt werden.⁷⁵⁵ Diese mittels Petitionen von Vertretern des Pflegepersonals durchgesetzten Forderungen wurde seitens der Anstaltsleitung Folge geleistet. Die Briefe der Direktion an die obere Verwaltungsbehörde verweisen deutlich auf den Umstand, dass dies organisatorisch möglich war, da eine Reihe von Pavillons aufgrund des verminderten Krankenstandes und aus Ersparungsgründen nicht belegt waren. Diesen Forderungen konnte somit ohne eine Erhöhung der systemisierten Stellen nachgegeben werden.⁷⁵⁶

Der hohe Krankenstand, vor allem unter den Pflegerinnen, die zu einem nicht unerheblichen Anteil an Tuberkulose erkrankt waren,⁷⁵⁷ aber auch allgemeine Unruhen unter dem Pflegepersonal waren 1921 für die Anstaltsleitung Anlass ein Pflegerlazarett einzurichten. Darüber hinaus hatte das Personal und deren Angehörige Anrecht auf freie ärztliche Behandlung und Medikamente.⁷⁵⁸ Insbesondere unverheiratete Pflegende hatten bis dahin im Krankheitsfall nur geringe Möglichkeiten der Verpflegung. Das Lazarett befand sich im Pavillon 38, eines der im Ersten Weltkrieg errichteten Baracken und wurde einige Zeit später auf Pavillon U verlegt. Im Jahre 1927 veranlasste der Anstieg des Patientenstandes die Anstaltsleitung diese Räumlichkeiten wieder für die Belegung mit Patienten nützen zu wollen.⁷⁵⁹ Das Lazarett konnte jedoch erst mit der Regelung der Krankenfürsorge entbehrt und nach kontinuierlichen Einschränkungen 1930 gänzlich aufgelassen werden. Weitere wichtige Forderungen des Betriebsrates in den folgenden Jahren

⁷⁵⁵ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel 'Pflegerangelegenheiten' A 1 / 13 / 1919 ; ebd., D 70 / 2 / 1919.

⁷⁵⁶ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel 'Normalien' o. Z. / 1919; Faszikel 'Pflegerangelegenheiten' o. Z. / 1919. Dies scheint sich aber auch geändert zu haben. Berze nannte eine Erhöhung des Pflegepersonals um 10%: Josef BERZE, Die Reform der Irrenfürsorge. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 41 (1922) 197-231. Protokoll der Sitzung des Vereins vom 14. Oktober 1919. Hier: 229.

⁷⁵⁷ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 712 / 1923: Fast 11% aller PflegerInnen waren davon betroffen. Die dadurch bedingte Mehrarbeit der Kolleginnen war somit selbst zu einem Gesundheitsrisiko geworden.

⁷⁵⁸ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 185 / 1922.

⁷⁵⁹ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 1286 / 1926; 117 / 1927.

waren, dass nicht mehr, wie bis dahin üblich, die Verköstigung der Angestellten Teil des Lohnes sei. Aber es sollte noch länger heißen, dass „bis zur Lösung dieser Frage das Personal in Zwangsverköstigung bleibe.“⁷⁶⁰ Eine Übergangslösung in dieser Frage stellte die, einige Jahre in Betrieb gewesene Gemeinschaftsküche dar.⁷⁶¹ Der Betriebsrat konnte darüber hinaus durchsetzen, dass ab 1922 geleistete Überstunden auch tatsächlich ausbezahlt wurden.⁷⁶²

Ein weiterer wesentlicher Punkt der Auseinandersetzungen war die Frage der Arbeitsdauer. Die Forderung eines Achtstundentages wurde von Josef Berze im Gegensatz zu vielen Leitern anderer Anstalten abgelehnt. Er wandte sich mit dem Argument, dass bereits ausreichend viele Reformen erfolgt seien, vehement gegen deren Einführung. Zudem würde sich, wie er taktisch argumentierte, ein erhöhter Schichtwechsel des Personals nachteilig auf das Gemütsleben der Kranken auswirken.⁷⁶³ Im Jahre 1925 wurde dieser Forderung für die ArbeitspflegerInnen und mit einiger Verzögerung nun auch für das Pflegepersonal auf den Krankenabteilungen nachgegeben. Mit dieser Regelung hatte auch die Kontrolle der Ausgänge gänzlich aufgehört, der pünktliche Dienstantritt wurde nur mehr von den jeweiligen Oberpflegepersonen überwacht.⁷⁶⁴ Das wöchentliche Arbeitsausmaß umfasste abhängig von den Anforderungen auf den einzelnen Abteilungen zwischen 49, 55 oder sogar 60 Wochenstunden. Dieses wurde 1926 probeweise an einer Station auf 52,7 Stunden reduziert, ein Jahr später konnte der Betriebsrat die allgemeine Einführung der 48-Stundenwoche erfolgreich einfordern.⁷⁶⁵

Im Zuge dieser Reformen wurde auch die Ausbildung der Pflegenden neu geregelt. Der Plan eine eigene „Irrenpflegerschule“ einzurichten konnte jedoch nicht in die Praxis umgesetzt werden.⁷⁶⁶ Ein höherer Ausbildungskurs mit einer abschließenden „besonderen Fachprüfung“ wurde 1924 eingerichtet.⁷⁶⁷ Unterrichtet wurde sowohl die

⁷⁶⁰ Normaliensammlung der Anstalt *Am Steinhof*: Weisung der MA 9/2969 vom 27. März 1922 an die Direktion der Anstalt.

⁷⁶¹ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1921. Die Speisen konnten zu festgelegten Preisen von den Ärzten und dem Pflegepersonal bezogen werden: Ebd., Faszikel `Normalien´ K 111 / 4 / 1922.

⁷⁶² WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, D 21 / 1922. Ab dem Jahre 1925 wurden diese in Form einer Pauschale, der sogenannten „Irrenpflegerzulage“ abgeglichen.

⁷⁶³ BERZE, Die Reform der Irrenfürsorge, 225f.

⁷⁶⁴ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 2603 / 1930.

⁷⁶⁵ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 978 / 1926; 1025 / 1927.

⁷⁶⁶ WStLA, Mag.Abt. 209, A1, 108 / 1926. Dieses Vorhaben wurde seitens der Leitung *Am Steinhof* sehr begrüßt.

⁷⁶⁷ Aufnahmebedingungen für Teilnehmer an einem „höheren Ausbildungskurs für Irrenpflegepersonen“ waren eine mindestens dreijährige Dienstzeit in einer Wiener psychiatrischen

allgemeine somatische, als auch die psychiatrische Pflege; der erste Teil dieser Ausbildung war am Lehrplan der Krankenpflegeschule in Lainz angelehnt. Im Jahre 1926 wurde der Lehrplan mit dem Unterrichtsgegenstand „allgemeine Wohlfahrtspflege“ ergänzt.⁷⁶⁸

In den 1920er Jahren mussten *Am Steinhof* wie auch an vielen anderen Institutionen beträchtliche Einsparungsmaßnahmen getroffen werden, so wurden beispielsweise die Pavillons während der Nacht nicht oder nur mehr minimal beheizt.⁷⁶⁹ Kürzungen von Ausgaben wurden in der Folge in allen Bereichen der Anstaltsverwaltung, wie auch bei der Verköstigung, Beleuchtung und beim Personal getroffen. Ab Mai 1922 wurden freigewordene Dienstposten nicht mehr nach besetzt und generell keine Reinigungskräfte mehr eingestellt. Die bislang eher für organisatorische Aufgaben eingesetzten Ehefrauen der Abteilungspfleger mussten normalen Abteilungsdienst machen.⁷⁷⁰ Vor allem aber war der Mangel an PflegerInnen allgemein beanstandet. Mitte der 1920er Jahre war die Anstalt wieder stark überbelegt, ein Umstand, der die Aggressionsbereitschaft unter den Patienten begünstigte. Während der Nachtdienste war es wiederholte Male zu Überfällen gekommen, da die allein im Dienst stehenden PflegerInnen wegen der Größe der zu überwachenden Räume ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen konnten.⁷⁷¹ Die dem Pflegepersonal versprochene Lösung der drängenden Frage der Unterbringung, die gemeinsam mit der Frage der Kinderbetreuung diskutiert wurde, sollte ebenfalls an der mangelnden Finanzierung scheitern. Lediglich die während des Ersten Weltkrieges errichteten Baracken für erkrankte Soldaten und die beiden offenen für den Wirtschaftsbetrieb bestimmten Pavillons konnten nach Kriegsende zur Unterbringung des Personals umgebaut werden.⁷⁷²

Die Zahl der nach zeitgenössischem Diskurs sogenannten „Pfleglinge“ war entgegen vieler Erwartungen nach Kriegsende relativ rasch wieder angestiegen. Die in der

Anstalt, der Nachweis der abgelegten Fachprüfung und der zufriedenstellenden Leistung. In: Normaliensammlung der Anstalt *Am Steinhof*, Zirkular vom 17. Dezember 1926. Der Gemeinderatsbeschluss, Z. 450, datiert auf den 19. November 1924.

⁷⁶⁸ WStLA, Mag.Abt. 209, A1, 108 / 1926; 887 / 1929; 4055 / 1928; 4313 / 1928. Die Kurse fanden zwei Mal pro Woche für die Dauer von je eine Stunde statt. Sie galten als sehr gut besucht, sogar die Justizwache hatte großes Interesse an dieser Ausbildung.

⁷⁶⁹ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 1052 / 1922. Der Betriebsrat versuchte für diejenigen, die zehn Stunden lang Nachtdienst verrichten mussten und sich wegen der Gasabsperren keine warmen Getränke mehr machen konnten, erträglichere Arbeitsbedingungen zu erlangen.

⁷⁷⁰ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, D 101 / 1922; 246 / 1922.

⁷⁷¹ WStLA, Mag.Abt. 209, A1, 3215 / 1927. Bericht an Stadtrat Julius Tandler.

⁷⁷² BERZE, Die Reform der Irrenfürsorge, 229f.

Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift zu diesem Thema veröffentlichten Artikel zeigen, dass die Mehrheit der Anstaltsdirektoren sich darin einig war, dass dieser Anstieg nicht, oder doch nicht vornehmlich auf eine Ausbreitung der psychischen Krankheiten zurückzuführen sei. Die befürchtete Zunahme der durch Alkohol- beziehungsweise Drogenabhängigkeit und durch Syphilis verursachten Erkrankungen der Kriegs- und Nachkriegszeit waren nicht unmittelbar an höheren Krankenstandzahlen ablesbar. Die in den urbanen Ballungsräumen vielfach bestehende Wohnungsnot, die steigende Arbeitslosigkeit und die Inflation wurden allgemein als die Ursachen der veränderten Einweisungs- und Entlassungspraktiken gesehen.⁷⁷³ Die folgende Tabelle gibt einen Überblick zum Anstieg der Patientenzahlen *Am Steinhof*.⁷⁷⁴

Jahr	Patientenstand, jeweils zu Beginn des Jahres	Anzahl der Aufnahmen
1919	1925	2136
1920	2086	2753
1921	2455	3050
1922	2745	2922
1923	2708	3334
1924	2737	3915

Im Jahr 1922 konnten trotz wiederholter Umfunktionierungen der Räumlichkeiten die Patienten kaum noch untergebracht werden. Zu diesem Zeitpunkt mussten bereits wieder 80 Patienten auf Strohsäcken am Boden schlafen. Da die Schließung des Sanatoriums zu diesem Zeitpunkt bereits geplant war, wurde mit einer weiteren

⁷⁷³ Vgl. dazu auch: Franz-Werner KERSTING, Hans-Walter SCHMUHL (Hg.), Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen, Bd.2: 1914-1955 (= Forschungen zur Regionalgeschichte 48) Paderborn, München 2004, 11.

⁷⁷⁴ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 241 / 1925. Note an den amtsführenden Stadtrat Dr. Julius Tandler vom 16. Februar 1925 wegen Überfüllung der hiesigen Anstalt.

Zunahme der zu versorgenden Patienten gerechnet.⁷⁷⁵ Im September des Jahres war der vieldiskutierte „Überbelag“ so weit angestiegen, dass 150 Patienten auf „Strapuzzen“ nächtigen mussten. Als Maßnahme gegen diese Übelstände sollten die bislang nicht wieder belegten Pavillons 1 und 2 neu eröffnet werden. Zusätzlich sollten die Räumlichkeiten in den Untergeschoßen mancher Pavillons zur Unterbringung von PatientInnen adaptiert werden.⁷⁷⁶ Als traditionell bewährte Maßnahme gegen die zu hohe Patientenzahl und die sich daraus ergebenden zahlreichen Belastungen für den Betrieb der Anstalt wurden nach Möglichkeit Patienten in die niederösterreichischen Heil- und Pflegeanstalten transferiert.⁷⁷⁷

Im Jahr 1923 genehmigte der Stadtsenat die Wiederinbetriebnahme der im Pavillon 23 gelegenen Einzelzellen für „geistesranke Verbrecher und besonders gefährliche Geistesranke“, ab Februar 1924 wurden sie dann auch tatsächlich belegt.⁷⁷⁸ Diese Abteilung war aufgrund von Sparmaßnahmen nach dem Ende des Ersten Weltkrieges geschlossen worden. Die Unterbringung dieser Patienten auf den Abteilungen für Unruhige war in den Nachkriegsjahren, „*wenn auch mit Schwierigkeiten*“, vor allem wegen der geringeren Patientendichte noch möglich gewesen. Teilweise versuchte man auch, die „*seit einiger Zeit zunehmende Zahl der besonders gewalttätigen oder fluchtverdächtigen z.T. kriminellen Geistesranken*“, die sowohl für ihre Mitpatienten als auch Betreuer als Gefährdung angesehen wurden, zu transferieren. Einige dieser Kranken wurden nach Ybbs gebracht, mussten aber wegen der mangelnden Heizmöglichkeit der dortigen Einzelzellen wieder rücktransferiert werden.⁷⁷⁹

Gemeinsam mit den während des Krieges und der unmittelbaren Nachkriegszeit nur sehr geringen Patientenzahlen wurde die sogenannte „Ärztefrage“ im Organ der Landesvertretung, der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift, wiederholt diskutiert. Zur Zeit des forcierten Aus- und Aufbaus psychiatrischer Anstalten war für viele Ärzte ein berufliches Aufrücken in prestigereichere Dienstgrade oftmals nur eine

⁷⁷⁵ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, A 93 / 1922. Brief an das Wiener Städtische Magistrat vom 30. Juni 1922. Darüber hinaus war auch eine Anzahl von Jugendlichen unter 16 Jahren in der Anstalt. Der Vorschlag lautete, dass diese nach Ybbs transferiert werden sollten.

⁷⁷⁶ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, A 442 / 1922; A 246 / 1925. Man wollte die Pavillons 3 und 15 der Frauenseite für Patienten einrichten, dort wohnten aber noch PflegerInnen.

⁷⁷⁷ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 457 / 1925. Nach Mauer-Öhling wurden 90 Männer und nach Gugging 90 Männer und 40 Frauen transferiert.

⁷⁷⁸ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, 1232 / 1923; A 1522 / 1923. Es gab insgesamt 12 Einzelzellen, die zu diesem Zeitpunkt wegen des ständigen Gebrauchs schon sehr beschädigt waren.

⁷⁷⁹ WStLA, Mag.Abt. 209, A 1, A 1232 / 1923. Antrag auf Wiederherstellung des Pavillons XXIII, vorerst nur des Parterres (10 Zellen); 7 Pfleger wurden für den laufenden Betrieb benötigt.

Frage der Anzahl der Dienstjahre gewesen. Die Möglichkeit in die Stellung eines Oberarztes oder Primarius zu gelangen war mit der verringerten Auslastung oder gar Schließung einiger Institutionen viel geringer geworden, die Gefahr in „subalterner“ Dienststellung zu verbleiben wurde entsprechend häufig thematisiert. Die Frage der Anstaltsarbeit im Allgemeinen wurde schon länger diskutiert, so gab es im Deutschen Verein für Psychiatrie bereits seit 1907 eine „Kommission zur Wahrung der Standesinteressen“. Edmund Holub, Primar der Pflegeabteilung für Frauen, machte 1920 im Organ der Landesvertretung verschiedene Vorschläge zur Lösung der bestehenden Problematik. So könne die Unzufriedenheit der Anstaltsärzte finanziell ausgeglichen werden, die Unselbständigkeit ihrer Tätigkeit wäre damit aber bestehen geblieben, da Bereiche wie Diagnostizierung und Festlegung therapeutischer Maßnahmen weiterhin dem Primar oder dessen Stellvertreter vorbehalten blieben. Eine weitere Alternative wäre die Überantwortung einzelner Pavillons an einige erfahrene Anstaltsärzte. Oder aber es könne gemäß Holub, der sogenannte subalterne Dienst teilweise von Amtsärzten übernommen werden, da deren angebliche mangelhafte psychiatrische Erfahrung für die Praxis der Einweisungen ohnehin als problematisch angesehen wurde.⁷⁸⁰ Holubs Vorschläge sollten jedoch keine Auswirkung auf die Struktur der Dienstverhältnisse *Am Steinhof* mit sich bringen.

Die im Zuge des Ersten Weltkrieges und der Nachkriegszeit erfolgten Veränderungen in der psychiatrischen Institution konnten wegen der sehr mangelhaften Quellenlage nur in Form eines Überblicks und vor allem hinsichtlich ihrer strukturellen Veränderungen beschrieben werden. Was sich aber deutlich zeigen lässt ist, dass diese Entwicklungen von manchen Vertretern des Fachs längst nicht nur als Bedrohung empfunden wurde, auch wenn, wie lapidar festgestellt worden war, *„Grippe und Tuberkulose erschreckend unter ihnen [den Geisteskranken; S.L.] aufgeräumt haben, so dass mancherorts nur mehr die Hälfte des Bestandes des letzten Friedensjahres am Leben ist.“*⁷⁸¹ Neben diesen, stark an Zahlen des

⁷⁸⁰ Edmund HOLUB, Die Ärztesfrage in den Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 20 (1920/21) 201-203. Diese Thematik ist wiederholt aufgegriffen worden. Ebd. 218f. Edmund Holub (1873-1924) promovierte 1898 und war 1899 in den Dienst der niederösterreichischen Landesirrenanstalten (Langenlois, Wien, Mauer-Öhling) eingetreten. Ab 1907 war er Direktionssekretär *Am Steinhof*, ab 1914 Primarius und Vorstand der Frauenpflegeabteilung, 1919 bis zu seinem Tod blieb er in derselben Position auf der Männerpflegeabteilung. Während des Ersten Weltkrieges war er im „Spital für verwundete Krieger“ *Am Steinhof* tätig.

⁷⁸¹ W. KNUST, Wie können unsere Irrenanstalten verwertet werden? In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 21 (1919/20) 15-17. Hier: 15. Der Autor plädierte für eine Verwendung der

„Krankenmaterials“ und wirtschaftlichen Aspekten orientierten Aussagen, vertrat der eben zitierte Autor die Ansicht, dass auch in den folgenden Jahren nicht mit einer Zunahme der Patientenzahlen zu rechnen sei. Der Krieg habe – entgegen der Ansicht vieler Experten – zu keiner Zunahme der Zahl der Geisteskranken geführt. Darüber hinaus war der generell als die Ursache zahlreicher psychischer Erkrankungen angesehene Alkoholismus stark zurückgegangen. Aufgrund der sinkenden Geburtenrate war man davon ausgegangen, dass die damit in einem ursächlichen Zusammenhang vermuteten psychischen Erkrankungen von Frauen abnehmen würden. Gemeinsam mit der großen Erwartung an therapeutische Erfolge, die sich insbesondere an die Behandlung der weit verbreiteten progressiven Paralyse gerichtet haben, erhoffte sich der Autor ein „heranwachsendes Geschlecht“.⁷⁸²

Erwin Stransky, Professor für Psychiatrie und Neurologie in Wien, knüpfte in seinem 1919 veröffentlichten Lehrbuch in einem eigens verfassten Kapitel zu den Themen der Zeit, seine Hoffnungen nicht nur an zukünftige Behandlungserfolge. Er dachte in viel weiter reichenderen, bevölkerungspolitischen Anforderungen an die Psychiatrie: *„An uns deutschen Ärzten wird es sein, den gesundheitlichen Wiederaufbau unseres edlen, unglücklichen Volkes mit Hingabe in die Hand zu nehmen; ich wüsste keine vornehmere, keine im besten Sinne nationalen Aufgabe für uns. [...] Zeigen wir dem deutschen Volke als praktische Völkerpsychologen – im Sinne angewandter Psychiatrie – den Weg zur seelischen Selbstkorrektur.“* Seine Ausführung schloss er mit einem Zitat Hindenburgs: *„wer weiß wozu es gut war“*.⁷⁸³ Nicht unähnliche professionspolitische Ansprüche aus der Not der Zeit heraus formulierte Gustav Kolb, dem Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen. In seinem 1920 gehaltenen Referat vor dem Deutschen Verein für Psychiatrie *„Inwieweit sind Änderungen im Betrieb der Anstalt geboten?“* sah er die unmittelbaren Folgen vieler kriegsbedingter psychischer Erkrankungen als eine dringlich zu lösende Aufgabe an. Er meinte: *„Gerade jetzt ist es doppelt Pflicht der Psychiater in allen ihr Gebiet berührenden*

„Irrenanstalten“ als Krankenanstalten, im Weiteren auch für die Übernahme der Fürsorge von „geistigen Minderwertigen“ und eines Teils der durch die erwartete Strafrechtsreform exkulpierten Kranken in die psychiatrische Pflege.

Auf den Zusammenhang erhöhter Morbiditäts- und auch Mortalitätsraten bei Tuberkulose bei unterernährten Patienten ist eingegangen worden bei: HUMMEL, Der Einfluss der Blockade auf die Sterblichkeit an Tuberkulose und auf das pathologisch-anatomische Bild der Lungentuberkulose bei Anstaltsinsassen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 21 (1919/20) 36-37.

⁷⁸² KNUST, Wie können unsere Irrenanstalten verwertet werden, 15.

⁷⁸³ STRANSKY, Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie, Band 2, 371.

Fragen durch Rat und Tat mitzuarbeiten am Wiederaufbau unseres Volkes.⁷⁸⁴ In den umfassenden Reformvorschlägen bezog er sich explizit auf Erwin Stransky. An die Mitarbeit aller Psychiater appellierend sollte *„die Versorgung kriegsbedingter Erkrankungen und Verletzungen, der psychopathischen Kriegsneurotiker, die Fürsorge von Morphinisten und Kokainisten, und die Fürsorge für den wohl zu einem erheblichen Teile degenerierten Nachwuchs aus den von Minderwertigen in und nach dem Kriege geschlossener Ehen“* neu organisiert werden. Dazu zählten auch Aufgabenbereiche wie die *„Bekämpfung der im Volke lebenden Neigung zu ungesundem Spiritismus, zu geschlechtlichen Verirrungen, Einschränkungen der Fortpflanzung bei schwer degenerierten Menschen und die Mitarbeit am Ausbau der Rechtspflege*.“⁷⁸⁵ Einen Teil dieser weitreichenden Forderungen übersetzte Kolb, wie im folgenden Kapitel aufzuzeigen sein wird, in ein konkretes Programm, welches vor allem auf die Organisation einer ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgung zielte. Diese Änderungen der psychiatrischen Aufgabengebiete, die mit dem Aufbau eines ambulanten Versorgungsnetzes gewährleistet, wenn nicht gar verschleiert werden sollten, zeigen dass sich ein sehr ambivalentes Programm abzeichnen begann. Der Erste Weltkrieg führte in vielen psychiatrischen Anstalten zu einer stark erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrate der dort internierten Menschen und nur kurz darauf zeichnete sich ein Überdenken der eigenen Arbeit ab. Professionspolitisch ähnlich weitreichende Forderungen der Disziplin formulierte wenige Jahre später der spätere Rassenhygieniker Hans Luxenburger in einem Leitartikel der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift: *„Es gibt keinen Zweig der Heilkunde, bei dem die Tätigkeit des Arztes eine so vielseitige und umfassende ist, wie in der Anstaltspsychiatrie. Der Arzt ist nicht nur Spezialist in einem eng begrenzten Kompetenzkreis, sondern auch Berater, Freund und Fürsorger, in nicht zu seltenen Fällen sogar Erzieher und Bildner seiner Kranken*.“⁷⁸⁶ Denn zum Aufgabenbereich zählte auch die Abhaltung von Sprechstunden zur Beratung und Fürsorge der Angehörigen, bei bevorstehenden Entlassungen der Patienten bis hinein in wirtschaftliche und soziale Belange. Darüber hinaus war ein nicht unwesentlicher Teil der Aufgaben auch administrativer Natur, wie beispielsweise die Erstellung

⁷⁸⁴ Gustav KOLB, Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten? In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 22 (1920/21) 133-144, 149-154 und 163-176. Hier: 163f. Referat an der Hamburger Tagung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 27. und 28. Mai 1920.

⁷⁸⁵ Ebd., 164.

⁷⁸⁶ Hans LUXENBURGER, Zur Frage des Ärzteabbaus in den Heil- und Pflegeanstalten für Geistesranke. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 26 (1924/25) 11-13. Hier 11.

psychiatrischer Gutachten. Als einen wesentlichen Aspekt des Tätigkeitsbereiches der noch als sehr jung angesehenen Disziplin Psychiatrie betonte Luxenburger jedoch vielmehr die „*weit höheren Anforderungen in Bezug auf selbständiges Denken und Handeln als eine andere medizinische Disziplin, die, auf einen festen Unterbau gegründet, mehr oder weniger nur in ihren Einzelheiten auszugestaltet ist. [...] Kein Irrenarzt darf sich darauf beschränken, ausschließlich in alten Fußstapfen zu wandern, da in diese in vielen Fällen nicht mehr weiter führen. [...] jeder muss sich selbst ein Wegebahner sein.*“ Insbesondere auf dem Gebiet der Heilpädagogik, die er für die Anstaltspsychiatrie als bedeutende Hilfsdisziplin benannt hatte, sieht er „*den Schatz eigener, in mühevoller, kritischer und schöpferischer Arbeit erkämpfter Erfahrung als das beste Lehrbuch*“ an.⁷⁸⁷

An dieser Stelle soll auf eine charakteristische Sichtweise der Disziplin hingewiesen werden. Einerseits bezeichneten sich die Vertreter der Psychiatrie als am Anfang einer Entwicklung stehend, andererseits machen sie ihre `Erfahrung` als das entscheidende Moment der Kompetenz gegenüber anderen Berufsgruppen und weiteren Tätigkeitsbereichen geltend. Die Bedeutungszuschreibung ihrer `Erfahrung` sowohl gegenüber einem `Lehrbuchwissen`, als auch einem laienhaften Verständnis psychischer Erkrankungen stellte ein häufig gebrauchtes Argument dar. Bei der Suche nach dem Selbstverständnis der Anstaltspsychiatrie, ihrer Aufgabengebiete und ihrer Handlungsweisen stößt man immer wieder auf diesen Begriff, auf den wie selbstverständlich Bezug genommen wird.⁷⁸⁸ Dies lässt fragen, ob dieser wie zufällig gebraucht, oder aber, an welchen Stellen und zu welchem Zweck er eingesetzt und auf welches implizite Wissen Bezug genommen wurde. Der Ambivalenz dessen Einsatzes soll im Folgenden für die Änderungen in der Anstalt *Am Steinhof* in den 1920er Jahren nachgegangen werden.

⁷⁸⁷ Ebd., 12.

⁷⁸⁸ Nur beispielsweise: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 26 (1924/25) 1f.; Ebd., 25 (1923/24) 125; Ebd., 29 (1927) 149f.

5. Einschluss- und Ausschlussverfahren der Anstaltspsychiatrie in den 1920er Jahren

5.1. Forderung nach Reformen im „Roten Wien“

Im Organ des Wiener Vereins für Psychiatrie und Neurologie waren bereits vor dem Ausbruch des Ersten Weltkrieges Reformen für das `moderne Anstaltswesen´ formuliert worden. Der Aus- und Neubau zahlreicher zeitgemäßer psychiatrischer Anstalten war bis zu diesem Zeitpunkt in fast allen österreichischen Kronländern bereits realisiert. Doch trotz dieser wichtigen Entwicklung mangelte es weiterhin an einer ausreichenden Anzahl von Plätzen. Aufgrund der vielerorts bestehenden Überfüllung wären, wie es hieß, die Verhältnisse nicht immer zufriedenstellend gewesen. Josef Starlinger benannte bereits 1914 in seinem Referat „Über den gegenwärtigen Stand des Schutzes und der Fürsorge für Geisteskranke“ die zentralen Forderungen der Anstaltspsychiatrie, die auf eine institutionelle Differenzierung ihrer Patientenschaft zielten: Demnach fehlten in der gesamten Monarchie öffentliche Anstalten für „Alkoholiker, Epileptiker, Schwachsinnige, Psychopathen und Kriminelle“.⁷⁸⁹

Diese Institutionen waren zwecks Weiterentwicklung der `modernen Anstaltspsychiatrie´ seit einigen Jahren bei den zuständigen Verwaltungen immer wieder reklamiert worden. Eine fachlich organisierte Fürsorge, sowohl um prophylaktisch Internierungen vermeiden, als auch Kranke nach ihrer Entlassung weiter betreuen zu können sollte die nun verstärkt sozialpsychiatrisch orientierte Anstaltspsychiatrie ergänzen. Dazu zählten längst nicht nur die Unterstützung von Rekonvaleszenten, sondern auch Einrichtungen zur Bekämpfung des Alkoholismus wie Trinkerberatungsstellen, Vereine zur Förderung der Alkoholabstinenz und Trinkerheil- und Trinkerversorgungsanstalten. Das Fehlen spezieller Einrichtungen eigens für „Epileptiker und Schwachsinnige“ galt als ein für die betroffenen Angehörigen und für die Kranken selbst als ein dringlich zu behebendes Unglück.

⁷⁸⁹ STARLINGER, Über den gegenwärtigen Stand des Schutzes und der Fürsorge für Geisteskranke, 50. Diese Forderung nach speziellen Heimen für „Psychopathen, Alkoholiker und Epileptiker“ findet sich wiederholt in den Quellen. Nur beispielsweise: Rudolf DREIKURS, Die soziale Fürsorge in der Psychiatrie. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 44 (1925) 247-266. Hier: 258.

Die Unterbringung psychisch Kranker, die mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren, blieb weiterhin, wie bereits im dritten Kapitel ausgeführt, ein sowohl in psychiatrischen als auch juristischen Fachkreisen vielbesprochenes Thema. Die Frage der Behandlung der angeblich stetig steigenden Zahl der „Psychopathen“ galt als eine in der Natur dieser Erkrankung liegende, besondere und noch ungelöste Schwierigkeit.⁷⁹⁰

Am Steinhof kam es ab den frühen 1920er Jahren zu einer Reihe institutioneller Reformen. Nach Kriegsende kam es, wie im vorhergehenden Kapitel ausgeführt, zu einem generationenbedingten Wechsel in der Leitung. Zudem ging die Verwaltung der Anstalt von der Niederösterreichischen Landesregierung auf das nun eigenständige Bundesland Wien über. Andererseits ist der Erste Weltkrieg selbst als Geburtshelfer des modernen Wohlfahrtsstaates anzusehen, welcher diverse sozialpolitische Regelungen und institutionelle Neuerungen nach sich zog.⁷⁹¹ Zu letzteren zählte vor allem das unmittelbar nach Kriegsende neugegründete Staatsamt, beziehungsweise ab 1920, das Bundesministerium für Soziale Verwaltung, welches jedoch seine Prioritäten anfänglich mehr im Bereich der Arbeiterschutzbewegung und den Mitbestimmungsrechten für Arbeiter setzte. Armenwesen und öffentliche Fürsorge waren hingegen in der Ersten Republik wichtige Agenden der kommunalen Fürsorgepolitik. Das nach Kriegsende Selbständigkeit erlangende Bundesland Wien konnte aufgrund der politischen Machtverhältnisse im Vergleich zu den stark agrarisch geprägten Bundesländern eine Sonderrolle einnehmen.⁷⁹² Denn der Durchbruch der modernen Massendemokratie erlaubte es der Wiener Sozialdemokratischen Partei eine auch im internationalen Vergleich einzigartige politische Majorität zu erlangen, die sie bis zum gewaltsamen Ende der Ersten Republik halten konnte.⁷⁹³

⁷⁹⁰ Ebd., 50-52.

⁷⁹¹ Vgl. zu den Auswirkungen des Ersten Weltkriegs auf die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates in Deutschland, welche mit der herkömmlichen Armenpflege nicht mehr zu bewältigen waren, zugleich aber der staatlichen Interventionspolitik eine neue Dimension gaben: Christoph SACHSE, Florian TENNSTEDT, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland Bd. 2, Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929 (Stuttgart 1988).

⁷⁹² Gerhard MELINZ, Gerhard UNGAR, Wohlfahrt und Krise. Wiener Kommunalpolitik 1929-1938 (=Forschungen und Beiträge zur Wiener Stadtgeschichte 29) Wien 1996, 22; Gerhard MELINZ, Von der `Wohltäterei` zur Wohlfahrt. Aspekte kommunaler Sozialpolitik 1918-1934. In: Das Rote Wien 1918-1934. Ausstellungskatalog des Historischen Museums der Stadt Wien (Wien 1993) 104-120.

⁷⁹³ Vgl. zu den finanziellen Rahmenbedingungen, die die Realisierung der kommunalpolitischen Reformen ermöglichten: KONRAD, Das Rote Wien, 230f.

Das Fürsorgewesen im „Roten Wien“ unterschied sich von den Reformen in den Bundesländern durch seinen konzeptionellen Ansatz und diversifizierte institutionelle Ausbildung. Die regierenden Sozialdemokraten propagierten die Kommunalpolitik der Gemeinde Wien immer wieder als anschauungsreiches Beispiel für die praktische Überlegenheit sozialistischer Politik, welche nicht zuletzt die österreichweite Parlamentsmehrheit erringen helfen sollte. Ihre Schwerpunkte lagen im Bereich der Fürsorge, im Sozial- und Gesundheitswesen, sowie in der Wohnbaupolitik.⁷⁹⁴ Julius Tandler, zunächst Unterstaatssekretär im Volksgesundheitsamt und ab 1919 Stadtrat für Wohlfahrt und Gesundheit, prägte maßgeblich das in einem breiten Stile umgesetzte Programm der Kommunalpolitik.⁷⁹⁵ Sein Fürsorgekonzept orientierte sich an einem produktiven, leistungsfähigen „Volkskörper“ als Ganzem, wobei sowohl ökonomische als auch auf einzelne Personen bezogene Effizienz zentrale Aspekte darstellten. Der Großteil der Investitionen der Fürsorge für einzelne Personen zielte auf zukünftige Kostenersparnisse und eine effiziente Verwaltung des „Volkskörpers“, des sogenannten „organischen Kapitals“.⁷⁹⁶ Dieses präventiv ausgerichtete Konzept favorisierte die Jugendfürsorge. Gegenüber dieser sollte die Entstehung des sozialen Elends, die „körperliche und geistige Minderwertigkeit“ bereits in ihren Keimen erstickt werden. Im „Roten Wien“ wurde den Fürsorgebedürftigen gleichsam ein Recht auf Fürsorge zuerkannt. Im Gegensatz zu den Grundsätzen der traditionellen repressiven Armenpolizei und der paternalistischen Ausrichtung Christlichsozialer

⁷⁹⁴ Der Schwerpunkt der Gemeinde Wien auf die Wohnbaupolitik ist deutlich erkennbar in: GEMEINDE WIEN (Hg.), Das Neue Wien. Städtewerk, Band 1 (Wien 1926). Mit der 1920 neu organisierten Geschäftseinteilung unterstanden die Wohlfahrtsanstalten, somit auch die Verwaltung der Anstalt *Am Steinhof*, der Magistratsabteilung 9. Nach dem Ende der sozialdemokratischen Gemeindeverwaltung wurde 1934 die geschlossene Fürsorge von der Magistratsabteilung 16 übernommen. In: MELINZ, UNGAR, Wohlfahrt und Krise, 51f.

⁷⁹⁵ Vgl. zu Julius Tandler: Doris BYER, Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege: Zur Entstehung eines sozialdemokratischen Machtdispositivs in Österreich bis 1934 (Frankfurt am Main 1988); Monika LÖSCHER, Julius Tandler. In: Gerhard HEINDL (Hg.), Wissenschaft und Forschung in Österreich: Exemplarische Leistungen österreichischer Naturforscher, Techniker und Mediziner (Frankfurt am Main, u.a. 2002) 89-104; Diess., Zur Popularisierung von Eugenik und Rassenhygiene in Wien. In: Mitchell ASH, Christian H. STIFTER (Hg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart (=Wiener Vorlesungen. Konversatorien und Studien 12) Wien 2002, 233-265. Die 1983 erschienene von Sablik verfasste Biographie Julius Tandlers ist weitgehend deskriptiv und auch in der jüngst veröffentlichten zweiten Auflage in keinsten Weise kritisch gegenüber den eugenischen Bestrebungen der maßgeblichen Person des Wiener Wohlfahrtswesens dieser Zeit: Karl SABLİK, Julius Tandler. Mediziner und Sozialreformer. Mit einem Geleitwort der Wiener Gesundheits- und Sozialstadträtin Mag.a Sonja Wehsely (Frankfurt am Main, u.a. 2010). Tandler war vor seiner Tätigkeit im Bereich des Wohlfahrtswesens Professor für Anatomie und von 1914 bis 1917 Dekan der Medizinischen Universität Wien.

⁷⁹⁶ Tandlers Fürsorge-Konzept war maßgeblich beeinflusst von Rudolfs Goldscheids „Menschenökonomie“. Vgl. dazu allg.: Jochen FLEISCHHACKER, Menschen- und Güterökonomie – Anmerkungen zu Rudolf Goldscheids demoökonomischem Gesellschaftsentwurf. In: ASH, STIFTER (Hg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit, 207-229.

Wohltätigkeit zielte die neue Politik nun auf eine normierte gesellschaftliche Integration und das angepasste Verhalten der einzelnen Mitglieder. Die Kehrseite der zahlreichen gesundheitspolitischen Präventionsstrategien war aber stets auch eine integrative erzieherische Absicht, die darauf abzielte Fürsorgebedürftige zu nützlichen Mitgliedern der Gesellschaft zu machen. Julius Tandler differenzierte hierbei klar zwischen „lebenstüchtig“ und „lebensuntüchtig“. Die Budgetpolitik des Wiener Gemeinderats war zumindest unterschwellig von diesem dualen Denken bestimmt und fand seinen Niederschlag in der Unterscheidung zwischen „bevölkerungspolitisch produktiven“ und „bevölkerungspolitisch unproduktiven“ Ausgaben.⁷⁹⁷

Ausgehend von den Forschungsarbeiten zum Wohlfahrtswesen im „Roten Wien“ stellt sich erstens die Frage inwieweit die stationäre psychiatrische Versorgung und die Forderungen ihrer Vertreter nach Reformen mit der neuen Ausrichtung der Wohlfahrtspolitik korrespondierten. Viele der Änderungsvorschläge bezogen sich, wie eingangs festgehalten, auf eine institutionelle Differenzierung der Anstaltsinsassen. Dies lässt zweitens erneut nach dem Tätigkeitsbereich der Anstaltspsychiatrie in ihrem gesellschaftspolitischen Kontext fragen. Ragten mit der Wissenschaftlichkeit ihres Vorgehens argumentierende sozialdemokratische Initiativen und Wünsche einer Neukonzeptionierung der Gesellschaft bis in die stationäre Versorgung psychisch Kranker? Wissenschaft, die als wertfrei, objektiv, universell und einer internen Logik folgend gedacht war, wurde als das ideale Grundprinzip für das gute Funktionieren einer demokratischen Gesellschaft angesehen. Moralisch weit über allen anderen sozialen Unternehmungen stehend, sollte sie das Fundament für politische und ethische Bewertungen bilden. Dabei ging es nicht nur um wissenschaftliches Wissen oder Informationen an sich, sondern auch darum, eine wissenschaftliche Denkweise zu vermitteln und Wissenschaft zu einer gemeinsamen Funktionsbasis der Gesellschaft werden zu lassen.⁷⁹⁸ Die Verwissenschaftlichung des neuen Wohlfahrtswesens machte Julius Tandler entsprechend explizit: *„Aus der Freiwilligkeit ist Verpflichtung, aus dem Gutdünken des einzelnen ist wissenschaftlich begründete Praxis geworden.“* Gemäß seiner linearen Konstruktion mündete die „wissenschaftlich begründete Exekutive der

⁷⁹⁷ MELINZ, UNGAR, Wohlfahrt und Krise, 30-33.

⁷⁹⁸ Ulrike FELT, Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit – Wechselwirkungen und Grenzverschiebungen. In: ASH, STIFTER (Hg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit, 47-72. Hier: 52.

Bevölkerungspolitik“, die „Bewirtschaftung des organischen Kapitals“, in dessen qualitativer Steigerung: *„Nicht nur in der Ausbildung zur sozialen Fürsorge und der Wohlfahrtspflege, sondern auch für die Durchführung der täglichen Arbeit sei die Wissenschaft eine grundlegende Prämisse. In jeder Erhebung, jeder Anamnese, hinter jeder Frage und Antwort soll ein fürsorgerischer Zweck stehen, die Antworten sollten die soziale Wahrheit aufdecken. Die Gabe der Beobachtung sei zu wenig, eine Unzahl wissenschaftlicher Voraussetzungen müssten im gegebenen Fall von der Theorie in die Praxis übersetzt werden können.“*⁷⁹⁹

So soll im Folgenden die Forderungen und tatsächlichen Umsetzungen nach einer Neuausrichtung der Anstaltspsychiatrie hinsichtlich ihrer Grenzen beziehungsweise ihres Engagements auch außerhalb der Anstaltsmauern untersucht werden. Die sogenannte „Alkoholfrage“ und zahlreiche daran geknüpfte sowohl gesetzliche als auch dem Wohlfahrts- und Gesundheitsbereich zuzuordnende Regelungen nahmen bereits innerhalb des sozialdemokratischen Parteiprogramms einen wichtigen und ideologisch geprägten Stellenwert ein.⁸⁰⁰ Konnten die Ansprüche der Wohlfahrtspolitik des „Roten Wiens“ *Am Steinhof* in ein konkretes wissenschaftlich basiertes Programm überführt werden? In welchem quantitativen Verhältnis standen die sowohl stationären als auch die seitens der Anstalt initiierten Reformen im Bereich der Fürsorge zu ihrer Verwirklichung? Lassen sich zwischen der sozialdemokratischen und eugenisch motivierten Politik und dem Ausbau der offenen Fürsorge und der Beschäftigungstherapie Zusammenhänge erkennen? Welche Heilungserwartungen wurden an die in den späten 1920er Jahren initiierte Forschungstätigkeit bei Epilepsiekranken geknüpft? Oder basierten Fortschrittsoptimismus und Reformen gar nur schlicht auf einem technizistischen Einteilungsdenken?

⁷⁹⁹ Julius TANDLER, Die wissenschaftliche Methode in sozialer Wohlfahrtsarbeit. In: Oesterreichische Blätter für Krankenpflege 10 (1929) 1-8. Hier: 7f. Sonderabdruck im Institut für die Geschichte der Medizin in Wien. Diese Schrift wurde sogar ins Französische (1929) und ins Englische (1930) übersetzt.

⁸⁰⁰ Vgl. zu den gesetzlichen Regelungen betreffend der Alkoholabgabe und -besteuerung, den Forderungen der Antialkoholbewegung und insbesondere der maßgeblich dafür engagierten Sozialistischen Partei in der Ersten Republik: Irmgard EISENBACH-STANGL, Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols. Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918-1984 (=Studien zur Historischen Sozialwissenschaft 17) Frankfurt, New York 1991, 284-314. Siehe auch: Julius TANDLER, Siegfried KRAUS, Die Sozialbilanz der Alkoholikerfamilie. Eine sozialmedizinische und sozialpsychologische Untersuchung (Wien 1936). Michael Hubenstorf stellt fest, dass die Abstinenzbewegung ein wichtiges Einfallstor eugenischer Ideen in der Sozialdemokratischen Partei war: HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft, 279f.

5.2. Alkoholismus als „*der wunde Punkt der Irrenpflege*“⁸⁰¹

Im Verein für Psychiatrie wurde die Problematik des weitverbreiteten Alkoholismus erstmals 1874 diskutiert. Hierbei wurden vor allem rechtliche Maßnahmen zur Beschränkung des Alkoholkonsums erörtert.⁸⁰² In der physiologischen Grundlagenforschung zu dieser Sucht hatten sich zwei, in der zeitgenössischen Literatur als antagonistisch beschriebene Sichtweisen herausgebildet. Die sogenannten „Abstinenten“, Anhänger der absoluten Alkoholenthaltung, reklamierten die „Wissenschaftlichkeit“ ihrer Theorien für sich. Vor allem Emil Kraepelins (1856-1926) Laborversuche gaben der neuen Bewegung wissenschaftliche Begründungen an die Hand.⁸⁰³ Die seit dem Ende des 19. Jahrhunderts bestehende Forschungsausrichtung berief sich beispielsweise auf psychophysiologische Testverfahren, Nachweise herabgesetzter Widerstandsfähigkeit bei Infektionen und statistische Korrelationen des Auftretens von Alkoholismus und progressiver Paralyse. Vor allem aber wurden die negativen Auswirkungen des Alkohols auf die Nachkommenschaft betont. Die „Laien der Heilkunde“ ständen hingegen der wissenschaftlichen Forschung „durch vorzeitige Verallgemeinerungen, Übertreibungen und allgemeine Phrasen“ einer systematischen Bekämpfung der Trunksucht im Wege.⁸⁰⁴ Neben Kraepelin zählten der Leiter der Anstalt Burghölzli in Zürich, Auguste Forel (1848-1931) und auch sein Nachfolger Eugen Bleuler (1857-1939) zu den wichtigsten frühen Vertretern der Abstinenzbewegung. Sie untersagten in ihren Institutionen jegliche Verabreichung von Alkohol. Ihrem Beispiel waren die Leiter der beiden niederösterreichischen Anstalten in Kierling-Gugging und Klosterneuburg schon früh gefolgt. Hintergrund der unterschiedlichen Standpunkte war nicht nur die Frage, ob bei Kranken, die wegen ihrer Entzugserscheinungen

⁸⁰¹ Adalbert TILKOWSKY, Ueber den gegenwärtigen Stand der Alkoholiker in den niederösterreichischen Irrenanstalten. In: Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus. Hg. vom Congress-Bureau; redigiert von Rudolf WLASSAK (Leipzig, Wien 1902) 204.

⁸⁰² Moriz GAUSTER, Ueber öffentliche Fürsorge zur Verminderung des Alkoholismus. In: Psychiatrisches Centralblatt 2 (1874) 17-22. Vortrag im Rahmen der Sitzung des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie.

⁸⁰³ Als das erste, breiter angelegte medizinische, statistische historisch-soziale Kompendium gilt das Buch des Sanitätsrates und Oberarztes des Gefängnisses Berlin-Plötzensee: Abraham Adolf BAER, Der Alkoholismus. Seine Verbreitung und seine Wirkung auf den individuellen und socialen Organismus sowie die Mittel, ihn zu bekämpfen (Berlin 1878). Vgl. dazu ausführlicher: Hasso SPODE, Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland (Opladen 1993) 203f.

⁸⁰⁴ Siegfried LILIENTEIN, Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 9 (1901) 471-473.

stationär behandelt wurden, Alkohol in geringen Dosen verabreicht werden sollten, sondern auch, ob dieser in psychiatrischen Anstalten generell nicht mehr eingesetzt werden dürfe. Alkohol wurde aus einer Vielzahl an therapeutischen Gründen wie bei Infektionskrankheiten, Erschöpfungs- und Schwächezuständen, bei „Melancholie, Anämie und Chlorose“, als Schlafmittel und Hypnotikum, aber auch arbeitenden Pfleglingen zur „Erfrischung und Erhöhung der Arbeitslust“ gegeben. Eine von Adalbert Tilkowsky, Direktor der Wiener Anstalt *Am Brünfeld*, erstellte Umfrage an 128 Anstalten und Kliniken des deutschen Sprachraumes zeigt, dass um 1900 nur zehn dieser Institutionen eine „Totalabstinenz“ für nötig hielten.⁸⁰⁵ In den niederösterreichischen Anstalten war – als den ersten im deutschen Sprachraum – die Abgabe von Alkohol nur über eine ärztliche Verordnung als Medikament möglich. Auch waren entsprechende Naturalbezüge an das Personal eingestellt und durch Lohnzulagen ersetzt worden.⁸⁰⁶

August Forels 1892 erschienene Schrift über die Trinkerasye prägte maßgeblich das ab der Wende zum 20. Jahrhundert verstärkte Engagement von Medizinern gegen den Alkoholismus, die diesen nicht mehr als „lasterhafte Willensschwäche“, sondern vielmehr als Krankheit ansahen, somit ihre medizinische Zuständigkeit begründen konnten.⁸⁰⁷ Der 1901 in Wien tagende „VIII. Internationale Congress gegen den Alkoholismus“ zielte auf die Aufklärung weiter Kreise der Bevölkerung. Die in dieser Frage Engagierten waren sich vor allem in einer Sache einig, nämlich der Bedrohung der Gesellschaft durch den Alkoholismus. Der Hauptvortrag Auguste Forels zur „*Alkoholfrage als Cultur- und Rasseproblem*“ stellt diese, maßgeblich von der Degenerationstheorie gestützten Annahmen einer

⁸⁰⁵ TILKOWSKY, Ueber den gegenwärtigen Stand der Alkoholiker, 207. Vgl. dazu auch die Stellungnahmen einzelner Anstaltsleiter: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 328f. Bericht der Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien im Oktober 1901. Kontroverse Stellungnahmen dazu: Hugo HOPPE, Die Alkoholabstinenz in Irrenanstalten. In: Ebd., 3 (1901/02) 507-510; Heinrich SCHLÖSS, Zur Frage der Alkoholabstinenz in Irrenanstalten. In: Ebd., 4 (1902/03) 53-56.

⁸⁰⁶ GERENYI, Irrenpflege und Verwaltung, 397.

⁸⁰⁷ Anton W. FISCHGRAFE, Über die Trinkerfürsorge in den letzten 30 Jahren (Berlin 1931) 6f. Als deren Beginn gilt die Gründung (1883) des „Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke“, dessen vorrangiges Ziel es war gesetzliche Änderungen zu erlangen und ein Bewusstsein für die Problematik in der Bevölkerung zu schaffen. 1903 wurde der Verband der Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebietes gegründet; 1905 existierten 31, 1912 bereits 48 Trinkerheilstätten in Deutschland. Vgl. dazu allg.: Jean-Charles SOURNIA, A History of Alcoholism (Oxford 1990); Zum Alkoholismus als ein im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts erkanntes Krankheitsbild und der Klassifikation alkoholbedingter Krankheiten: John Spencer MADDEN, Substance Use Disorders. Clinical Section. In: German E. BERRIOS, Roy PORTER (Hg.), A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of psychiatric Disorders (London, New York 1995) 656-667; Edward M. BROWN, Substance Use Disorders. Social Section. In: Ebd., 668-675.

Gefährdung in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. „*Die Entartung durch Schädigung des Keimplasmas der Erzeuger*“ bezeichnete er unter Berufung auf viele andere Autoren als die Hauptursache von Epilepsie oder Idiotie und zog auch direkte Verbindungen zwischen dem Alkoholismus und dem Begehen von Straftaten.⁸⁰⁸

Die Niederösterreichische Landesverwaltung begann 1898 „notorisch Trunksüchtige“ in der Gesamtbevölkerung statistisch zu erfassen. Zur deren institutioneller Versorgung wurden um die Jahrhundertwende zwei sich grundsätzlich voneinander unterscheidende Modelle diskutiert, die in ihrer Funktion zueinander komplementär waren. Erstens sollten Trinkerheilstätten eingerichtet werden, die, wie deren Bezeichnung bereits verrät, prinzipiell dem Konzept der Heilbarkeit verpflichtet waren. Hinsichtlich ihrer Konzipierung war man sich jedoch uneins, nämlich ob die Aufnahme der Alkoholiker zwangsweise oder – wie vor allem von August Forel vertreten – freiwillig erfolgen sollte.⁸⁰⁹ Erste Pläne und auch konkrete finanzielle Zusagen des Landtages zur Einrichtung einer Niederösterreichischen Trinkerheilanstalt waren 1893 eben angeblich an der mangelnden Möglichkeit einer „Trinkeranhaltung“ gescheitert.⁸¹⁰ Diese, außerhalb der Kompetenz von Verwaltung und Psychiatrie stehende und gänzlich ungelöste Frage verband sich nach Julius Wagner-Jauregg mit dem Problem der Leitung einer solchen Einrichtung. Er war der Ansicht, dass die schwierige Führung einer Trinkerheilstätte nur über persönliches Engagement und Enthusiasmus zu erbringen, folglich diese Einrichtung der katholischen Kirche zu überantworten sei.⁸¹¹ In Niederösterreich war bereits einige Jahre zuvor eine „im religiösen Geiste“ geleitete Trinkerheilstätte begründet worden. Diese war aber nicht nur sehr klein und, wie am Internationalen Congress wiederholt kritisiert wurde, inmitten eines Weinbaugebietes gelegen, sondern auch zu einem

⁸⁰⁸ Rudolf WLASSAK, Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus (Leipzig, Wien 1902) 29-35.

⁸⁰⁹ Neben den benannten Schriften siehe auch: Anonym, Die Trinkerfrage im Lande Niederösterreich. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 56 (1899) 303-305.

⁸¹⁰ TILKOWSKY, Ueber den gegenwärtigen Stand der Alkoholiker, 202f. Vgl. dazu auch die vorbereitenden Arbeiten: Ders., Die Trinkerheilstätten der Schweiz und Deutschlands. Ihre Stellung zur projectirten Trinkerheilanstalt in Niederösterreich (Wien 1893); Fedor GERENYI, Die Trinkerasylen Englands und die projectirte Trinkeranstalt für Niederösterreich vom Standpunkte der Administration (Wien 1893).

⁸¹¹ Julius WAGNER-JAUREGG, Diskussionsbeitrag. In: WLASSAK, Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus, 244. Rudolf Wlassak wandte sich dezidiert gegen diesen Standpunkt. In: Ebd., 246f.

Zeitpunkt eröffnet worden, als die Abstinenzbewegung noch keinerlei relevanten gesellschaftlichen Rückhalt gehabt hatte.⁸¹²

Von Trinkerheilstätten streng unterschieden und einhellig von allen Beteiligten des besagten Kongresses vehement eingefordert, war zweitens die Einrichtung von „Trinkerasylen“. Diese zur Unterbringung „versorgungsbedürftiger unheilbarer Trunksüchtiger“ zu konzipierenden Anstalten sollten nach Viktor Gerenyi *„ein Mittelding zwischen Versorgungs- und Zwangsarbeitsanstalt“* sein und dazu dienen, *„die dem Laster der Trunksucht unrettbar verlorenen, an Jahren vorgerückten criminellen Trunkenbolde zu ihrem eigenen Besten und dem Schutze der Gesellschaft unter Entzug von Alkohol dauernd zu verwahren“*.⁸¹³ Die Bedeutung dieses Versorgungsmodells wurde somit nicht nur mit den individuellen Nachteilen der Sucht für die Betroffenen begründet, sondern auch mit der von ihnen ausgehenden angeblichen „Gemeingefährlichkeit“, sowohl hinsichtlich erhöhter Verbrechensquoten als auch bezüglich der Gefahr für deren Nachkommenschaft. Die medizinische Erfolgsquote der Unterbringung in einem „Trinkerasyli“ wurde im Allgemeinen als sehr gering angesehen.⁸¹⁴

In psychiatrischen Anstalten hingegen sollten lediglich Alkoholranke, die akute Delirien, Halluzinationen oder Geistesstörungen anderer Art zeigten, aufgenommen werden. Zwar galten die chronischen Alkoholiker als die besten Arbeiter im Anstaltsbetrieb, wurden aber trotz dieser Tatsache als besonders störend beurteilt: *„Sie sind das schwer zu beaufsichtigende, zur Opposition geneigte Element, welches alle Freiheiten beansprucht, die anderen Kranken gewährt werden, sie am häufigsten missbraucht, das alle Zubussen anderer Kranken haben will und nie zufrieden ist, das auch häufig am meisten Rohheit in die Anstalt einschleppt.“*⁸¹⁵ Keine der oben benannten Forderungen wurde vorerst umgesetzt, Alkoholiker wurden in Österreich wie auch in anderen Ländern weiterhin in psychiatrischen Anstalten untergebracht

⁸¹² NIEDERÖSTERREICHISCHER LANDESAUSSCHUSS (Hg.), Vorschriften für die Unterbringung, Verpflegung und Behandlung heilbarer Trunksüchtiger in der Abtheilung für niederösterreichische Landespfleglinge des Abstinenzsanatoriums Pranthof bei Mühldorf nächst Spitz a.d. Donau (Wien 1899). Die Einrichtung war für zehn Patienten konzipiert, die Kosten für den sechsmonatigen Aufenthalt übernahm das Land Niederösterreich. Sie musste ihren Betrieb während des Ersten Weltkrieges einstellen. Gerenyi bezeichnete diese Einrichtung wegen des Zeitpunktes ihrer Eröffnung als „einen Schlag ins Wasser“, an dem er selbst mit Schuld gewesen sei. In: WLASSAK, Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus, 242f.

⁸¹³ Fedor GERENYI, Die Bewegung gegen den Alkoholismus in Niederösterreich. In: WLASSAK, Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus, 369-383. Hier: 371.

⁸¹⁴ Moriz GAUSTER, Zur Frage der Trinkerasyile. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 8 (1889) 333-341.

⁸¹⁵ Ebd., 341.

und stellten dort nicht nur einen beständigen Stein des Anstoßes, sondern auch tatsächlich einen relativ hohen Anteil an der Gesamtzahl der Insassen dar.⁸¹⁶

Die mangelnde rechtliche Grundlage galt als der Grund der unklaren Zuständigkeit, die Praxis gestaltete sich nach Ansicht der Anstaltsleiter in einer beständigen Grauzone: *„Gewohnheitstrinker oftmals bei mäßiger Intelligenzabschwächung durch ihr Leiden gerichtlich als blödsinnig erkannt; [...] dieselben aber werden, durch ihr degeneriertes Nervensystem, der Reizbarkeit und Willensschwäche alsbald nach Rückkehr in die Welt, dem Trunke verfallend, wieder gemeingefährlich.“*⁸¹⁷ Der sogenannten „Alkoholikerfrage“ wurde in der Wiener Anstalt *Am Brünlfeld* mit zweifacher Strategie entgegengetreten. Diejenigen, die nur kurz interniert waren und nach Meinung der Experten Symptome psychischer Krankheit zum Zweck der Aufnahme simulierten, wurden mithilfe einer verstärkten Zusammenarbeit mit der Polizei erst gar nicht mehr aufgenommen. Die zweite und quantitativ bedeutendere Möglichkeit bestand in der ab 1897 praktizierten möglichst raschen Entlassung von Alkoholikern. Das radikale Vorgehen der „Wiener Irrenärzte“ unter der Führung von Adalbert Tilkowsky rief keineswegs nur Zustimmung hervor. In der Psychiatrischen Wochenschrift, dem Organ der Landesvertretung aller Anstaltspsychiater im deutschsprachigen Raum, wurde dessen Entscheidung entschieden missbilligt, da außer der verminderten Aufnahmezahl keine Lösung der Problematik erreicht sei.⁸¹⁸

Diesem simplen Hintanhalten von Alkoholikern stand das insbesondere von August Forel und Eugen Bleuler vertretene Modell einer psychiatrischen Behandlung entgegen. Die dieser Form der Versorgung stets als vorgelagert angesehene Schwierigkeit bestand in der mangelnden rechtlichen Grundlage der Anhaltung der betroffenen Personen. Die Notwendigkeit einer solchen Institution wurde in den verschiedenen Entwürfen zur Strafrechtsreform wiederholt mit eingebracht. Bei

⁸¹⁶ Tilkowsky errechnete in der von ihm geleiteten Wiener Anstalt für psychisch Kranke für die Jahre 1885 bis 1900 den durchschnittlichen Anteil der Alkoholiker zwischen 24 und 40%. In: TILKOWSKY, Ueber den gegenwärtigen Stand der Alkoholiker, 203. Die Zahl der Alkoholikerinnen wurde als wesentlich geringer angesehen und erst gar nicht statistisch erfasst.

⁸¹⁷ GAUSTER, Zur Frage der Trinkerasylo, 337.

⁸¹⁸ Anton DELBRÜCK, Ueber Trinkeranstalten. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 311-316. Referat im Rahmen der VI. Jahresversammlung des Vereins abstinenten Ärzte des deutschen Sprachgebietes. Hier: 312. Delbrück war Vorsitzender des Vereins und Direktor der Anstalt in Bremen. Diese Vorgangsweise wurde wiederholt am VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus kritisiert, unter anderem von August Forel. In: WLASSAK, Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus, 237. Julius Wagner-Jauregg stellte sich in dieser Angelegenheit hinter Tilkowsky und beschrieb dabei die Vorgehensweise anderer Anstalten, die mittels Verlegungen zum selben Resultat führten: *„Sie [die Direktoren] haben es nur schlauer gemacht, weniger couragiert. Sie haben sie [die Patienten] nach Klosterneuburg geschickt und der dortige Direktor hat sie entlassen.“* Die Zuhörerschaft reagierte darauf mit *„Lebhafter Heiterkeit“*. Ebd., 246.

diesen Gesetzesvorlagen war aber stets die Verantwortlichkeit von Straftaten, die im alkoholisierten Zustand begangen wurden und die Unterbringung dieser Delinquenten im Zentrum der Auseinandersetzungen verblieben.⁸¹⁹ Bei nicht unter Vormundschaft stehenden Personen wurde in der Praxis alternativ ein „moralischer Zwang“ ausgeübt, den Betroffenen wurde nämlich entweder die Internierung in einer Zwangsarbeitsanstalt, oder aber die Entmündigung selbst angedroht. Somit blieben Fragen des Umgangs mit Alkoholismus vorerst eng an unfreiwillige Internierungen gebunden. Zwar existierten im deutschen Sprachgebiet (nicht aber in Österreich) um die Jahrhundertwende über 40 Trinkerheilanstalten, die auf dem Prinzip eines selbstbestimmten Entzugs basierten. Dort aber konnte nur ein kleiner und – wie noch ausführlich gezeigt werden soll – ein bestimmter Teil der Betroffenen untergebracht werden. Im Organ der Anstaltspsychiater wurde hierzu resignierend festgestellt: *„Die größere Gruppe der Alkoholiker könne gar nicht in Trinkerheilanstalten gehalten werden. Sie sind es, die social am lästigsten sind, und vor denen sich die Gesellschaft in irgendeiner Weise schützen sollte. Sie sind es, die [in Deutschland; S.L.] zum neuen Entmündigungsgesetz Anlass gegeben haben. Sie sind es, die man in deutschen Irrenanstalten gerne los sein möchte und die man aus den Wiener Anstalten rausgeschmissen hat! Sie sind es aber auch, die zu einem größten Theile unheilbar sind, weil sie entweder zu willensschwach oder in anderer Beziehung in höherem Grade geistig defekt sind.“*⁸²⁰

Den vielfachen und untereinander eng verknüpften Forderungen nach rechtlichen, institutionellen und auch therapeutischen Maßnahmen im Umgang mit der Problematik Alkoholismus waren noch längere Zeit mit keinerlei konkreten Maßnahmen begegnet worden. Die Zahl der internierten Alkoholkranken wurde regelmäßig erhoben, insbesondere deren häufige Wiederaufnahme wurde sorgsam registriert:⁸²¹ Die Anzahl der Alkoholiker *Am Steinhof* war in Relation zu den Gesamtaufnahmen starken Schwankungen unterworfen. In den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg nahm deren Anteil zwischen 13 und 19% ein, während des Krieges

⁸¹⁹ Vgl. zur Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher: EDER-RIEDER, Die freiheitsentziehenden vorbeugenden Maßnahmen, 97f. Die Unterbringung in eine „Trinkerheilanstalt“ von StraftäterInnen, die diese unter dem Einfluss von Alkohol begangen haben, wurde 1919 als mögliche Maßnahme benannt, sollte aber erst im Jahre 1971 Eingang ins Gesetz finden.

⁸²⁰ DELBRÜCK, Ueber Trinkeranstalten, 314.

⁸²¹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ o. Z. / 1908. Die eigens erstellten Zählkarten waren an die für die Statistik verantwortliche Mag. Abt. 21 einzusenden, die wiederum einen Bericht für die k.k. Niederösterreichische Statthaltereie zu verfassen hatte.

sank dieser auf 2 bis 3%, 1922 war das Vorkriegsniveau mit 14% in etwa wieder erreicht. Der bis 1925 auf knapp 36% angestiegene Anteil spiegelte – wie in zeitgenössischen Veröffentlichungen auch festgehalten – jedoch keineswegs nur den Anstieg des Alkoholismus in der Wiener Bevölkerung, sondern auch die Aufmerksamkeit der Behörden gegenüber dieser Gruppe.⁸²² Heinrich Schlöss, erster Leiter der Anstalt *Am Steinhof*, erstellte akribisch Tabellen und sprach sich deutlich gegen die Unterbringung der von ihm sogenannten „Spitalsbrüder“ aus. „Diese Degenerierten“ wären seiner Ansicht nach in nicht-psychiatrischen Anstalten weitaus kostengünstiger zu verpflegen. Die Überfüllung der Institution *Am Steinhof* sollte mittels Transferierungen der „depravierten chronischen Alkoholiker und ähnlicher Elemente“ in die Landeszwangsarbeitsanstalt in Korneuburg entgegengearbeitet werden.⁸²³ Aktive Maßnahmen beschränkten sich darauf, diese Patienten und ihre Angehörigen bei der Entlassung darüber zu belehren, dass der Rückfall bereits beim Genuss geringster Mengen von Alkohol sehr wahrscheinlich sei. Für alle Betroffenen gab es das Angebot sich einem Abstinenzverein anzuschließen, beziehungsweise wurden umgekehrt von der Anstaltsleitung die Anschriften der ehemaligen Patienten an den Zentralverband der österreichischen Alkoholgegner übermittelt.⁸²⁴

Das erste den Gesundheitsbereich regelnde Gesetz, welches „Trunksüchtige“ explizit erwähnte, war die Entmündigungsordnung von 1916. Für „Verschwender“, „Trunksüchtige“ und dem „Nervengift Ergebene“ war die beschränkte Vormundschaft vorgesehen. Ungleich der vollen Entmündigung konnte diese Form des teilweisen Entzugs der Vollrechtsfähigkeit auch in Form einer Androhung ausgesprochen werden: Wenn „zu erwarten ist“ dass der zu Entmündigende „sich bessern werde“ konnte dieser Beschluss mit der Auflage einer Heilbehandlung von mindestens sechs und höchstens zwölf Monaten in einer Entwöhnungsanstalt hintangehalten werden.⁸²⁵ Mit diesem Gesetz wurden AlkoholikerInnen erstmals der medizinischen Kontrolle unterworfen, doch im Unterschied zu geistig Kranken nicht mit Zwang, sondern mittels Ausübung von Druck. Das Gericht konnte eine Entmündigung auch nur über den Antrag eines Verwandten, eines Staatsanwaltes, eines Vorstehers der

⁸²² GEMEINDE WIEN (Hg.), *Das Neue Wien*, Band 2, 518f. Die dort angegebenen Zahlen stimmen exakt mit den in den Direktionsakten dokumentierten Angaben überein: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 148 / 1926.

⁸²³ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ 78 / 1910.

⁸²⁴ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Kranken-Angelegenheiten´ o. Z. / 1912.

⁸²⁵ § 36 der Entmündigungsordnung. In: EISENBACH-STANGL, *Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols*, 234f.

Aufenthalts- oder Heimatgemeinde oder eines Armenpflegers einleiten. Der Sonderstatus, den der Gesetzgeber dem Problem Alkoholismus entgegenbrachte, wurde dem 1920 erlassenen Krankenanstaltengesetz noch deutlicher. Dieses subsumierte Trinkerheilstätten de jure dem medizinischen Bereich und legte fest, dass behandlungseinsichtige und -willige „Trunksüchtige“ in gesonderten Anstalten und ohne Zwangsvorschriften zu behandeln sind. Mit diesem Gesetz wurde der Alkoholismus als Erkrankung anerkannt, entsprechend dazu konnte nun die Behandlung in den Vordergrund rücken.⁸²⁶ Die grundsätzliche und als genuin ärztliche Aufgabe angesehene Differenzierung bestand in der Differenzierung „heilbarer“ und „nicht heilbarer Alkoholiker“, ein Aspekt, der nun mit den gesetzlichen Vorgaben zum Umgang mit dem Alkoholismus korrespondierte.

Die medizinische Zuständigkeit und Behandelbarkeit von Alkoholismus war auch der zentrale Ansatzpunkt des Physiologen Rudolf Wlassaks (1865-1930).⁸²⁷ Er war Herausgeber der ab 1902 erschienenen Zeitschrift „Der Abstinent“ und Gründungsmitglied des 1905 initiierten Sozialdemokratischen Arbeiter-Abstinentenbundes in Wien. Der als einziger auch in einer Partei verankerte Abstinentenverein war zugleich der „Zentralverband der Alkoholgegner Österreichs“. Wlassak stellte sich in seinem Hauptwerk, dem „Grundriss zur Alkoholfrage“ ganz in die Tradition August Forels, der die Heilung vom Alkoholismus erstmals als eine ärztliche Aufgabe bezeichnet hatte.⁸²⁸ Die medizinische Zuständigkeit für eine bis dato gesellschaftliche und soziale Problematik implizierte den Anspruch der Heilbarkeit von dieser Sucht. Behandlungsversuche von Alkoholikern hatten bereits eine längere Tradition, deren erfolgversprechende Prinzipien wie die völlige Abstinenz von Alkohol und die „seelische Beeinflussung“ der Süchtigen wurden auch in die medizinische Behandlung mit übernommen. Wlassak nannte diese Grundsätze des „Schuhmachermeisters und Blaukreuzmitgliedes“ Heinrich Boßhardt als diejenigen, die Forel erst die Möglichkeit der Trinkerheilung vor Augen geführt hätten.⁸²⁹

⁸²⁶ Ebd.

⁸²⁷ Wlassak war von 1918 bis 1919 Volontärassistent bei Eugen Bleuler am Burghölzli in Zürich gewesen. Vgl. die Angaben zu seiner Person: GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartnerhöhe, 175f.; KREUTER, Deutschsprachige Neurologen und Psychiater, Bd. 3, 1597f.

⁸²⁸ Rudolf WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage (Leipzig 1. Auflage 1922, 2. verm. Auflage 1929). Reprint in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 14 (1991) 127-153. (Die folgenden Verweise aus dieser Studie stammen aus der Ausgabe von 1929.)

⁸²⁹ WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 183f.

Die Übernahme in einen medizinischen Tätigkeitsbereich und die damit verbundene Verwissenschaftlichung zeigen sich hier auf charakteristischer Weise. Denn gemäß der Sichtweise Wlassaks könne erst der „erfahrene Irrenarzt“ all diese Grundsätze vervollkommen. Im Unterschied zu bisherigen Modellen des Entzuges sollte die bislang als „Gesinnung“ bezeichnete Haltung der totalen Abstinenz aller an der Behandlung Beteiligten zu einem „ärztlichen Grundsatz“ werden. Weitere Strategien der Abgrenzung zu bisherigen Modellen betrafen die strikte Ablehnung von offenbar weit verbreiteten, die Nebenwirkungen des Vorgehens mäßigenden „Trunksuchtmitteln“, die als Scharlatanerie verpönt wurden und die Ablehnung von „Nervensanatorien“, die ebenfalls Entzugskuren angeboten haben, aber einen gemäßigten Genuss von Alkohol tolerierten.

Wlassak sah die gesetzliche Regelung von 1916 und der damit gegebenen, neuartigen Möglichkeit der beschränkten Entmündigung für Süchtige als ein äußerst zweckmäßiges Mittel an. Alkoholiker, die wegen ihrer wiederholten Rückfälligkeit als unheilbar eingestuft wurden, sollten hingegen in sogenannten „Trinkerasylen“ untergebracht werden. Die letztere Form der Internierung dürfe seiner Ansicht nach keinesfalls vor dem Ablauf von zwei Jahren enden, da sie nicht nur aus einer medizinischen Notwendigkeit heraus begründet sei. Hierbei solle vielmehr die soziale Indikation, nämlich der Schutz der Familie und der Gesellschaft im Vordergrund stehen. In der Frage der Anhaltung sollte die jedoch psychiatrische Kompetenz entscheidend sein. So stellte Wlassak fest, dass das rechtliche Verfahren auch ganz kurz gehalten werden könne wenn die medizinische Voruntersuchung bei diesen Kranken bereits einmal stattgefunden habe. Die Entlassung aus einem „Trinkerasyll“ dürfe auch nur probeweise erfolgen, dabei verstehe es sich wohl von selbst, wie der maßgebliche Vertreter der Abstinenzbewegung meinte, dass es bei vielen Betroffenen zu einer Internierung auf unbestimmte Zeit käme.⁸³⁰ Zudem müsse bei *„deren Haltung und Disziplinierung auch eine viel schärfere Note angeschlagen werden, natürlich ohne irgendwie grausam zu werden.“*⁸³¹ Sentimentale Gründe bei einem solchen Verfahren verbieten sich angesichts des Unheils, welches durch Alkoholiker angerichtet werde: *„Nebenbei gesagt, spricht für eine derartige Anhaltung auch der rassenhygienische und kriminalpolitische Gesichtspunkt, da erstens die Zahl der Nachkommenschaft der Trinker durch diese Maßregel jedenfalls fühlbar*

⁸³⁰ WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 200f.

⁸³¹ Ebd., 201.

herabgesetzt werden wird, zweitens eine Unzahl von Delikten unmöglich gemacht würde, da gerade unter den rückfälligen Trinkern sich eine große Zahl findet, die in irgendeiner Richtung kriminell veranlagt ist.⁸³² Einrichtungen wie diese müssten deutlich von Trinkerheilstätten zu differenzieren sein, ihre Existenz biete nach Wlassak allerdings ein brauchbares Mittel zur Abschreckung für behandlungsunwillige Personen.⁸³³

Sowohl die stationäre Behandlung in der Trinkerheilstätte als auch die ambulante Fürsorge könnten jedoch der Problematik des weitverbreiteten Alkoholismus nur unzureichend gerecht werden. Wlassaks Engagement zur Lösung der „Alkoholfrage“ erstreckte sich auch weit über medizinische Belange hinaus. Er forderte sowohl ein Trinkerfürsorgegesetz zur dauernden Versorgung der als unheilbar klassifizierten Alkoholiker⁸³⁴, als auch die Einrichtung von separierten Anstalten zur Versorgung krimineller Alkoholiker.⁸³⁵ Wlassak war der Ansicht, dass Kriminalität und Alkoholismus zwar nicht selten gepaart seien, betonte hierbei aber explizit deren multifaktorielle Ursachen. So wandte er sich auch gegen die, in die deutsche Gesetzgebung Eingang gefundene Lösung, gemäß der Alkoholiker erst in eine Trinkerheilstätte eingewiesen werden konnten *nachdem* sie eine Straftat begangen hatten. Wlassaks Ansatz beruhte im Unterschied dazu auf der Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung, bevor es überhaupt zu einer kriminellen Handlung kommen könnte.⁸³⁶

Der Einschluss von Alkoholikern in den medizinischen Zuständigkeitsbereich basierte auf institutionellen und juristischen Vorentscheidungen. Zudem beruhte der psychiatrische Erfolgsanspruch maßgeblich darauf, nur einen sehr kleinen Teil der

⁸³² Ebd. Seine Sichtweise zu den „rassenhygienischen Pflichten“ der Gesellschaft findet sich noch deutlicher formuliert in: Rudolf WLASSAK, Das Problem der Degeneration. In: Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus und Bekämpfung der Trinksitten 20 (1910) 41-52 und 81-95. Vortrag, gehalten im Akademischen Abstinentenverein zu Wien.

⁸³³ In Salzburg gab es ein psychiatrisch geleitetes Heim für Alkoholranke; eine ähnliche Institution gab es auch in Klosterneuburg. 1931 wurde in Kärnten von der evangelischen Stiftung „de la Tour“ ein – allerdings nicht von Medizinern geleitetes – Heim gegründet. In: EISENBACH-STANGL, Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols, 255. Details hinsichtlich der Prinzipien ihrer Leitung sind leider nicht bekannt.

⁸³⁴ Rudolf WLASSAK, Trinkerheilstätte und Trinkerfürsorgestelle der Gemeinde Wien. In: Blätter für das Wohlfahrtswesen 28 (1929) 27-30. Hier: 29f.

⁸³⁵ Diese auch als Trinkerdetentionsanstalten bezeichneten Einrichtungen wurde auch schon um die Wende zum 20. Jahrhundert beispielsweise von Wagner-Jauregg beim Obersten Sanitätsrat als notwendig einreklamiert: WAGNER-JAUREGG, Diskussionsbeitrag. In: WLASSAK, Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus, 243f.

⁸³⁶ Ebd., 201f. Wlassaks Vorstellungen von Anstalten für kriminelle Trinker entsprachen dem im Trinkerfürsorgegesetz von Zürich und St. Gallen bereits verankerten Versorgungsmodell; dieses hatte auch im englischen Gesetzesentwurf Eingang gefunden.

Alkoholiker in die Behandlung übernehmen zu wollen. Die weitaus größere Zahl der Betroffenen sollte – gewissermaßen als Kehrseite der neuartigen Expertise – rigorosen Beschränkungen unterworfen werden. Wlassak bezeichnete chronische Alkoholiker prinzipiell als geisteskrank, auch wenn unmittelbare Symptome wie Halluzinationen oder Delirien fehlten. Wie er meinte, stelle für einen psychiatrisch gebildeten Arzt der Alkoholismus auch ohne jede Sinnestäuschung oder in einer Phase von Nüchternheit eine Geisteskrankheit dar.⁸³⁷ Als Beleg seiner Annahme zog er den Vergleich zu der Situation von Blutern: Menschen, die an Hämophilie litten, seien als krank zu definieren. Ähnlich gering der Gefahr, dass sie eine noch so kleine, für sie dennoch lebensgefährliche Verletzung vermeiden könnten, gelänge es einem Alkoholiker sich selbständig seiner Sucht zu entziehen. Polizei- und Gerichtsbehörden sei aber eben jene geistige Störung oft nicht verständlich. Behörden, die über eine Anstaltseinbringung zu entscheiden hätten, sollten sich seiner Ansicht nach nicht jener, als „Laienpsychiatrie“ bezeichneten Haltung beugen. Von dieser Analogie zur somatischen Erkrankung machte Wlassak einen Sprung in der Argumentation, denn maßgebende Gründe der Einweisung waren wiederum soziale Indikationen, wie vor allem die Gefährdung der Angehörigen.⁸³⁸ Eben an diese Stelle der auch in der Fachwelt vielfach als ungeklärt geltenden Fragen, nämlich ob es sich nun um eine geistige Erkrankung handle oder nicht, ob eine Einweisung zum Entzug zwangsweise oder freiwillig, oder ob es sich um eine medizinische oder soziale Indikation handle, trat nun die `psychiatrische Erfahrung´, oftmals die Expertise einer einzelnen Person, die in der Praxis die für die Betroffenen essentiellen Fragen zu entscheiden hatte.⁸³⁹

Im Oktober 1922 wurde *Am Steinhof* die Alkoholikerabteilung unter der Leitung von Rudolf Wlassak eröffnet. Die Abteilung für heilbare Alkoholiker, angegliedert an eine psychiatrische Heil- und Pflegeanstalt, war die erste ihrer Art in Europa. Die wenigen bis zu diesem Zeitpunkt bereits bestehenden Trinkerheilstätten waren selbständige

⁸³⁷ Dieser Ansicht vertrat auch der Wlassak nachfolgende Leiter der Trinkerheilstätte: Ernst GABRIEL, Die Wahl der Behandlungsmethode nichtgeisteskranker Trinker. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 35 (1933) 357-359.

⁸³⁸ WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 196.

⁸³⁹ Die Expertise der Abstinenzbewegung wurde auch medial untermauert: *Am Steinhof* wurde ein Propagandafilm gegen Alkoholmissbrauch und Geschlechtskrankheiten gedreht. Die Erlaubnis Julius Tandlers zu den kinematographischen Aufnahmen: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 138 / 1922. Die Angehörigen beziehungsweise die Kuratoren mussten die Teilnahme genehmigen, unklar ist ob von den Kranken eine Zustimmung eingeholt wurde. Lediglich bei geschlechtskranken Patienten sollten Vorkehrungen getroffen werden, dass „nach Möglichkeit die Abgebildeten nicht zu erkennen sein sollten“. Ebd., 138 / 1922.

Institute und unterstanden auch nicht immer einem Mediziner.⁸⁴⁰ Insgesamt wurden an der Trinkerheilstätte pro Jahr etwa hundert Alkoholranke aufgenommen.⁸⁴¹ Dieser Aspekt verweist deutlich auf ein Auseinanderklaffen von Reformanspruch und – angesichts der bestehenden sozialen Problematik – quantitativ wohl kaum befriedigenden Umsetzung eines Reformprogramms. Die neue Abteilung wurde in den Räumlichkeiten der Aufnahmepavillons der Männerseite eingerichtet, die seit deren Verwendung zur Unterbringung verwundeter Soldaten nach dem Ende des Ersten Weltkrieges aus Ersparnisgründen ungenützt geblieben waren. Die Aufnahmewilligen mussten sich verpflichten ein halbes Jahr lang an der Station zu bleiben, eine Zeitspanne die unterhalb der im internationalen Vergleich üblichen Dauer lag, aufgrund der Übernahme der Verpflegungskosten durch die Stadtverwaltung aber als ein nötiger Kompromiss angesehen wurde.⁸⁴²

Die Etablierung der Trinkerheilstätte innerhalb einer Heil- und Pflegeanstalt für Geistesranke versprach mehrere Vorteile mit sich zu bringen. Neben organisatorischen Gründen, wie die der bestehenden Verwaltung und Bewirtschaftung wurde die bereits vorgegebene Selbstverständlichkeit der geordneten und disziplinierten Lebensführung – ein als wesentlich angesehenes therapeutischer Aspekt für den Entzug – als vorteilhaft angesehen. Die Patienten hatten alle eine sogenannte „freie Sperre“, mit dieser konnten sie sich innerhalb des Anstaltsgeländes autonom bewegen. Die Androhung der Versetzung auf eine psychiatrische Abteilung an Patienten, die sich nicht an die Bedingungen der Entzugskur hielten, war organisatorisch leicht durchführbar und galt Wlassak als ein ausgezeichnetes Mittel um die Ordnung aufrechterhalten zu können. Die stadtnahe Lage der Trinkerheilstätte ermöglichte nicht nur, dass die Patienten häufig besucht und die Ärzte Kontakte zu den Angehörigen knüpfen konnten, sondern auch die praktikable Organisation einer weitergehenden Fürsorge lange über die Entlassung

⁸⁴⁰ Die in Deutschland zu diesem Zeitpunkt bereits bestehenden Institutionen unterstanden der Leitung eines sogenannten Hausvaters und waren zumeist in größerer Entfernung von Städten gelegen, sodass die Kranken nicht so leicht an Alkohol gelangen konnten. Dort konnten keinerlei Zwangsmaßnahmen für den Fall ausgeübt werden, wenn ein Patient die Anstalt verlassen wollte. Ähnlich der Konzeption der Wiener Trinkerheilstätte bestanden in den psychiatrischen Anstalten in Illenau (Baden) und in Konstanz angeschlossene Abteilungen und eine eigenständige, aber ähnlich geführte Einrichtung in Fürstenwalde bei Berlin. In: WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 185.

⁸⁴¹ Bis 1928 schwankte die Zahl der Aufnahmen zwischen 96 (1925) und 111 (1924). Eine exakte Auflistung findet sich in: WLASSAK, Trinkerheilstätte und Trinkerfürsorgestelle der Gemeinde Wien, 28.

⁸⁴² MAGISTRAT DER STADT WIEN (Hg.), Die Verwaltung der Bundeshauptstadt Wien 1929-1931, 975.

hinaus. Als nachteilig für das Image der neuen Abteilung galten die bestehenden Vorurteile gegenüber der psychiatrischen Anstalt, doch diese seien, gemäß Wlassak, mit verstärkter Aufklärung im Schwinden begriffen. Ohnehin dürfe zwischen den Patienten der unterschiedlichen Abteilungen keinerlei Kontakt bestehen, um die Möglichkeit der Beschaffung von Alkohol hintanzuhalten. Ebenso erfolgte auch die Arbeitstherapie streng getrennt von den übrigen Kranken in eigenen Werkstätten und Parkgebieten.⁸⁴³ Wlassak war, ebenso wie sein Mitarbeiter und alle in der Trinkerheilstätte angestellten Pfleger überzeugte Antialkoholiker, sogenannte „Teetotale“.⁸⁴⁴

Die örtlich nahe Verbindung der Trinkerheilstätte zu den Abteilungen für psychisch Kranke bot die Möglichkeit der Auswahl der für eine Behandlung als geeignet angesehenen Alkoholiker. Die meisten dieser Patienten waren, wie die Krankenakten zeigen, bereits einige Tage in der Heil- und Pflegeanstalt bevor sie auf die Trinkerheilstätte transferiert wurden. Innerhalb dieser Zeitspanne hatte Wlassak die Möglichkeit Patienten, die zwangsweise interniert worden waren, für die – prinzipiell offene – Behandlung gezielt auszuwählen. Da *Am Steinhof* sehr viele Alkoholiker zur Aufnahme gekommen waren, für eine intensive Betreuung aber nur wenige Plätze zur Verfügung standen, wurde die Regelung getroffen, sämtliche Erstaufgenommene auf der Trinkerheilstätte vorzustellen und dort auf ihre Eignung hin zu prüfen. Bereits rückfällige Patienten sollten nur in Ausnahmefällen aufgenommen werden.⁸⁴⁵

Die Betreuung beschränkte sich in den ersten Jahren ausschließlich auf Männer. Lediglich einige Kriterien eines Ausschlussverfahrens wurden benannt: Als ungeeignet für eine Entziehungskur galten Patienten die älter als 55 Jahre alt waren. Alkoholiker konnten auch als zu jung für eine solche eingestuft werden, sie waren von vorneherein mit dem Stigma der Unverbesserlichkeit behaftet. Ebenfalls wenig Aussicht auf Erfolg bot den Verantwortlichen der „Typus eines einsam trinkenden Alkoholikers“, Personen, die als Autisten eingestuft wurden, ferner „schizoide Alkoholiker“ und diejenigen, die zudem an einem organischen Hirnleiden oder an einer psychischen Erkrankung litten. Neben diesen medizinisch definierten Kriterien waren es vor allem soziale Hintergründe, die Patienten als ungeeignet für eine

⁸⁴³ WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 187f.

⁸⁴⁴ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 262 / 1922. Schreiben vom 8. August 1922. Zur Einrichtung dieser Station war kein weiteres Inventar notwendig. Aufgrund der Schließung des Sanatoriums wechselte Dr. Falla von dort auf die Trinkerheilstätte.

⁸⁴⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 814 / 1928.

intensive Behandlung erscheinen lassen konnten. Dazu zählten Personen, die aus häuslich extrem zerrütteten Verhältnissen stammten, bei denen, wie angenommen wurde, auch eine weitere Fürsorge diesen Umständen nicht abhelfen könne. Insbesondere die Trennung einer Ehe galt als ungünstige Voraussetzung, da von den Frauen der seelische Beistand nach einer Entlassung erwartet wurde. Aber auch eine gegenüber der absoluten Abstinenz als einsichtslos angesehene Ehefrau war hinderlich für die Aufnahme zu einer Entziehungskur. Personen, die beruflich auf irgendeine Weise mit Alkohol zu tun hatten, wurde nur unter dem Versprechen ihre Tätigkeit zu wechseln Aufnahme in die Trinkerheilstätte gewährt.⁸⁴⁶

Als ein wichtiger Beleg für die Wahrhaftigkeit des Wunsches zur Entwöhnung galt die Einwilligung des Patienten mindestens sechs Monate in der Trinkerheilstätte zu verbleiben.⁸⁴⁷ Neben diesen grundsätzlich notwendigen Einverständnis war jedoch vor allem `ärztliche Erfahrung´ entscheidend, ob ein Patient für eine Entwöhnungskur geeignet erschien: *„Für die Beurteilung, ob ein Trinker heilbar ist oder nicht, gibt es einige Anhaltspunkte, die leider nicht verlässlich sind, so dass man sich im Allgemeinen bei der Stellung der Voraussage hauptsächlich auf den allgemeinen Eindruck, den der Trinker macht, und auf das eigene Gefühl verlassen muss.“*⁸⁴⁸

Hierzu wurden keine medizinischen Kriterien benannt, erst die praktische `Erfahrung´, ein im hohen Maße implizites Wissen, ermögliche die richtige Erfragung aller Umstände, wie beispielsweise der Trinkgewohnheiten. Lediglich eine psychiatrische Vorbildung ermögliche die *„richtige Auswahl, beziehungsweise die Abstoßung der ungeeigneten Fälle“*.⁸⁴⁹ Wie diese in der Praxis im Detail vorstatten ging, ist jedoch der Dokumentation in den Krankenakten keineswegs zu entnehmen.⁸⁵⁰

Neben diesen als „geschlossen“ eingelieferten Patienten⁸⁵¹ hatten Alkoholranke auch die Möglichkeit zur „freiwilligen Aufnahme“. Diese Personen mussten selbst für ihre Verpflegungskosten aufkommen, oder aber einer für sie die Behandlung

⁸⁴⁶ WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 185f.

⁸⁴⁷ WLASSAK, Trinkerheilstätte und Trinkerfürsorgestelle der Gemeinde Wien, 27.

⁸⁴⁸ Ernst GABRIEL, Die Trinkerheilstätte der Gemeinde Wien. In: Blätter für das Wohlfahrtswesen 30 (1931) 241-244. Hier: 241.

⁸⁴⁹ WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 188f.

⁸⁵⁰ Im Jahr 1923 wurden über 32% der *Am Steinhof* aufgenommenen Alkoholiker auf die Trinkerheilstätte transferiert, in den folgenden zwei Jahren sank diese Zahl auf knapp 15% beziehungsweise knapp 12%. In: GEMEINDE WIEN (Hg.), Das Neue Wien. Städtewerk, Band 2, 518.

⁸⁵¹ Behandelt wurden vorerst überwiegend Patienten, die primär in die psychiatrische Anstalt zwangsweise aufgenommen waren und dort ihren Heilungswillen bekundeten, somit aber nicht selbst für ihre Behandlung finanzieren mussten. In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 1023 / 1922.

zahlenden Krankenkasse angehören.⁸⁵² Da die Trinkerheilstätte Teil der psychiatrischen Anstalt war, ließen sich, gemäß der Ansicht ihres Leiters, anfangs immer wieder Patienten von einer freiwilligen Aufnahme abschrecken. Doch deren Anteil war mit der zunehmenden Anerkennung dieser Abteilung deutlich gestiegen. Im Jahr 1923 war es noch weniger als ein Sechstel, fünf Jahre später bereits mehr als ein Drittel aller Pfleglinge, die entweder über die von der Abteilung abgehaltene Sprechstunde oder von der Trinkerfürsorge vermittelt wurden. Unter ihnen waren auch Patienten, die aus anderen Bundesländern oder dem Ausland gekommen waren.⁸⁵³ Dem Leiter der Abteilung erschien es aber prinzipiell wünschenswert, dass die Patienten aus Wien stammten, da die nach der Entlassung andauernde Fürsorge ein wesentlicher Teil des Behandlungskonzeptes darstellte.

Von den zwei benannten Arten der Aufnahme wurde eine dritte unterschieden, nämlich Patienten, die vom Polizeikommissariat als „geschlossen“ eingeliefert wurden und bereits dort selbständig den Wunsch äußerten in die Trinkerheilstätte aufgenommen werden zu wollen⁸⁵⁴, oder aber auch auf der Trinkerheilstätte als „geschlossen“ geführt wurden. Letzterer Modus wurde angewandt, wenn der Aufnahmesuchende keinen verlässlichen Eindruck machte, oder aber es aus anderen Gründen als notwendig erachtet wurde, dass ein Patient auch gegen seinen Willen in der Heilstätte festgehalten werden musste.⁸⁵⁵ Diese paradox anmutende „geschlossene Aufnahme auf eigenem Wunsch“ wurde mittels eines Erlasses der Sanitätsabteilung der Polizeidirektion vom März 1924 ermöglicht, welcher vorsah Alkoholiker auch ohne bestehender Selbst- oder Fremdgefährdung auf die Trinkerheilstätte transferieren zu dürfen.⁸⁵⁶

Auf der Abteilung selbst wurden alle Kranken gleich behandelt, sie mussten bereit sein sich der strengen Hausordnung und Disziplin zu unterwerfen. Ziel war es diese an eine geregelte Beschäftigung und eine geordnete Lebensführung zu gewöhnen,

⁸⁵² Dazu zählten die Wiener städtische Krankenfürsorgeanstalt, die Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten und die Krankenkasse der Bundesbahnen. Der großen Anzahl der bei der Arbeiterkrankenkasse Versicherten wurde der Aufenthalt in der Trinkerheilstätte nicht bezahlt. Dies war von Wlassaks Nachfolger Ernst Gabriel mit dem Argument kritisiert worden, dass der Alkoholismus von der Gesellschaft mit verursacht sei. In: GABRIEL, Die Trinkerheilstätte der Gemeinde Wien, 242.

⁸⁵³ WLASSAK, Trinkerheilstätte und Trinkerfürsorgestelle der Gemeinde Wien, 27f. Im Jahr 1928 wurde die Aufnahme von nicht nach Wien zuständigen Alkoholikern wegen des allgemein bestehenden Platzmangels in der Anstalt untersagt: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 3187 / 1928.

⁸⁵⁴ WLASSAK, Trinkerheilstätte und Trinkerfürsorgestelle der Gemeinde Wien, 27f.

⁸⁵⁵ GABRIEL, Die Trinkerheilstätte der Gemeinde Wien, 242.

⁸⁵⁶ GEMEINDE WIEN (Hg.), Das Neue Wien. Städtewerk, Band 2, 519.

denn Unregelmäßigkeiten und häuslichen Zwistigkeiten wurden als Gründe der erhöhten Reizbarkeit oder gar als Auslöser für den Alkoholismus angesehen. Leichte Gartenarbeit, und der Aufenthalt an der frischen Luft wären, wie es hieß, auch den Kranken leicht als Heilmittel begreifbar. An die Trinkerheilstätte war auch eine nur für diese Patienten bestimmte Tischlerei angeschlossen. Das wichtigste und unmittelbar bei der Aufnahme in die Trinkerheilstätte angewandte Prinzip war der radikale Alkoholentzug und die Vermeidung der Gabe von Schlafmitteln oder Medikamente zur Behandlung der verschiedenen alkoholtypischen Symptomatik, wie Schlafstörungen, Polyneuritis oder Gastritis.

Waren die ersten Entzugserscheinungen abgeklungen, setzte die „psychische Behandlung“ der Patienten ein, deren Ziel es war die Patienten zu einer völligen Abstinenz anzuhalten, um Rückfälle dauerhaft vermeiden zu können. Die „intensive Erziehung im Sinne der Alkoholgegnerschaft“ erfolgte, wie es hieß, bei jeder Gelegenheit, einzeln und in der Gruppe. An Sonntagen fanden Vorträge im Festsaal der Anstalt statt.⁸⁵⁷ Zur Behandlung zählte auch die Belehrung der Ehefrauen, die ebenfalls völlig abstinent leben sollten. Sie wurden auch dazu verpflichtet jegliche Rückfälle nach der Entlassung sofort der Trinkerheilstätte zu melden. Die auch schon während des stationären Aufenthaltes einsetzende Fürsorge umfasste die Regelung aller Angelegenheiten des täglichen Lebens, bis hin zu familiären und ökonomischen Belangen der Patienten. Als besonders gefährlich sah man die offenbar weitverbreitete Ansicht an, dass ein Alkoholiker sich an ein „mäßiges Trinken“ gewöhnen könnte. Erst der „Geist der Heilstätte“, die Mitarbeit und das Vorbild aller Beteiligten, ermögliche die Wirksamkeit aller Prinzipien.⁸⁵⁸

In den ersten zwei Monaten des Aufenthaltes an der Trinkerheilstätte durften diese nicht verlassen werden. An diese Zeit anschließend wurden bei ordnungsgemäßer Führung zwölf Ausgangsstunden pro Woche gewährt, die Ehefrau oder ein Angehöriger mussten den betreffenden Patienten abholen und auch wieder zur Heilstätte zurückbegleiten. Im vierten Monat wurden diese Ausgänge auf zwanzig Stunden und im letzten Monat auf 36 Stunden verlängert. Kam ein Patient

⁸⁵⁷ Eine ausführliche Beschreibung der Behandlung in der Trinkerheilstätte findet sich bezeichnenderweise in: Rudolf WLASSAK, Erfahrungen der Trinkerheilstätte „Am Steinhof“ (Wien) und die psychische Hygiene. In: Zeitschrift für psychische Hygiene 6 (1928) 177-186. Vgl. dazu auch: L. PRAETORIUS, Sonderbehandlung von Alkoholkranken in Heil- und Pflegeanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 32 (1930) 213-218. Der Autor beschreibt auch die dem Wiener Modell folgenden Trinkerheilstätten in Wittenau (1926), Konstanz (1927) und Allenberg (1929).

⁸⁵⁸ WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 189f.

alkoholisiert zurück, so wurden diese Ausgänge gesperrt.⁸⁵⁹ Im Anschluss an die Entlassung sollten die vom Alkohol Entwöhnten zwecks einer weitergehenden Fürsorge und auch Kontrolle einem Abstinenzverein beitreten, zumindest aber den dauernden Kontakt zur Heilstätte pflegen. So finden sich in den Krankenakten immer wieder Briefe und Postkarten, beziehungsweise umgekehrt auch Durchschriften von Sendungen an die Entlassenen. Es war vorgesehen, dass die ehemaligen Patienten und auch ihre Angehörigen regelmäßig die Abteilung besuchen und zu, sowohl der Unterhaltung als auch einer weiteren Belehrung dienenden Veranstaltungsnachmittagen kommen sollten. Die enge Verzahnung der stationären Pflege mit einer weiteren Fürsorge zeigt sich auch an dem 1926 von Wlassak gegründeten Abstinenzverein namens „Zukunft“, über den ehemalige Insassen der Heilstätte und Patienten einander kennenlernen und unterstützen sollten um ein alkoholfreies Leben gestalten zu können.⁸⁶⁰

Die Tätigkeit der Trinkerheilstätte schien laut den Angaben der Verantwortlichen innerhalb der Anstaltspsychiatrie nicht ganz unumstritten gewesen zu sein. Die Frage der Wirtschaftlichkeit der Trinkerheilstätte wurde an etwaige Heilungsaussichten gekoppelt. Nicht zuletzt aus diesen Gründen war der Aspekt der Auswahl der für eine Entwöhnungsbehandlung als geeignet erscheinenden Patienten sehr wichtig, die Rate der Erfolge beziehungsweise Misserfolge bedurfte eingehender Rechtfertigungen. Die anlässlich des zehnjährigen Jubiläums der Trinkerheilstätte erstellten Nachweise der Tätigkeit lauteten wie folgt: Als „geheilt“ galten diejenigen, die mindestens zwei Jahre lang völlig abstinent verblieben, nämlich über 30%. Zu den „gebesserten“ zählten Patienten, die nach der Entziehungskur ihrem Beruf wieder nachgehen konnten, aber nicht völlig abstinent lebten, dabei aber nicht exzessiv wurden, nämlich knapp 15%. Die Rate derjenigen, die bereits während ihres Aufenthaltes in der Heilstätte oder bald danach wieder rückfällig wurden, war am größten. Zu diesen zählten einige Todesfälle oder auch Patienten, die als „unbekannt“ verblieben, da sie sich einer weiteren Kontrolle und Nachsorge der Heilstätte entzogen. Auch bei letzteren gingen die Verantwortlichen nicht von einer erfolgreichen Behandlung aus.⁸⁶¹

⁸⁵⁹ WLASSAK, Trinkerheilstätte und Trinkerfürsorgestelle der Gemeinde Wien, 28.

⁸⁶⁰ GABRIEL, Die Trinkerheilstätte der Gemeinde Wien, 243.

⁸⁶¹ Ernst GABRIEL, Erfolge und Wirtschaftlichkeit der Trinkerheilstätte „Am Steinhof“. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 34 (1932) 500-503 und 505-507. Hier: 501.

Die stationäre Versorgung und Behandlung von Alkoholikern war jedoch nur ein Teil des im Roten Wien umgesetzten Konzeptes. Das Engagement für eine ambulante Trinkerfürsorge setzte im Vergleich zu anderen Bereichen der öffentlichen Wohlfahrtspflege aber erst relativ spät ein. Die Bekämpfung des Alkoholismus war längere Zeit das Anliegen verschiedener privater Vereine von Alkoholgegnern und Abstinente(n) gewesen. Im Jahre 1911 war eine Trinkerfürsorgestelle vom katholischen Wohltätigkeitsverband begründet worden, 1917 konstituierte sich die „Österreichische Vereinigung für Trinkerfürsorge“.⁸⁶² Neben dem bereits erwähnten Zentralverband der österreichischen Alkoholgegner engagierten sich auch einige weltanschauliche Vereine, wie das 1901 gegründete katholische Kreuzbündnis und der internationale Orden der Guttempler. Diese Vereinigungen hatten jedoch nur eine geringe Zahl an Mitglieder, die weitaus mitgliederstärkste Abstinenzbewegung war der bereits erwähnte Arbeiter-Abstinente(n)bund.⁸⁶³

1925 wurde im städtischen Gesundheitsamt auf Anregung und unter der Beratung von Rudolf Wlassak in der Rathausstraße im ersten Wiener Gemeindebezirk eine Trinkerfürsorgestelle zur ambulanten Betreuung alkoholkranker Menschen eingerichtet.⁸⁶⁴ Der Vorteil der Eingliederung dieser Einrichtung in die Organisation der städtischen Fürsorge sah der Leiter der Trinkerheilstätte darin, dass die Einrichtung auch nach außen deutlich als eine medizinische Agenda angesehen wurde.⁸⁶⁵ Diese Stelle wurde mit einem Arzt und einer Fürsorgerin und ab 1927 mit einer zweiten hauptamtlich angestellten Fürsorgerin und einer Kanzleihilfskraft besetzt.⁸⁶⁶ Die zwei Mal wöchentlich abgehaltenen Sprechstunden wurden von Beginn an stark frequentiert. Diese Stelle war für diejenigen konzipiert, die ambulant behandelt werden konnten, sie diente explizit nicht als Nachbetreuung für die aus der

⁸⁶² Ein kurzer Überblick zu einigen österreichischen Abstinenzvereinen: Klaus ONDRA, Abstinenzbewegungen in Österreich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts (Dipl. Arbeit, Wien 1996).

⁸⁶³ Vgl. dazu auch: Anonym, Geschichte des Arbeiter-Abstinente(n)bundes in Österreich. In: Der Abstinente 63 (1964) Sonderbeilage.

⁸⁶⁴ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 805 / 1925. Schreiben vom 3.6.1925. Gerhard Melinz hat leider weder diese, noch die im folgenden Abschnitt zu analysierende „Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke“ als einen wichtigen Teil der Erwachsenenfürsorge der Stadt Wien in seine Studie aufgenommen. Gerhard MELINZ, Von der Armenfürsorge zur Sozialhilfe: Zur Interaktionsgeschichte von „erstem“ und „zweitem“ sozialem Netz in Österreich am Beispiel der Erwachsenenfürsorge im 19. und 20. Jahrhundert (Habilitationsschrift, Wien 2003).

⁸⁶⁵ WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 203.

⁸⁶⁶ Die Fürsorgerinnen hatten unter anderem die Aufgabe über alle ihre Erhebungen Bericht zu erstatten und von den betreuten Personen Akten zu führen: Carl NOÉ-NORDBERG, Die Entwicklung der städtischen Fürsorge. In: Blätter für das Wohlfahrtswesen 29 (1930) 266-267. Hier: 266. Noe-Nordberg war der Leiter dieser städtischen Einrichtung.

Trinkerheilstätte Entlassenen. Das Aufgabengebiet dieser Einrichtung erstreckte sich von der Beratung von Alkoholsüchtigen und deren Angehörigen, die eventuelle Vermittlung zu einem stationären Entzugsaufenthalt oder an Abstinenzvereine, sowie Anzeigen bei den zuständigen Magistratsabteilungen zwecks Teilentmündigung, wenn beispielsweise die „Aberkennung der väterlichen Gewalt“ nötig erschien.⁸⁶⁷

Wlassak definierte es als die erste Aufgabe dieser Fürsorgestelle so viele Informationen wie möglich über einen Alkoholiker zu ermitteln. Zu diesem Zweck war ein Fragebogen erstellt worden, der weniger erfahrenen Fürsorgerinnen als Hilfsmittel dienen sollte. Aufgabe des Arztes war es zu eruieren welcher „Alkoholiker-Typus“ vorliege, von diesen sollten „Psychopathen“ unterschieden und der „Psychopathenfürsorge“, beziehungsweise geistig Kranke einer psychiatrischen Anstalt zugewiesen werden. Die ärztlicherseits als gänzlich aussichtslos angesehenen Fälle sollten die Fürsorge keineswegs unnötig belasten. Die gemäß den normativen Vorgaben stark geschlechtsspezifisch ausgerichtete Fürsorge fungierte über Beratung und Belehrung. Die Fürsorgerin hatte diejenigen Alkoholiker, die bereits schriftlich vorgeladen, aber nicht gekommen waren, in deren Wohnung aufzusuchen. Zweck dieser Besuche war es Informationen über die häuslichen Verhältnisse zu erlangen und die Ehefrauen über ein abstinentes Leben zu informieren. Wurden diese als unbelehrbar eingestuft, so galten die betroffenen Familien als hoffnungslose und nicht weiter zu betreuende Fälle. Den Alkoholikern wurde angeboten sich der Überwachung der Fürsorgestelle zu unterstellen und sich einmal wöchentlich dort zu melden. Die Fürsorgerinnen sollten Ansprechpartnerin für die Ehefrauen sein und über diese erfragen, ob der Rat zur Enthaltensamkeit auch wirklich eingehalten werde. Als aussichtsreich eingestufte Kandidaten wurden einem Abstinenzverein zugewiesen, schwierigere Fälle wurden dazu bewogen, die Aufnahme in die Heilstätte selbst anzustreben.⁸⁶⁸ Im Durchschnitt wurden pro Jahr etwa 200 zumeist männliche Alkoholiker von der Fürsorgestelle betreut. Deren Ergebnisse konnten aufgrund des häufigen Wechsels der Klientel und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten diese zu registrieren, nicht statistisch erfasst

⁸⁶⁷ Alexander BRUNNER, Über den Wandel im Umgang mit Armut, Krankheit und Abweichung. Beitrag zur Theorie- und Sozialgeschichte des Fürsorge- und Wohlfahrtswesens in Österreich im ersten Drittel des Zwanzigsten Jahrhunderts (Wien, Diss.so.z., 1996) 455f.

⁸⁶⁸ WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 203f. Die dabei verwendeten Fragebogen dienten nicht als wissenschaftliche Informationen.

werden. Die Gefahr von Rückfällen in die Sucht war ständig gegeben, als Erfolge wurden demnach auch länger andauernde Zeiten der Abstinenz bewertet.⁸⁶⁹

Die Heilbehandlung der Trinkerfürsorge wurde nur als ein Teil ihres Aufgabengebietes definiert. In den vielen Fällen, in denen es gar nicht gelang direkt den Alkoholikern zu helfen, sollten vor allem die betroffenen Familienmitglieder geschützt werden. Dazu zählte auch ein Lenken der Aufmerksamkeit der Polizei auf solche Familien, die gegebenenfalls notwendige Internierung in eine Anstalt für psychisch Kranke, die Beratung in Ehescheidungs- oder Wohnungsangelegenheiten, in dringenden Fällen auch die Abnahme der Kinder und deren Übergabe an die städtische Fürsorge, oder auch die Beantragung der Entmündigung, um weitere wirtschaftliche Schäden abzuwenden. Der „halbamtliche Charakter“ der Trinkerfürsorgestelle wurde, gemäß der Angaben ihres Leiters Noé-Nordberg, im Laufe ihres Bestehens zunehmend von öffentlichen Ämtern und auch privaten Unternehmen anerkannt, was sich daran zeige, dass von diesen Angestellte oder Arbeiter der Fürsorge zugewiesen wurden und auf diese Weise Entlassungen zumindest temporär verhindert werden konnten.⁸⁷⁰ Neben der Gesundheitsbehörde entfaltete in Wien ab 1922 auch die Polizei ihre Fürsorgetätigkeit für Alkoholiker. Die rechtliche Möglichkeit einer bedingten Verurteilung bot dazu Anlass und Rechtfertigung. Alkoholiker, die gegen rechtliche Bestimmungen verstoßen hatten, konnte die Weisung erteilt werden, sich der Schutzaufsicht der in den Bezirkspolizeikommissariaten eingerichteten Fürsorgeeinrichtungen zu unterstellen. Deren Tätigkeit wurde jedoch seitens der Psychiatrie äußerst kritisch beurteilt, da an diesen Stellen keineswegs `erfahrene` und nicht selbst der Abstinenz verpflichteten Ärzte und Fürsorger arbeiteten.⁸⁷¹

Sowohl die vom *Steinhof* aus initiierte Alkoholikerfürsorge als auch der Betrieb der Trinkerheilstätte war eng an die Person Rudolf Wlassak gebunden. Nach seinem Tod

⁸⁶⁹ Von den bis Ende des Jahres 1929 zur Anmeldung gelangten 1010 Fällen waren 83 Personen ohne jegliche Rückfälle völlig abstinent geblieben. 59 weitere Fälle konnten als gebessert angesehen werden, da sie trotz einiger Rückfälle wieder in ein geordnetes Arbeitsleben zurückkehren konnten. In: NOÉ-NORDBERG, Die Entwicklung der städtischen Trinkerfürsorge, 267.

⁸⁷⁰ NOÉ-NORDBERG, Die Entwicklung der städtischen Trinkerfürsorge, 267. Die Einrichtung der Trinkerfürsorge schien angesichts der Problematik des weitverbreiteten Alkoholismus jedoch nur ein Tropfen auf dem heißen Stein gewesen zu sein. Sie änderte nicht die weiterhin bestehende Forderung nach einer Institution für chronische Alkoholiker. Vgl. dazu: DREIKURS, Die soziale Fürsorge in der Psychiatrie, 258f.

⁸⁷¹ EISENBACH-STANGL, Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols, 256f. In Wien waren zwanzig solche Stellen. Eine weitere Trinkerfürsorgestelle war seitens der Caritas eingerichtet worden. Zudem wurden ein Frauen-, ein Jugend- und ein Akademikerabstinentenverein begründet. In: BRUNNER, Über den Wandel im Umgang mit Armut, Krankheit und Abweichung, 456.

im Jahre 1930 wurde die stationäre Einrichtung für die Dauer eines Jahres gesperrt, da die Aufnahmezahlen der restlichen Anstalt stark angestiegen waren und die Räumlichkeiten ihrem ursprünglichen Zwecke zugeführt werden mussten.⁸⁷² Die Überlegung eine eigenständige Heilstätte unabhängig von der psychiatrischen Anstalt einzurichten, wurde nach einem Jahr doch zugunsten von deren Wiedereröffnung unter der Leitung von Ernst Gabriel (1899-1978) entschieden. Diese Abteilung wurde in einem der beiden Pavillons des Wirtschaftsgebäudes untergebracht und nun auch für Frauen zugänglich gemacht.⁸⁷³ In den neuen Räumlichkeiten konnte zudem die Beschäftigungstherapie besser ausgeübt und der Belegraum von 45 auf 61 Betten erhöht werden.⁸⁷⁴

Ein abschließend festzuhaltender Aspekt der psychiatrisch geprägten Abstinenzbewegung ist, dass sich das Engagement oftmals weit über medizinische und fürsorgerische Aspekte hinaus erstreckte. Die eingangs benannte Problematik der Stellung des Alkoholismus zu psychischen Krankheiten war auch noch 1932 von Ernst Gabriel als „eine alte Wunde“ bezeichnet worden.⁸⁷⁵ Dabei zielte er insbesondere auf die Frage, ob ein Alkoholiker geisteskrank sei oder nicht, beziehungsweise das sich dahinter verbergende und ungelöste Thema der Anhaltung der Alkoholkranken, die stets als Voraussetzung für weitere Maßnahmen gegen den Alkoholismus gefordert wurde. Denn die Praxis erfolgte weiterhin in einer medizinisch-rechtlichen Grauzone. Sowohl das Entmündigungsgesetz von 1916, als auch die Etablierung der Trinkerheilstätte und deren Aufnahmeformalitäten konnten die Frage der Anhaltung gegen den Willen der Betroffenen nicht lösen. Auch wenn ein Alkoholiker mit seiner Entziehungskur einverstanden war, bedurfte er einer Bestätigung der Gerichtskommission über das Vorliegen einer Geisteskrankheit. Alkoholische Psychosen wie Beziehungsideen, Halluzinationen oder Depressionen waren im Verlauf einer Entziehungskur oft relativ rasch abgeklungen und stellten somit keinesfalls eine ausreichende Begründung für die geforderte Halbjahresfrist in

⁸⁷² Die Sperre dauerte vom April 1930 bis zum Mai 1931.

⁸⁷³ WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage, 194. Alkoholsüchtige Frauen sollten wie er meinte, keinesfalls kürzer als ein Jahr lang stationär bleiben da bei ihnen die Krankheit besonders tief verwurzelt sei.

⁸⁷⁴ MAUCZKA, Fünfundzwanzig Jahre Steinhof, 495. Der andere dieser Pavillons war zu einer offenen Abteilung für Frauen umfunktioniert worden. Vgl. ausführlicher zu Ernst Gabriel: CZECH, Erfassung, Selektion und „Ausmerze“, 49f., beziehungsweise die vom seinem Sohn verfassten biographischen Angaben: GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe, 173; WStLA, Personalakte Ernst Gabriel. In letzterer ist zudem verzeichnet, dass Ernst Gabriel im September 1939 der stellvertretende Direktor der Heil- und Pflegeanstalt *Am Steinhof* wurde.

⁸⁷⁵ GABRIEL, Erfolge und Wirtschaftlichkeit der Trinkerheilstätte, 14.

einer psychiatrischen Anstalt dar. Die weithin angewandte Praxis der verantwortlichen Gerichtspsychiater diese Patienten zur Ermöglichung der Entwöhnungskur als „latent geisteskrank“ zu bezeichnen, erfuhr jedoch Kritik. Die Tätigkeit der Trinkerheilstätte wäre ohne Hilfsmaßnahmen dieser Art grundsätzlich gefährdet gewesen, Entziehungskuren wären nur mehr über „freiwillige Aufnahmen“ (Patienten, die ihre Verpflegungskosten entweder selbst oder über eine Versicherung bezahlen konnten) möglich gewesen. Das Wohlfahrtsamt der Gemeinde Wien gewährte für „wirklich geeignete und erfolgsversprechende Fälle“ Freiplätze, konnte aber auf diesem Wege die zugrundeliegende Problematik des auch während des Entzugs sich immer wieder neu stellende Frage des Anhalterechtes auch nicht lösen.⁸⁷⁶ Der Rückgriff auf die Psychiatrie, der Versuch der Eingliederung eines neuen Tätigkeitsbereiches in die psychiatrische Disziplin ereignete sich somit an einer spezifischen, nämlich dem von ihren Vertretern selbst als „wunder Punkt“ bezeichneten Stelle. Die fachliche Kompetenz, die vielzitierte `psychiatrische Erfahrung´ sollte – für „geeignete Fälle“ – eben jene Lücke schließen, implizierte aber stets auch die Kehrseite, nämlich weitergehende Forderungen nach rigorosen rechtlichen Maßnahmen für die Vielzahl der als nicht behandelbar angesehenen chronischen Alkoholiker.

5.3. Der Ausbau der offenen Fürsorge

Analog zu dem sowohl durch Ein- als auch durch Ausschlussverfahren geprägten Modell der Versorgung von Alkoholikern entwickelte die Anstaltspsychiatrie zu Beginn der 1920er Jahre alternative Formen zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Diese Strategie umfasste nun weniger Reformen innerhalb der Institution sondern zielte vielmehr auf eine Öffnung dieser in die städtische Gesellschaft. Dabei sollten die Grenzen der Anstaltsmauern in zweifacher Hinsicht überwunden werden. Einerseits setzte man es sich zum Ziel die Zahl der stationären Aufnahmen hintanzuhalten und die Entlassung von Anstaltsinsassen zu forcieren, andererseits sollte sich auf diese Weise ein neuartiges Erfassungssystem von als

⁸⁷⁶ Ebd., 14f.

pathogen angesehenen Merkmalen etablieren. Die offene Fürsorge als Teil eines funktional differenzierten Versorgungsangebots schloss auch soziale Aspekte der Problematik im Umgang mit Geisteskranken mit ein und sollte auf diese Weise nicht zuletzt auch zur Wahrung des ärztlichen Heilanspruchs auf organisatorischem Weg beitragen.⁸⁷⁷

Die Idee, psychisch Kranke jenseits der traditionellen stationären Aufnahme versorgen zu können, war bereits Teil der Konzeptionierung der niederösterreichischen Anstalt in Mauer-Öhling. Viktor Gerenyi meinte 1902 anlässlich deren Eröffnung und der Einrichtung der in ländlichen Gebieten als eher realisierbar gedachten „Familienpflege“ das Bauen der großdimensionierten Anstalten prinzipiell gebrochen zu haben. Josef Starlinger, deren Leiter, initiierte bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Außenfürsorge, welche auf der Finanzierung von Spendengeldern und der Mitarbeit sogenannter „Vertrauensmänner“ beruhte und die Beratung und Hilfeleistung bei Aufnahme, Entlassung und der weiteren Betreuung umfasste. Die auf eine gesellschaftliche Reintegration der Kranken zielende Maßnahme ist nicht zuletzt auch im Kontext der angestrebten Verbesserung des Images der Anstaltspsychiatrie zu sehen.⁸⁷⁸ Als die große Schwierigkeit in der praktischen Durchführung der „Familienpflege“ erwies sich jedoch die allgemeine Wohnungsnot und Armut.⁸⁷⁹

Die weitergehende Versorgung von psychisch Kranken, die aus der stationären Versorgung entlassen wurden, findet sich wiederholt in früheren aber weniger systematisch organisierten Programmen. So wurde seitens der Wiener Anstalt *Am Brünfeld* ab 1905 den Angehörigen mittellos und unheilbarer Kranker eine, jeweils zur Hälfte vom Niederösterreichischen Landesausschuss und der Armenbehörde finanzierte Beihilfe gewährt. Diese Kranken waren regelmäßig von einem Anstaltsarzt zu besuchen und auch in ihrer häuslichen Pflege zu überwachen. Mittels dieser

⁸⁷⁷ Vgl. dazu ausführlicher und im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland: Volker ROELCKE, „Prävention“ in Hygiene und Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts. In: Ulrike ENKE (Hg.), Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen: Institutionen, Akteure und Ereignisse von der Gründung 1607 bis ins 20. Jahrhundert, Bd. 1 (Stuttgart 2007) 395-416. Hier: 396. Vgl. zu den als klinisches Pendant anzusehende und um einige Jahrzehnte frühere Einrichtung der Polikliniken: ENGSTROM, Sozialpsychiatrische Prophylaxe: Zu poliklinischen Einrichtungen in der Universitätspsychiatrie des Kaiserreiches; Volker HESS, Sophie LEDEBUR, Psychiatrie in der Stadt. Die Poliklinik als urbaner Schwellenraum. In: Ders., Heinz-Peter SCHMIEDEBACH (Hg.), Kulturen des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne (Köln 2011; im Druck).

⁸⁷⁸ STARLINGER, Über den gegenwärtigen Stand des Schutzes und der Fürsorge für Geisteskranke, 60f.; Vgl. dazu auch Abschnitt 2.2. dieser Arbeit.

⁸⁷⁹ DREIKURS, Die soziale Fürsorge in der Psychiatrie, 254.

„Familienunterstützung“ sollte die Übernahme aus der Anstaltspflege in die Familien ermöglicht oder aber eine stationäre Aufnahme überhaupt vermieden werden.⁸⁸⁰ In einem zwei Jahrzehnte später verfassten Rückblick wurde auch dieses System allerdings als nicht besonders effizient beurteilt.⁸⁸¹ Erste Maßnahmen zu einer weitergehenden Versorgung von Personen, die aus der stationären Behandlung entlassen waren, aber nicht von ihren Angehörigen betreut werden konnten, wurden 1924 im Wiener Gemeinderat beschlossen. So hatte die Anstaltsdirektion die Anweisung erhalten, bereits vor der Entlassung Kontakt mit der zuständigen kommunalen Fürsorgestelle aufzunehmen. Die Gemeinde gewährte für diese Fälle eine vorübergehende finanzielle Unterstützung und versuchte darüber hinaus Familien zu finden, die bereit waren „harmlose Geisteskranke“ gegen eine monatliche Entschädigung aufzunehmen.⁸⁸² Zu dieser Zeit arbeitete Josef Berze auch daran *Am Steinhof* eine kleinere „Pflegerkolonie“ einzurichten, um dort einzelne, nämlich weniger schwer Kranke unterbringen zu können.⁸⁸³

Reformkonzepte, die sich gegen breite Internierungstendenzen wandten, waren somit keineswegs gänzlich neu.⁸⁸⁴ Entgegen bisheriger Versuche propagierte Gustav Kolb (1870-1930), Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Erlangen eine umfassende Reform der geschlossenen Anstaltspsychiatrie, die sowohl die Ausweitung des Behandlungsangebotes als auch eine Verbesserung der Arbeitssituation der beteiligten Ärzte beinhaltete. Aus diesem zweifachen Ansatz heraus sollte sich eine spezialisierte ambulant-psychiatrische Versorgungseinrichtung entwickeln, die konzeptionell zwischen individueller psychiatrischer Therapie und kollektiver

⁸⁸⁰ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel `Anstaltsdienst´ D 23 / 3 / 1913. Landtagsbeschluss vom 8. Juni 1905. Diese Auszahlung musste sowohl von der Anstaltsdirektion als auch vom Landesausschuss eigens genehmigt werden. Die betroffenen Patienten waren, so weit es die Umstände erlaubten, dem Wirtschaftsuarzte vorzustellen, anschließend konnte die bewilligte Summe bei der Anstaltskasse abgeholt werden. Die unterstützten Patienten wurden in der Anstalt als „Externisten“ geführt.

⁸⁸¹ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 41 (1922) 209. Sitzungsbericht vom 14. Oktober 1919.

⁸⁸² GEMEINDE WIEN (Hg.), Das Neue Wien, Band 2, 362. Dieser neue Zweig der Fürsorgetätigkeit begegnete, wie es hieß, anfänglich einen großen Widerstand in der Bevölkerung, die Verantwortlichen hoffte zukünftig dennoch eine ausreichende Zahl an Pflegefamilien finden zu können. WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 1796 / 1925. Beschluss des Gemeinderatsausschusses III, 20. Februar 1924. Im November 1925 konnten dreißig Personen auf diese Weise betreut werden.

⁸⁸³ DREIKURS, Die soziale Fürsorge in der Psychiatrie, 254. Offenbar wurde dieses Vorhaben nicht realisiert.

⁸⁸⁴ Vgl. dazu allg.: Ingo SCHUBERT, Zur Geschichte und Entwicklung progressiver Formen der Familienpflege, der Agrarkolonie und der Arbeitstherapie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – dargestellt u.a. am Beispiel Altscherbitz. In: Achim THOM (Hg.), Zur Geschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert (Berlin 1984) 84-97.

präventiver Gesundheitspflege angesiedelt war.⁸⁸⁵ Die von Kolb vertretene medizinisch-therapeutische Ausrichtung der angewandten Psychiatrie war nicht zuletzt auch eine Antwort auf die, etwa seit 1910 in der Fachpresse artikulierte innerpsychiatrische Kritik am mangelnden Ansehen der Anstaltsärzte.⁸⁸⁶ Kolb bezeichnete die komplementär zur stationären Versorgung einzurichtenden „Irrenfürsorgestellen“ als eine „Schicksalsfrage“ für die Anstaltspsychiatrie und ihren disziplinären Nachwuchs. Seiner Meinung nach dürfte diese nicht das Ziel haben *„lebensuntüchtige Menschen lange in den Anstalten zu konservieren, sondern [sollte] möglichst viele geistig anomale Menschen aufnehmen und möglichst rasch den lebenden wiedergeben“*.⁸⁸⁷

Darüber hinaus betonte er sein Programm erst gar nicht über den Weg einer legislativen Grundlage initiieren zu wollen, vielmehr so zu organisieren, wie es die Interessen der Irrenfürsorge dringlich erforderten. Diese Entwicklung sei aber nur da möglich, *„wo die Psychiater von der Zweckmäßigkeit der Reform durchdrungen und bereit sind, in harter systematischer Arbeit die erforderlichen Voraussetzungen zu schaffen und zu entwickeln.“*⁸⁸⁸ Hintergrund dieser Vehemenz ist, dass seine Forderungen weit über den Ausbau der psychiatrischen Außenfürsorge hinaus reichten. Er propagierte die Hintanhaltung der Vorrechte von finanziell bessergestellten psychisch Kranken, die Ausweitung des Rechtsschutzes für psychisch Kranke mittels sogenannter „Irrenschutzgerichte“ und den Ausbau der

⁸⁸⁵ Grundlegende Forderungen zu einer „Öffnung der Anstalten“ und der Nachbetreuung entlassener Patienten publizierte Gustav Kolb bereits 1902; 1908 und 1911 folgten weitere, sein Programm konkretisierende Abhandlungen. 1919 trat er mit detaillierten Plänen zu einem „freiheitlicheren Ausbau des Irrenwesens“ an die Fachöffentlichkeit. 1927 publizierte er gemeinsam mit seinem Oberarzt Valentin Faltheuser und dem badischen Psychiater Hans Roemer eine umfangreiche Schrift zur „offene(n) Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten“. In: Astrid LEY, Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945 (=Kultur der Medizin. Geschichte-Theorie-Ethik 11) Frankfurt, New York 2003, 178-217. Vgl. allg. zur Anstaltsreform der 1920er Jahre: SIEMEN, „Menschen blieben auf der Strecke ...“; Ders., Reform und Radikalisierung. Veränderungen in der Psychiatrie in der Weltwirtschaftskrise. In: Norbert FREI (Hg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit (=Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte. Sondernummer) München 1991, 191-200; Ulrich PÖTZL, Sozialpsychiatrie, Erbbiologie und Lebensvernichtung – Valentin Faltheuser, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee in der Zeit des Nationalsozialismus (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 75) Husum 1995; VOSSEN, Gesundheitsämter, 188-201. Eine Übersicht zu den zahlreichen zeitgenössischen Publikationen findet sich bei: Johannes BRESLER, Betrachtungen über geistige Prophylaxe. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 28 (1926) 271-279 und 285-288. Literaturüberblick: 277f.

⁸⁸⁶ Nur beispielsweise: STARLINGER, Die Stellung der Heil- und Pflegeanstalten und ihre Kontrolle, 325-329. Vgl. dazu allg.: Thomas Peter SCHINDLER, Psychiatrie im Wilhelminischen Deutschland im Spiegel der Verhandlungen des „Vereins der deutschen Irrenärzte“ (ab 1903: „Deutscher Verein für Psychiatrie“) von 1891 bis 1914 (Diss.med. Berlin, 1990).

⁸⁸⁷ KOLB, Inwieweit sind Änderungen im Betrieb der Anstalten geboten, 168.

⁸⁸⁸ Ebd., 135.

„freiheitlichen Behandlung“, nämlich die weitestgehende Einschränkung von Internierungen in psychiatrische Institutionen. Das 1919 auch im Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie ausführlich diskutierte Reformkonzept⁸⁸⁹ fand, weitgehend ähnlich der Reaktion zahlreicher anderer Vertreter deutscher Anstalten⁸⁹⁰, zwar keine breite Zustimmung seiner Vorschläge hinsichtlich der Demokratisierung des Anstaltsbetriebes, sehr wohl aber hinsichtlich der Etablierung einer psychiatrischen Außenfürsorge.⁸⁹¹

Kolbs sozialhygienisch motiviertes Reformkonzept sollte sich im Verlauf der 1920er Jahren angesichts des erneuten Anstiegs der Patientenzahlen beziehungsweise der angespannten ökonomischen Situation auch in Wien als eine wichtige Alternative zur stationären Versorgung erweisen.⁸⁹² Die von Josef Berze initiierte und im März 1926 eröffnete „Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke“ wurde in einer organisatorisch sehr engen Verbindung zur Anstalt in der Rathausstraße 9, im Wiener Gesundheitsamt eingerichtet. Sie war zwei Mal pro Woche abends geöffnet und stand mit anderen Einrichtungen der städtischen Gesundheitsfürsorge in Verbindung, bildete aber einen gänzlich eigenständigen Bereich.⁸⁹³ Sowohl die

⁸⁸⁹ Das umfangreiche in sechs Hauptpunkten unterteilte Kolb'sche Reformprogramm wurde in mehreren Sitzungen von Josef Berze referiert und breit diskutiert. Sitzungsbericht des Vereins vom 14. Oktober 1919. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 41 (1922) 197-231; Sitzungsbericht vom 28. Oktober 1919. In: Ebd., 234-236.

⁸⁹⁰ Kolbs Umfrage an 44 deutschen Anstalten ergab zudem eine deutliche Differenz in der Akzeptanz zu den einzelnen Reformpunkten. Die angestellten Ärzte plädierten im Vergleich zu den Anstaltsdirektoren wesentlich häufiger für die propagierten Änderungen, die in ihrer ursprünglichen Fassung auch die Demokratisierung der Anstaltsbetriebe umfasste.

⁸⁹¹ Eine Zusammenfassung der Schlusssätze des Wiener Vereins für Psychiatrie und Neurologie zum Referat über Kolbs Reform findet sich in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 21 (1919/20) 273f.

⁸⁹² Bis 1930 hatten die meisten deutschen Anstalten die Außenfürsorge eingeführt. In: LEY, Zwangssterilisation und Ärzteschaft, 185. Auch der Direktor der Wiener Anstalt unternahm eine Studienreise nach Erlangen, Nürnberg und Fürth. In: MAUCZKA, Fünfundzwanzig Jahre Steinhof, 496.

Ein zeitgenössischer Abriss zu der schon längeren Entwicklung der Fürsorge außerhalb der Anstalten und der Beschreibung alternativer Vorschläge zu dem Kolb'schen Modell bei: Maria BREUER, Die Fürsorge für Geisteskranke und Nervöse außerhalb der Anstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 27 (1925) 110-115 und 119-122.

⁸⁹³ Der Wiener Gemeinderat beschloss bereits 1924 eine Fürsorgestelle für Gemüts- und Nervenranke einzurichten. Der Grund der zeitlichen Differenz bis zu deren Eröffnung am 11. März 1926 ist nicht bekannt. Zudem gibt es Unklarheiten bezüglich des genauen Datums der Eröffnung dieser Einrichtung. In der anlässlich des 25jährigen Bestehens der Institution verfassten Schrift ist 1925 als deren Beginn benannt. In: MAUCZKA, Fünfundzwanzig Jahre Steinhof, 496. Ob dies ein Irrtum, oder aber die Benennung einer allerersten Fürsorgetätigkeit ist, konnte ich leider nicht ermitteln.

Entgegen diesem Modell war wie beispielsweise in Westfalen die Initiative zur Einrichtung einer offenen Fürsorge nicht seitens der Anstaltspsychiatrie, sondern von der kommunalen Gesundheitsbehörde ausgegangen. Dieses auch als Gelsenkirchener Modell bezeichnete System setzte sich in Deutschland früher durch, war aber ab Mitte der 1920er Jahre weit weniger verbreitet als

Organisation als auch die personellen Besetzungen waren, entsprechend dem Erlanger Modell, der Regie der Anstalt *Am Steinhof* unterstellt. Eine mehrjährige psychiatrische Erfahrung im Anstaltsdienst galt allgemein als unbedingte Voraussetzung für die Fürsorgeärzte.⁸⁹⁴ Die Leitung dieser Einrichtung wurde Alfons Huber übertragen, unterstützt wurde er von Karl Friedmann.⁸⁹⁵ Die Beratungsstelle diente der ambulanten und unentgeltlichen Betreuung und Fürsorge von Kranken und ihrer Angehörigen, ausdrücklich aber nicht der Behandlung von psychisch Kranken. Diese Einrichtung zielte auf die Betreuung einer weiten Klientel, Berze zählte dazu „Hysteriker und Epileptiker, Psychopathen, Neurastheniker und psychisch Impotente“ wie auch Angehörige geistig Erkrankter, darunter viele Eltern, deren Kinder an Epilepsie erkrankt waren.⁸⁹⁶ Trotz einer Ausdehnung der anfänglich festgesetzten Öffnungszeiten konnte nur ein Teil der Hilfesuchenden unterstützt werden. Der Aufgabenbereich der Fürsorge erstreckte sich vor allem auf die psychosoziale Betreuung: Die fachärztliche Beratung umfasste Fragen zur Vormundschaft, Hinweise für Landaufenthalte und Erholungsheime, das Benennen von Kriterien für eine eventuell notwendige Anstaltspflege oder die Unterstützung in organisatorischen Angelegenheiten wie der Arbeits- oder auch Wohnungssuche und war angesichts der Not der Zeit beziehungsweise gemessen an der steigenden Zahl der Konsultationen eine wichtige städtische Einrichtung.⁸⁹⁷

Der sozialpsychiatrische Aufgabenbereich der Fürsorge – deren Aufwendungen im Gegensatz zur stationären Anstaltspsychiatrie nach Julius Tandler als „produktive Ausgaben“ bezeichnet wurden – standen auch für Rudolf Dreikurs, Arzt an der

das Erlanger System: Bernd WALTER, *Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime* (Paderborn 1996) 244-253; VOSSSEN, *Gesundheitsämter*, 191f. Vgl. dazu auch: Rudolf DREIKURS, *Ueber den gegenwärtigen Stand und die Probleme der Geisteskrankenfürsorge in Wien*. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* 39 (1926) 869-872. Hier: 870.

⁸⁹⁴ *Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie* 41 (1922) 211. Sitzungsbericht vom 14. Oktober 1919. Bis zur Bestellung eines eigens für diese Stelle verantwortlichen Arztes hat Josef Berze selbst den Beratungsdienst versehen. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 28 (1926) 101. Gustav Kolb hat bei der Etablierung der Außenfürsorge in Erlangen, Furth und Nürnberg ebenso persönlich diese Tätigkeit übernommen. In: LEY, *Zwangssterilisation und Ärzteschaft*, 193.

⁸⁹⁵ Alfons Huber hat seit 1912 *Am Steinhof* gearbeitet; Die Beratungsstelle hatte er nebenamtlich inne. Ab 1930 war er zudem Abteilungsvorstand der Pflegeanstalt für Männer. Huber war ab 1939 Gutachter für das GzVeN, war aber nicht Mitglied der NSDAP gewesen. Vgl. ausführlicher zu seiner Person: GABRIEL, *100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe*, 168 und auch: SPRING, *Zwischen Krieg und Euthanasie*, 161f.

⁸⁹⁶ Josef BERZE, *Die städtische Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke*. In: *Blätter für das Wohlfahrtswesen* 26 (1927) 30-33. Hier: 30f.

⁸⁹⁷ Im Jahr 1926 suchten 316 Personen die Beratungsstelle auf, 1927 waren bereits 439, 1930 waren 634, ab 1932 waren bereits über 1000 Personen jährlich gekommen. In: *Mitteilungen des Volksgesundheitsamtes* 4 (1936) 61.

Psychiatrisch-Neurologischen Filialabteilung, klar im Vordergrund.⁸⁹⁸ Er stellte fest, dass sich in seiner Abteilung die Zahl der Aufnahmen ab 1920 infolge der sozialen Verhältnisse mehr als verdoppelt, dabei aber die Zahl der Schizophrenen oder zirkulären Psychosen unter den Aufnahmen relativ abgenommen habe. Im Gegensatz dazu habe sich Zahl der „*Psychopathen, Hysteriker und Süchtigen*“ fast verdreifacht: *„Das Verhältnis der beiden Gruppen im Jahre 1920 betrug zueinander 1:2, während es jetzt bei 1:5 ist. Dasselbe ergibt sich, wenn man die Gesamtzahl der Alkoholiker, Epileptiker, Imbezillen und Psychopathen, die eigentlich alle nicht in eine Irrenanstalt gehören, mit den Schizophrenen und Manisch-Depressiven vergleicht, welche 1920 im Verhältnis 4:1 und 1924 10:1 standen.“*⁸⁹⁹ Darüber hinaus verwies Dreikurs auf die wissenschaftliche Bedeutung ambulanter Einrichtungen, nämlich die damit verbundene Möglichkeit, *„Patienten auch mitten im Leben beobachten zu können“*. Auf diese Weise sollte die klinisch-soziale Prognostik in der Psychiatrie, deren praktische Wirkung er im Vergleich zur klinischen Effizienz als eine weit höhere einschätzte, gestärkt werden.⁹⁰⁰ Eben jener hier anklingende Aspekt eines breiteren wissenschaftlichen Tätigkeitsbereichs der Anstaltspsychiatrie war auch Josef Berze ein wichtiges Anliegen. Denn die offene Fürsorge brachte einerseits die Ausweitung der ärztlichen Aufgaben in gänzlich neuen Bereichen mit sich, andererseits erlaubte sie es aufgrund der Veränderung der stationären Klientel den Heil- und Pflegeanstalten vermehrt den Charakter eines Krankenhauses zu geben.⁹⁰¹ Die Beratungsstätigkeit galt auch nur als ein erster Schritt im Ausbau der offenen Fürsorge. Die im Mai 1927 in Erweiterung der Beratungsstelle eingerichtete sogenannte Außenfürsorge sollte gemäß ihrem Leiter gleichermaßen humanen als auch wirtschaftlichen Zwecken dienen: *„Die moderne Psychiatrie, die jede Beschränkung möglichst zu vermeiden sucht, sieht auch mit Recht im*

⁸⁹⁸ DREIKURS, Ueber den gegenwärtigen Stand, 869. Vgl. dazu auch: Margit HERZ, Die Wohnungsnot als auslösendes und inhaltliches Moment bei Neurosen und Psychosen. In: Wiener klinische Wochenschrift 37 (1924) 1213-1215.

Rudolf Dreikurs war Arzt an der von Emil Mattausschek geleiteten Psychiatrisch-Neurologischen Filialabteilung. Er hatte dort bereits 1922 eine offene Fürsorge aufgebaut und kooperierte dabei mit der Psychiatrischen Klinik unter Wagner-Jauregg. Die Tätigkeit erstreckte sich auch hier vor allem auf die Beschaffung von Arbeitsplätzen und Wohnungen. Dreikurs plädierte für die organisatorische Einbettung der psychiatrischen Außenfürsorge in ein kommunal organisiertes System, grundlegende inhaltliche Differenzen zu Berzes Modell bestanden aber keine.

⁸⁹⁹ DREIKURS, Die soziale Fürsorge in der Psychiatrie, 248.

⁹⁰⁰ Ebd., 256.

⁹⁰¹ Auch in der ersten Diskussion des Erlanger Reformprogramms im Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie vermisste Berze bei Kolb eine Feststellung zur „Nutzbarmachung des Materials für die Wissenschaft“. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 41 (1922) 198. Sitzungsbericht vom 14. Oktober 1919.

Anstaltsaufenthalte eine solche und sucht sie tunlichst abzukürzen. Wer außerdem die Ueberfüllung, die derzeit in den Geisteskrankenanstalten herrscht, kennt, wird den Vorteil einschätzen können, den jeder gewonnene, nicht unbedingt notwendige Verpflegstag, jedes im Wege der Fürsorge freigemachte Bett bedeutet.“⁹⁰² Zur Ausgestaltung der auch als „nachgehende Fürsorge“ bezeichneten Versorgungsform wurden je ein Pfleger und eine Pflegerin hauptamtlich in der Beratungsstelle engagiert.⁹⁰³

Mittels der Einführung von Hausbesuchen sollten nun auch diejenigen Kranken erreicht werden, die bislang nicht freiwillig gekommen waren. Die Frühentlassung von Personen, die beispielsweise an Neurosen, Psychosen, oder aber an Erkrankungen litten, die der Formengruppe der Paranoia und Dementia praecox zuzuordnen und in ihrer Symptomatik teilweise unberechenbar waren, setzte die Einsicht und Aufsichtspflicht der Angehörigen voraus. Die FürsorgerInnen hatten die Aufgabe die Entlassung effizienter zu organisieren.⁹⁰⁴

In leichteren Fällen waren die Patienten und ihre Angehörigen auf die Fürsorgestelle aufmerksam zu machen, bei „Entlassungen gegen Revers“ wurden die Angehörigen für den Fall einer auffälligen Veränderung des psychischen Zustandes des Pfleglings dazu verpflichtet die Beratungsstelle aufzusuchen. Darüber hinaus war den FürsorgerInnen jederzeit Zutritt zu den Kranken zu gewähren.⁹⁰⁵ Im Jahr 1928 wurde eine weitere Aktivierung dieser Tätigkeit angestrebt, da die Zahl der betreuten Personen aufgrund mangelnder Plätze in den „Nervenheilstätten“ Rosenhügel und Maria-Theresien-Schlössl und beschränkter Möglichkeiten der Vermittlung eines

⁹⁰² Alfons HUBER, Die offene Fürsorge für Geistesranke im Jahre 1928. In: Blätter für das Wohlfahrtswesen 28 (1929) 30-31. Hier: 31. Die hauptamtliche Anstellung von Huber als leitender Arzt war zu diesem Zeitpunkt erst in Planung.

⁹⁰³ Gemäß einer Weisung Tandlers sollte eine erfahrene Pflegerin angestellt werden. Die Direktion der Anstalt riet wegen der Schwere des Dienstes jedoch dazu für diese Tätigkeit zusätzlich einen männlichen Fürsorger einsetzen zu wollen. WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 1707 / 1927. Schreiben vom 27. Juni 1927. Dieser Forderung wurde stattgegeben: Ebd., 4263 / 1928. Schreiben vom 4. Dezember 1928. Die beiden Pfleger waren zuvor schon längere Jahre *Am Steinhof* tätig gewesen und hatten auch die Fachprüfung absolviert.

⁹⁰⁴ Berze ging davon aus, dass sowohl die psychiatrische Klinik die Möglichkeit einer betreuten und besser organisierten Entlassung wählen, als auch dass andere kommunale Fürsorgestellen entsprechende Fälle der Beratungsstelle überweisen werden. Dabei rechnete er, dass mittels dieser Maßnahmen etwa 500 Personen unmittelbar bei Etablierung dieser Einrichtung unter die Ägide der psychiatrischen Fürsorge gelangten. Darüber hinaus schätzte er in Anbetracht der Erfahrungen in Deutschland die Zahl der Personen, die nur „minderbedürftig“ seien auf etwa 1000, die Zahl derjenigen, die nur selten eines fachärztlichen Rates bedürften auf etwa 2000. In: BERZE, Die städtische Beratungsstelle, 32.

⁹⁰⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 1195 / 1926. Vgl. dazu auch: BERZE, Die städtische Beratungsstelle, 32f.

Arbeitsplatzes oder einer Wohnung leicht rückläufig war. Die Hilfesuchenden wurden teilweise schriftlich beraten, teilweise wurden die Kranken von ihren Angehörigen gebracht, oder aber suchten auch selbst die Fürsorgestelle auf. Der überwiegende Teil der Klienten kam allerdings nicht freiwillig, sondern musste von der offenen Fürsorge „erfasst“ werden. Auf diese Weise konnte der vor dem Bestehen dieser Einrichtung übliche Weg über die Polizei und der nachfolgenden stationären Aufnahme in vielen Fällen vermieden werden.⁹⁰⁶

Die „nachgehende Fürsorge“ zielte sowohl eine quantitative als auch eine qualitative Ausweitung der bisherigen Tätigkeit. Mit dieser erstreckte sich die psychiatrische Aufmerksamkeit nun auf eine deutlich erweiterte Klientel. Diese Form der Fürsorge war in den frühen Jahren ihres Bestehens sozialpsychiatrisch orientiert und war zwar von ökonomischen Kriterien geleitet, aber kaum von eugenischen Denkmustern geprägt.⁹⁰⁷ Die Erfassungsmethoden verweisen jedoch deutlich auf die Ambivalenz der offenen Fürsorge, die die traditionelle Doppelfunktion des Anstaltswesens als Versorgungs- und Kontrollinstrument nicht in Frage stellte.⁹⁰⁸ Diese blieben in Fachkreisen auch nicht unwidersprochen. Im Verein für Psychiatrie und Neurologie waren schon zum Zeitpunkt der ersten Diskussionen zur Öffnung der Anstalten Bedenken dahingehend geäußert worden, dass die offene Fürsorge *„leicht den Charakter einer Art Polizeiaufsicht einnehmen könnte“*. Das Modell von Kolb, gemäß dem *„unauffällige Besuche der Fürsorgepfleger und der Fürsorgeärzte“* durchgeführt werden sollten, wurde von manchen Medizinern, die ihre Tätigkeit als eine beratende und helfende verstanden, als nicht angemessene Vorgehensweise betrachtet.⁹⁰⁹ Berze war sich zwar der Gratwanderung bewusst, in dem er meinte, dass *„die Irrenpflege auf möglichste Vermeidung des Charakters der Polizeiaufsicht bedacht sein“* sollte, diese dennoch *„ohne effektive Beaufsichtigung oder gelegentliches Zusammenarbeiten mit der Sicherheitsbehörde“* wohl kaum durchführbar sein

⁹⁰⁶ HUBER, Die offene Fürsorge für Geisteskranke, 31.

⁹⁰⁷ Dreikurs beispielsweise subsumierte die Kosten für die offene Fürsorge explizit unter die „produktiven Aufgaben“. DREIKURS, Ueber den gegenwärtigen Stand und die Probleme der Geisteskrankenfürsorge in Wien, 870.

⁹⁰⁸ LEY, Zwangssterilisation und Ärzteschaft, 192. Zur Erhebungspraxis, Erstellung von Fürsorgekarteien und der späteren Verwendung dieser Daten zur Erfassung von Personen, die im Zuge des GzVeN zwangssterilisiert wurden: Ebd., 208f.

⁹⁰⁹ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 41 (1922) 213f. Sitzungsbericht vom 14. Oktober 1919. Berze nannte vor allem Franz Sickinger, der sich mit dieser Argumentation kritisch gegen die Kolb'schen Vorschläge gewandt hatte.

werde.⁹¹⁰ Die von Gustav Kolb erhofften „*bald ziemlich vollständigen Verzeichnisse der geistig anomalen Persönlichkeiten*“⁹¹¹, deren Erfassung innerhalb festzulegender Betreuungsgebiete, erwies sich insbesondere im Vergleich zu ländlichen Regionen, wie Berzes nachfolgender Direktor Alfred Mauczka einige Jahre später resignierend feststellte, jedoch nicht als ein „lückenloses Netz“. Zudem attestierte er in einem Rückblick aus dem Jahr 1932 der nachfolgenden Fürsorge noch beträchtliche Schwierigkeiten.⁹¹² Auch Josef Berze selbst stellte 1937 fest, dass er deren weiteren Ausbau „zum Schutz der Gesellschaft“ nicht mehr durchzusetzen vermocht hatte. Ob er mit dieser Feststellung die aufgrund der personellen Unterbesetzung dieser Einrichtung vermutlich nur mangelhaft durchführbare Frühentlassung, oder aber die nicht weiter vorangetriebene Erfassung der „geistig Abnormen“ und die von der praktischen Psychiatrie vielfach angestrebte Erforschung der „psychischen Grenzzustände“ meinte, ist seinem Rückblick nicht im Detail zu entnehmen.⁹¹³

Der Ausbau der offenen Fürsorge änderte aber auch das Leben innerhalb der Anstalt. Bereits bei deren Etablierung wurden wiederholt Bedenken geäußert, dass mit der nun neuartigen Zusammensetzung der Patientenschaft der Institution die „nicht so schwer Kranken“ als Arbeitskräfte entzogen werden: „*Nimmt man den Anstalten die letzten Insassen, so fehlt es ihr an Arbeitskräften, statt der billigen Kranken müssen teure Mägde, Knechte, Handwerker eingestellt werden.*“ Darüber hinaus blieben, gemäß derjenigen Stimmen, die für die Beibehaltung der traditionellen Anstaltsbehandlung plädierten, auch nur diejenigen PatientInnen zurück, die für die Betreuenden eine wesentliche Erschwernis ihres Dienstes nach sich ziehen würden: Denn erst die weniger schwer Erkrankten machten das Anstaltsleben erträglich, „*sie erleichtern den Schwerverkranken durch ihren Umgang die*

⁹¹⁰ Ebd., 214. Die christlichsoziale Gemeinderätin Alma Motzko bezeichnete 1923 die städtische Fürsorge als ein „Spitzelsystem“. Zitiert nach: SABLİK, Julius Tandler, 210.

⁹¹¹ Zitat Gustav Kolb. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 41 (1922) 208. Sitzungsbericht vom 14. Oktober 1919. Vgl. zur Bedeutung von Formularen zur umfassenden Informationserhebung und deren Verwaltung in der Fürsorge: Blätter für das Wohlfahrtswesen 26 (1927) 143. Ob in der extramuralen Versorgung Unterlagen oder Register tatsächlich angewandt wurden ist leider nicht bekannt, über die normativen Vorgaben hinausgehende Quellen sind leider nicht erhalten. In der Aufüstung der Datenbasis zur Erstellung der „zentralen Erbkartei“ von 1938 sind keine schriftlichen Aufzeichnungen der psychiatrischen Außenfürsorge benannt: CZECH, Erfassung, 44f.

⁹¹² MAUCZKA, Fünfundzwanzig Jahre Steinhof, 496.

⁹¹³ Josef BERZE, Zur Frage des Schutzes der Gesellschaft vor gemeingefährlichen Kranken. In: Wiener Klinische Wochenschrift Band 50 (1937) 280-285. Hier: 284. Vortrag vom 12. Jänner 1937 im Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie; mit einigen Ergänzungen. Zu diesem Zeitpunkt war er aus Altersgründen nicht mehr Direktor der Anstalt *Am Steinhof*.

*Genesung und sind zur Verdünnung der schweren Fälle unentbehrlich.*⁹¹⁴ Das Reformprogramm der 1920er Jahre umfasste neben der Etablierung der offenen Fürsorge zeitlich nur wenig später eine weitere wichtige und eben jene Problematik tangierende Komponente, mit der das Leben nun auch innerhalb der psychiatrischen Anstalt neu gestaltet werden sollte.

5.4. Arbeitstherapie oder „Zimmer-Industrie“: Professionalisierung der Beschäftigungstherapie?

Die seitens der Psychiatrie zugeschriebene große Bedeutung der Beschäftigungstherapie für ein geordnetes Leben innerhalb der Anstalt und deren ambivalenter Charakter hinsichtlich der ökonomischen Notwendigkeiten für die Institution selbst ist Teil einer längeren Entwicklung der Anstaltspsychiatrie.⁹¹⁵ Die dieser Therapieform zugrundeliegende Rationalität begründet sich in der Tradition der klassischen stationären Behandlung, die sich sowohl auf eine heilende als auch disziplinierende Beeinflussung durch das Anstaltsmilieu stützte. In den 1920er Jahren setzte sich eine medizinisch indizierte Beschäftigungstherapie durch, die sich in einigen Aspekten von der bisherigen Arbeitstherapie unterschied. Die sogenannte „aktive Krankenbehandlung“ folgte nun nicht mehr der traditionellen, von ökonomischen Aspekten geprägten Unterscheidung von „guten, verwendbaren“ und von zur Arbeit „unbrauchbaren“ Kranken, sondern erhob die „Beschäftigungstherapie“ zu einem von Medizinern bestimmten Tätigkeitsbereich.⁹¹⁶ Hermann Simon, Direktor der Provinzialheilanstalt in Gütersloh, initiierte ein ausgeklügeltes System abgestufter Arbeitstherapie, die es erlaubte Patienten mit einzubeziehen, die bislang als nicht beschäftigungsfähig galten.⁹¹⁷ Der Wert einer

⁹¹⁴ Friedrich SCHAEFER, Verminderung der Kosten für Geistesranke. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 26 (1924/25) 1-2. Hier: 2. Zur umstrittenen Entlassung arbeitsfähiger Patienten und deren Bedeutung für die Ökonomie der Anstalt: Johannes HERTING, Verminderung der Kosten für Geistesranke. In: Ebd., 25 (1923/24) 252-256.

⁹¹⁵ Vgl. dazu Abschnitt 3.3. der vorliegenden Arbeit.

⁹¹⁶ Karl FRIEDMANN, Beitrag zur Beschäftigungstherapie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 34 (1932) 497-500. Hier: 498.

⁹¹⁷ Vgl. ausführlicher zu der Selbst-, als auch der Anstalts- und der Gesellschaftsordnung als drei, teilweise voneinander nicht zu unterscheidende Referenzpunkte der Simon'schen Arbeitstherapie: Urs

geregelten Betätigung war auch bislang ein wichtiger Teil der stationären Behandlung, mit dem Simon'schen Heilverfahren sollte jedoch der psychotherapeutische Effekt wesentlich verstärkt werden. Ziel der nun explizit ärztlichen Aufgabe war es sowohl akute als auch chronische psychisch Kranke durch regelmäßige Betätigung von ihren Sinnestäuschungen abzulenken und sie aus ihrer geistigen Abgeschlossenheit herauszuholen: *„Üble Gewohnheiten können sich da, wo die aktivere Krankenbehandlung eingeführt ist, nicht mehr entwickeln; wo sie sich früher entwickelt haben, werden sie wieder abgewöhnt. Unruhige Kranke beruhigen sich auffallend. [...] Das ganze Gesicht der Anstalt ist verändert worden. Auf den unruhigsten Wachabteilungen herrscht eine überraschende Ruhe.“*⁹¹⁸

Im Jahre 1924 hielt Simon in Innsbruck einen Vortrag über seine Methode der Behandlung Geisteskranker gehalten. Dort aber habe er mit seinem neuen Ansatz, wie es hieß, lebhaften Widerspruch erfahren. Seine eigenen Behandlungserfolge sollten sich in den folgenden Jahren jedoch als überzeugend erweisen, regelmäßige Besichtigungsreisen von Fachkollegen in die von ihm geleitete Anstalt riefen zunehmend breitere Zustimmung hervor. Simon wandte sich entschieden gegen die bis zu diesem Zeitpunkt übliche Bettbehandlung, *„Abteilungen für unruhige mit ihren Dauerbädern, Einspritzungen und Packungen“* wären seiner Ansicht nach nicht mehr nötig.⁹¹⁹ Entgegen einer passiven Verwahrung sollten nun die Kranken angeregt und in das gesellschaftliche (Arbeits-)Leben re-integriert werden. In einem in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift abgedruckten Aufruf an alle Anstalten des deutschen Sprachgebietes bat Simon um die Mitarbeit zu der 1926 in Düsseldorf geplanten Tagung „Gesolei“, der „Großen Ausstellung für Gesundheit, Soziale Fürsorge und Leibesübungen“. Die mittels der „aktiven Form der Beschäftigungstherapie“ produzierten Güter sollten dort präsentiert werden. Der wirtschaftliche Nutzen und die möglichst gering zu haltenden Versorgungskosten waren dabei zweifelsohne ein gewichtiges Argument. Die traditionelle

GERMANN, Arbeit als Medizin: die `aktivere Krankenbehandlung´ 1930-1960. In: MEIER, BERNET, DUBACH, GERMANN, Zwang zur Ordnung, 195-233.

⁹¹⁸ Eduard REIß, Die aktivere Beschäftigungsbehandlung der Heil- und Pflegeanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 31 (1929) 105-111. Hier: 107.

⁹¹⁹ TRAPET, Die Simonsche Beschäftigungstherapie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 28 (1926) 94-95: *„Überall herrschte Ruhe, Ordnung und Zufriedenheit. Die wirtschaftlichen Vorteile des Simonschen Verfahrens liegen klar auf der Hand.“* Dem Pflegepersonal kam hierbei ein großer Aufgabenbereich zu und wurde von Hermann Simon in seiner Anstalt selbst ausgebildet. Weitere wichtige Aspekte zur Umsetzung seines Programms waren entsprechende bauliche Voraussetzungen, eine ländliche Umgebung der Anstalt und die nur geringe Anzahl der dort verpflegten Kranken.

„Hausindustrie“, die Produktion und der profitorientierte Verkauf fabrikmäßiger Arbeiten, sollten nun in den Anstalten zu einer „Zimmerindustrie“ werden. Der Unterschied zur traditionellen Beschäftigungstherapie in Landwirtschaft oder Gärtnerei – die bislang jede industrielle Beschäftigung als „gefängnismäßig“ verworfen hatte – bestand sowohl in der nun erhöhten pflegerischen Intensität als auch in der Art der Arbeit, die *„ohne Aufwand großer Geschicklichkeit, ohne Verwendung gefährlicher Werkzeuge und Maschinen und ohne Beschaffung wertvollen Materials“* zu gestalten sei.⁹²⁰

Simon charakterisierte seine Reform ausdrücklich nicht als Arbeit *der* Kranken, sondern als Arbeit *an* den Kranken, die aktivere Beschäftigungstherapie war auch keine ursächliche oder heilende, sondern eine gleichermaßen die Ordnung in der Anstalt und die Lebensführung der Kranken unterstützende Methode. Seine vieldiskutierte und sich allgemein durchsetzende Reform erfuhr in späteren Jahren eine sozialdarwinistische Ideologisierung. Die Beschäftigungstherapie und die psychische Therapie im Allgemeinen sei seiner Ansicht nach letztendlich Erziehung; unsoziale Eigenschaften von Geisteskranken gehörten nicht zu der Grundkrankheit, sondern stellten lediglich Folgen verlorengangener Anpassung an die Forderungen des Gemeinschaftslebens dar. Auch in Kulturstaaten sollten die zwei „Urgesetze“ der biologischen Anpassungsfähigkeit und Selbstverantwortung des Individuums für das eigene Schicksal gelten. Nur scheinbar könne die „biologische Selbstverantwortung“ vom Individuum auf die Gemeinschaft, wie beispielsweise Familie, Staat oder Krankenkassen übertragen werden. Die „Kunst des Anstaltspsychiaters“ bestehe somit in der „Lenkung, der erzieherischen Einwirkung auf die Kranken“. Auf diese Weise sei auch die Tätigkeit der psychiatrischen Versorgung sowohl der Pflegenden als auch der Mediziner beträchtlich erweitert. Erst deren „Persönlichkeit, ihre Umsicht und ihre Erfahrung“ können die gesunden Anteile der Persönlichkeit der Kranken stärken. Demgegenüber „verhättschle die Fürsorge“ – und hierin besteht nun der zentrale ideologische Unterschied zwischen diesen beiden Reformansätzen – „die Vielzahl der Minderwertigen“, als die verderblichste Krankheit galt Simon der „Parasitismus socialis“. Die erneuerte Form der Beschäftigungstherapie aber habe sich ganz andere Ziele gesetzt: *„Der Kranke muss sich wieder darauf einstellen, dass er seine Ansprüche ans Leben nicht lediglich aus*

⁹²⁰ Gesolei. An die Anstalten des deutschen Sprachgebietes. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 28 (1926) 39. Aufruf der Organisatoren der Ausstellung.

*der Krankheit ableitet, sondern aus seinen Leistungen im weitesten Sinne des Wortes.*⁹²¹

Zugleich spielte die finanzielle Rentabilität angesichts der ökonomisch angespannten Situation eine große Rolle. So hieß es beispielsweise in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift, dass *„das Idyll der bisherigen Ideale abgedankt habe. An dessen Stelle erheben sich raue, aber klare Pflichten, die Pflicht der Leistungs- bzw. Rentabilitätssteigerung, die Pflicht der Sparsamkeit und die Pflicht zu einer gewissen psychiatrischen Robustheit.“* Angesichts der finanziellen Lage wurde die Bedeutung der in der Landwirtschaft arbeitenden Patienten stets hervorgehoben und berechnet, *„ein stehendes Heer von landwirtschaftlich tätigen Anstaltsinsassen“* stehe quasi der Allgemeinheit zur Verfügung.⁹²²

Die für eine breitere Öffentlichkeit 1925 von Fritz Schulhof, Anstaltsarzt *Am Steinhof*, herausgegebene Schrift *„Im Dienste der Geisteskranken“* betonte wiederum mehr die medizinische Zielsetzung dieses Ansatzes: *„Jede Art von Arbeit ist imstande, den Kranken von seinen Leiden, seinen Ideen, selbst von seinen Halluzinationen abzulenken.“*⁹²³ Sowohl die Zahl der arbeitenden Kranken, die sogenannte Beschäftigungsrate, als auch die Interaktion der Ärzte und des Pflegepersonals mit den PatientInnen sollten aus therapeutischen Gründen intensiviert werden. Ende des Jahres 1926 wurde in der primärärztlichen Konferenz der Ausbau der Beschäftigungstherapie für die Wiener psychiatrische Institution beschlossen.⁹²⁴ Den Simon'schen Anregungen entsprechend wurden ein Jahr später in dreizehn Krankenpavillons Heimwerkstätten eingerichtet, wozu bislang von Pflegekräften bewohnte Räumlichkeiten, Untergeschosse der Pavillons und bislang als Tagräume benutzte Flächen adaptiert wurden, soweit es die, zu diesem Zeitpunkt bereits wieder bestehende Überfüllung der Anstalt zuließ. Zudem wurden für die Arbeitswerkstätten und die Landwirtschaft neue Maschinen angeschafft und auch der Obstgarten

⁹²¹ Hermann SIMON, Moderne Beschäftigungstherapie.. in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 32 (1930) 141-142. Vortrag anlässlich des Fortbildungskurses in der Psychiatrischen Universitätsklinik und Staatskrankenanstalt Friedrichsberg im September 1929. Abgekürzte Wiedergabe.

⁹²² W. FUCHS, Wirtschaftliche Neuorientierung in der Anstaltspsychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 24 (1922/23) 2-5.

⁹²³ Fritz SCHULHOF, Im Dienste der Geisteskranken. Eine Darstellung des Lebens, der Ereignisse, des Betriebes in den Irrenanstalten (Wien, Leipzig 1925) 75. Fritz Schulhof war von 1911 bis 1934 Anstaltsarzt *Am Steinhof*.

⁹²⁴ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 2545 / 1926. Zirkular vom 17. Dezember 1926.

bedeutend erweitert.⁹²⁵ Das grundsätzliche Problem die aktive Beschäftigungstherapie gemäß der Simon'schen Vorgaben intensiv durchführen zu können, bestand in dem hierzu nötigen hohen personellen Aufwand und auch der, im Vergleich zu den am Land gelegenen Anstalten, stärkeren Fluktuation der Kranken. Die Berichte anderer Institutionen wiesen einen, im Vergleich zum Gesamtbelag prozentuellen Anteil der arbeitenden Kranken von weit über 90% aus und erweckten in ihren Berichten nachgerade den Eindruck eines Wettlaufes um diesbezügliche Raten zwischen den einzelnen Anstalten.⁹²⁶ *Am Steinhof* waren in den ersten Jahren nach Anstaltseröffnung durchschnittlich 24% der Männer und 13% der Frauen beschäftigt, vor dem Ersten Weltkrieg stiegen diese Zahlen auf 32 beziehungsweise 22%. Im Jahr 1932, also einige Jahre nach der Etablierung dieser Simon'schen Methode, war etwa die Hälfte aller Kranken in der Anstalt beschäftigt.⁹²⁷

Offensichtlich erregte der Anspruch der Anstalt auf Arbeitsleistung auch Widerspruch seitens der Angehörigen, Pfleglinge, die in der Lage waren zu arbeiten wurden von „medizinischen Laien“ als entlassungsfähig angesehen. Als erwähnenswert seitens der Leitung galt stets, dass die Patienten nicht zur Arbeit gezwungen werden durften. Dies implizierte nämlich auch dass die Arbeit – da sie als Heilmittel angesehen werde – nicht entlohnt wurde.⁹²⁸ Unabhängig von der tatsächlichen Leistung und zur Abgeltung des erhöhten Kalorienverbrauchs beziehungsweise zur Anregung der Aufnahme einer Tätigkeit bekamen die arbeitenden Pfleglinge – 1922 waren dies

⁹²⁵ MAUCZKA, Fünfundzwanzig Jahre Steinhof, 495; WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 1445 / 1928.

⁹²⁶ Die Beschäftigungstherapie wurde in Niedernhart (Linz) streng nach Simon ausgeführt. Dort haben 89% aller Patienten gearbeitet (berechnet ohne den bettlägerigen Kranken), sie deckten den gesamten anstaltsinternen Bedarf an Schuhen, Kleidern und Wäsche ab. Im Vergleich dazu arbeiten in Salzburg 60%, in Feldhof 40% und in Klagenfurt, Mauer-Öhling, Gugging, Ybbs und *Am Steinhof* durchschnittlich ein Drittel aller Pfleglinge. In der Wiener Anstalt wurde die gesamte Leib- und Bettwäsche auf diese Weise hergestellt und es konnte darüber hinaus die Summe von 4400 Schilling erwirtschaftet und damit Beschäftigungsmöglichkeiten „unproduktiver Art“ finanziert werden. In: Josef AIGINGER, Der Einfluß der Arbeit auf die Psyche des Menschen. In: Wiener Klinische Wochenschrift 41 (1936) 1256-1258. Hier: 1258.

Vgl. zur Legitimierung der Anstaltspsychiatrie durch eine Vielzahl photographischer Aufnahmen von arbeitsunfähigen Patienten: Urs GERMANN, Arbeit, Ruhe, Ordnung: Die Inszenierung der psychiatrischen Moderne – Bildmediale Legitimationsstrategien der schweizerischen Anstaltspsychiatrie im Kontext der Arbeits- und Beschäftigungstherapie der Zwischenkriegszeit. In: FANGERAU, NOLTE (Hg.), `Moderne´ Anstaltspsychiatrie, 283-310.

⁹²⁷ FRIEDMANN, Beitrag zur Beschäftigungstherapie, 498.

⁹²⁸ Vgl. dazu im Gegensatz dazu die entsprechenden Regelungen des Versorgungsheimes in Lainz: Sophie LEDEBUR, Arbeit als Gegenleistung zur Armenunterstützung. In: Ingrid ARIAS, Sonia HORN, Michael HUBENSTORF (Hg.), `In der Versorgung´. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum `Am Wienerwald´ (Wien 2005) 155-175.

circa 700 psychisch kranke Frauen und Männer – sogenannte „Kostzubeußen“.⁹²⁹ Die PatientInnen wurden unter anderem auch zu relativ schweren und unangenehmen Arbeiten eingesetzt. So gab es die sogenannte „Reibpartie“, die mit Reinigungsarbeiten betrauten Frauen, aber auch als hart angesehene Arbeiten in der Fassbinderei, am Geflügelhof, im Pferde- und Schweinestall und in der Schmiede. Die Anstaltsleitung widersetzte sich der, seitens der Magistratsabteilung drohenden Streichung der „Kostzubeußen“, da sonst geeignete und arbeitswillige Patienten nicht mehr zu bekommen wären, bezahlte Arbeitskräfte aber aus Kostengründen nicht eingestellt werden konnten.⁹³⁰

Die Beschäftigung von Patienten im Haushalt der angestellten Ärzte und Beamte war gemäß den Statuten erlaubt, die Regelungen sahen vor, dass bei den am Anstaltsgelände lebenden Familien jeweils höchstens ein Insasse arbeiten durfte. Insgesamt sollten die in Privathaushalten angestellten PatientInnen die Gesamtzahl von 70 nicht überschreiten, außerdem durften für diese Tätigkeiten auch nicht die kräftigeren Pfleglinge herangezogen werden. Als Gegenleistung für deren Arbeit war eine festgelegte Summe an die Krankenverdienstkasse zu bezahlen, von der ein Teil den Patienten und ihren Angehörigen im Falle einer Entlassung zugute kam. Die Kontrolle über diese Angelegenheiten war der Direktion vorbehalten, stets wurde betont, dass *„selbstverständlich therapeutische Gründe maßgebend sind, wenn auch nicht zu übersehen ist, dass für die Angestellten aller Kategorien diese von großer wirtschaftlicher Bedeutung sind“*.⁹³¹

Die Frage, inwiefern diese Form der „Patientenbeschäftigung“ auch den Aufnahmestatuten entsprochen habe, denen gemäß nur Kranke aufgenommen werden durften, die infolge ihrer Gebrechen arbeits- und erwerbsunfähig waren, wurde mittels einer ärztlich zu bestätigenden „teilweisen Arbeitsunfähigkeit“

⁹²⁹ SCHULHOF, Im Dienste der Geisteskranken, 75f. Auch: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 497 / 1922; Ebd., Faszikel `Krankenangelegenheiten´ o. Z. / 1920. Anfrage der Sanitätsabteilung für Slowenien und Istrien vom 31. Dezember 1919 an die Direktion der Anstalt *Am Steinhof*. Männliche Pfleglinge bekamen zudem Tabak. In: FRIEDMANN, Beitrag zur Beschäftigungstherapie, 498.

⁹³⁰ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, K 43 / 1922.

⁹³¹ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, o. Z. / 1922. Antwortschreiben vom 15. September 1922 auf eine Anfrage aus Brünn. In einem anstaltsinternen Rundschreiben wurde nach der Beschäftigung von Pfleglingen in den Privathaushalten von Anstaltsangestellten gefragt. Daran anschließend wurde vom Direktor ein Zirkular herausgegeben, da die dafür geltenden Regelungen in der Hausordnung und in den Dienstinstruktionen oftmals überschritten wurden. So durften die Patienten nicht bei den Ärzten arbeiten, auf deren Abteilung sie untergebracht waren. Es durften keinerlei Privatarbeiten wie beispielsweise Nähereien verrichtet werden. Prinzipiell musste die Erlaubnis des Primars eingeholt werden. Ebd., A 714 / 1922. Vgl. allg. zur Gleichsetzung von unbezahlter Arbeit und zeitgemäßer Therapie: GERMANN, Arbeit als Medizin, 229.

umgangen. Die Tatsache, dass Patienten zu privaten häuslichen Tätigkeiten herangezogen werden durften, war auch immer wieder Anlass zu Auseinandersetzungen, da die Arbeitskraft der PatientInnen primär der Anstalt und somit zumindest indirekt der Öffentlichkeit zugute kommen sollte.⁹³² Aufgrund der immer wieder auftretenden Unregelmäßigkeiten und Überschreitungen der Vorschriften wurde die Beschäftigung von Patienten in den Privathaushalten der Ärzte, Angestellten und Beamten der Anstalt 1926 endgültig untersagt.⁹³³

Die rigorose Umsetzung der reformerischen Impulse rief auch medizinisch begründete Kritik hervor, da insbesondere für die als heilbar angesehenen Fälle Ruhe und Schonung weiterhin als wichtiger therapeutische Aspekte des stationären Aufenthaltes angesehen wurden. Johannes Bresler, Herausgeber der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift, meinte beispielsweise, dass „dem Gehirn alle mögliche Ruhe gelassen werden solle“ und plädierte vielmehr für eine „Freiheitstherapie“, die ein ausgewogeneres Verhältnis zwischen der Zahl der arbeitenden Kranken und denjenigen, die, wie es in manchen Anstalten in „offenen Abteilungen“ auch schon praktiziert wurde, freien Ausgang hatten und in weit weniger rigidem Ausmaße dem strengen Regime unterworfen waren.⁹³⁴ Was sich hier insgesamt zeigt ist das Auseinanderklaffen eines Konzeptes, welches einerseits die „Beschäftigungstherapie“ als eine medizinisch-therapeutische Maßnahme zu etablieren versuchte, andererseits aber weiterhin der Realität ökonomischer Notwendigkeiten verpflichtet war. Das Modell der Simon'schen Arbeitstherapie war gegenüber den nach Julius Tandler als „produktive Kosten“ bezeichneten Zielvorstellungen ins Hintertreffen geraten und konnte nur teilweise eine tatsächliche Veränderung hin zu einer therapeutischen Ausrichtung erfahren. Die zitierten Quellen zu der *Am Steinhof* nur ansatzweise etablierten intensivierten Beschäftigungstherapie dokumentieren deutlich, dass in dieser Frage die finanziellen Aspekte eine dominierende Rolle einnehmen konnten und die kosteneffiziente Mitarbeit der PatientInnen weiterhin ein bedeutender Faktor im Funktionieren des

⁹³² WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, D 54 / 1922.

⁹³³ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 2265 / 1926.

⁹³⁴ Johannes BRESLER, Zur Prozentzahl der beschäftigten Pflinglinge in den Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 28 (1926) 351-355. Hier: 351. Von anderer Seite wurde auch eingemahnt, dass nicht zu sehr die für die Gesellschaft nützliche Arbeitsleistung gezählt werden dürfe, vielmehr die handwerklich-künstlerische Auseinandersetzung gefördert werden solle. Dies bedinge aber einen höheren pflegerischen Aufwand: Georg ILLBERG, Über den Umfang der Arbeitstherapie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 28 (1926) 433-435.

Anstaltsbetriebes geblieben war.⁹³⁵ So wurde auch der „nützlichen Arbeit“ ein therapeutischer Wert an sich zugeschrieben, „*die günstige Wirkung auf die Psyche der Kranken wird durch das in ihm geweckte Bewusstsein, nutzbringende Arbeit zu leisten, zweifellos wesentlich vertieft*“.⁹³⁶ Ähnlich dem zuletzt benannten Versuch der Verwissenschaftlichung bestimmter Aspekte der stationären psychiatrischen Versorgung führt nun auch zu der im Folgenden behandelten Frage, nämlich der angestrebten Reform der Unterbringung von an Epilepsie leidenden Menschen, welche abermals die vielfältigen Versuche der Psychiatrie zur Bemächtigung eines bislang nicht zum engeren Kanon der Disziplin gehörenden Gebietes aufzeigt.

5.5. Fürsorge oder medizinische Behandlung? Der institutionelle Fokus auf die Epilepsie

Weitgehend zeitgleich zur Ausweitung des psychiatrischen Interesses und eines bereitgestellten Behandlungsangebotes für Alkoholiker finden sich ähnliche Entwicklungen hinsichtlich des Umgangs mit Menschen die an Epilepsie litten. Die zu Beginn dieses Kapitels festgehaltene Forderung nach separaten Versorgungseinrichtungen für spezielle Erkrankungsformen verweist auch in diesem Falle sowohl auf eine neuartige psychiatrische Aufmerksamkeit als auch dem Versuch einer professionspolitischen Etablierung innerhalb dieser Aufgabenbereiche. Ähnlich wie beim Alkoholismus wurden Ursachen, Behandlungsformen, Verlauf und Prognose der Epilepsie intensiv erforscht, brachten aber in diesem neuen Bereich sehr divergierende medizinische Theoriebildungen hervor. Eine weitere Differenz bestand in der Frage der Unterbringung von an Epilepsie Erkrankten, die im Gegensatz zu der von Alkoholikern innerhalb der Profession sehr kontrovers diskutiert wurde.

⁹³⁵ FRIEDMANN, Beitrag zur Beschäftigungstherapie, 499. Dies zeigt sich unter anderem deutlich an den Angeboten welche Art der Arbeit ergriffen werden konnte. Frauen wurden, wohl entsprechend dem Leben außerhalb der Anstalt, insgesamt deutlich weniger Möglichkeiten zur „Beschäftigung“ gegeben.

⁹³⁶ GEMEINDE WIEN (Hg.), Das Neue Wien, Band 2, 514.

Die Betreuung von den an unterschiedlichsten Formen der Epilepsie erkrankten Menschen erfolgte lange Zeit keineswegs einheitlich. Teilweise waren diese in Kranken-, Versorgungs-, oder auch Armenhäusern, oder, wie diejenigen, die in Folge der Symptomatik auch geistig erkrankt waren, in psychiatrischen Institutionen untergebracht.⁹³⁷ Die seitens der Psychiatrie gestellte Forderung nach einer Institution eigens für Epilepsieerkrankte zielte einerseits darauf die aufgrund ihrer Anfälle pflegeintensiven Patienten alternativ versorgen, andererseits auch diejenigen unterzubringen zu können, die zwar längere Intervalle ohne Anfälle, aber während dieser Zeit dennoch überwachungsbedürftig waren. Anlässlich der zur Jahrhundertwende zunehmenden Überfüllung der Anstalt *Am Brünlfeld* wurde im Niederösterreichischen Landtag zu deren Entlastung die Einrichtung einer sehr einfachen und kostengünstigen Anstalt diskutiert. In dem geplanten daran anschließenden landwirtschaftlichen Betrieb könnten, wie Steiner, der in dieser Agenda zuständige Landtagsabgeordnete äußerst pragmatisch zu deren Finanzierung feststellte, „*diese Epileptiker zur Arbeit verwendet werden*“.⁹³⁸ Der Wiener Stadtphysikat erstattete 1910 ein, zur Entlastung der Versorgungshäuser konzipiertes Gutachten über die Einrichtung einer speziellen Pflegeanstalt. Das aus humanitären Gründen als dringend notwendig angesehene Vorhaben scheiterte aber aus finanziellen Gründen.⁹³⁹

Erst nach dem Ersten Weltkrieg wurden die bis dato nicht realisierten Vorhaben erneut aufgegriffen. In Ermangelung einer speziellen Institution sollte die „geeignete fachärztliche Behandlung“ zumindest ansatzweise in Form von Übergangslösungen ermöglicht werden. Mit einem anstaltsinternen Erlass aus dem Jahre 1920 versuchte die Institution *Am Steinhof* zu differenzieren, geistesranke Epileptiker sollten demnach ausschließlich auf geschlossenen Abteilungen, erwerbsunfähige und pflegebedürftige Epileptiker in Versorgungs- und Siechenanstalten Aufnahme finden. Ein Novum war, dass Epileptikerinnen nun auch ohne Symptome geistiger

⁹³⁷ Etwa ab der Mitte des 19. Jahrhunderts gab es erste Ansätze zu einer gedanklichen Trennung von Epilepsie und Geisteskrankheit. Heute sind die epileptischen Erkrankungen dem Bereich der Neurologie zugeordnet. Vgl. dazu ausführlicher: German E.BERRIOS, Epilepsy. Clinical Section. In: Ders., PORTER (Hg.), *A History of Clinical Psychiatry*, 147-163.

⁹³⁸ STPNÖ, Stellungnahme in der 8. Sitzung der IV. Session am 5. Juni 1905, S. 192. Der Kredit von 350.000 Kronen wurde zuvor bereits bewilligt. In: Ebd., 6. Sitzung der IV. Session am 2. Juni 1905. Vermutlich scheiterte dieses Vorhaben an der bereits in Bau befindlichen Anstalt *Am Steinhof*, deren Kapazität alternative Versorgungsformen vorerst nicht nötig erschienen ließ.

⁹³⁹ Rudolf DREIKURS, Fürsorgewesen. In: *Wiener Klinische Wochenschrift* 39 (1926) 602-605. Vortrag am 13. April 1926 im Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie. Hier: 602f.

Erkrankung *Am Steinhof* stationär versorgt⁹⁴⁰, beziehungsweise auch diejenigen aufgenommen werden konnten, die einer fachärztlichen Behandlung bedurften, die ambulant nicht möglich gewesen wäre.⁹⁴¹ Die neuartige Unterbringung in einer Hälfte des Aufnahmepavillons für Frauen bedingte keinerlei Einschränkungen ihrer Freiheit.⁹⁴² Trotz der abgesonderten Lage im Eingangsbereich des Anstaltsgeländes erwies sich diese Form der Versorgung jedoch nicht als ideal, weil, wie Erwin Stransky feststellte, „viele Patienten dieser Art von der an den Steinhof angegliederten Abteilung nichts wissen wollen, da diese nun einmal als reine Irrenanstalt gilt.“⁹⁴³ Zudem gab es neben dieser auch quantitativ unbefriedigenden Lösung für Epileptiker keinerlei Möglichkeit zu einer stationären Aufnahme in besonders anfallsreichen Phasen, ohne sich in eine dauernde Versorgung begeben zu müssen.⁹⁴⁴

Bisherige Initiativen zielten vor allem auf Fragen der adäquaten Form der Versorgung, die sich am Stadium und Art der Erkrankung und deren jeweiligen Problemlagen orientierten. Diese Initiativen sollten sich in weiterer Folge in Richtung einer nun klinisch ausgerichteten Vorgehensweise signifikant ändern. Im Juni 1925 wurde *Am Steinhof* eine „therapeutische Versuchsstation für Epilepsiekranken“ eröffnet. Die Leitung der vom Wiener Gemeinderat nur vorläufig bewilligten⁹⁴⁵ und an die Stelle der bisherigen Möglichkeit der Aufnahme für „geistesgesunde Epileptikerinnen“ im Aufnahmepavillon tretenden Einrichtung wurde dem, nicht zum Ärztestand der Anstalt gehörenden Neurologen Felix Frisch übertragen, der diese

⁹⁴⁰ Anonym, Epileptikerfürsorge in Niederösterreich. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 22 (1920/21) 83-84. Der Niederösterreichische Landesrat bewilligte zur Einrichtung der Abteilung 40.000 Kronen. Die Aufnahme erfolgte ausschließlich über den Steinhof, der überwiegende Teil der Kranken wurde aber nur eine Zeitlang beobachtet und anschließend nach Gugging transferiert. Dort wurden auch an Epilepsie erkrankte Kinder betreut.

⁹⁴¹ WStLA, Mag. Abt. 209, Faszikel `Krankenangelegenheiten´ K 145 / 1920. Stand die epileptische Erkrankung im Zusammenhang mit einer Kriegsverletzung war die Invalidenentschädigungskommission verpflichtet die Behandlung zu bezahlen. Ein Amtsarzt musste die Notwendigkeit von deren Aufnahme bestätigen.

⁹⁴² MAGISTRAT der Stadt Wien (Hg.) Die Gemeindeverwaltung 1919-1922 (Wien 1927) 356.

⁹⁴³ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 45 (1927) 87. Sitzungsbericht vom 10. November 1925. Diskussion zum Vortrag Rudolf Dreikurs zur sozialen Fürsorge in der Psychiatrie. Der Freiwilligkeit der Aufnahme war gemäß einer späteren Aussage (von Felix Frisch, s.u.) auch nicht ganz zugetroffen zu haben, vielmehr waren es die die medikamentöse Behandlung nicht mehr finanzierenden Krankenkassen, die ihre Patienten auf diese Abteilung und somit der Gemeinde Wien überantwortet hatten. In: Ebd., 321. Sitzungsbericht vom 25. Jänner 1927.

⁹⁴⁴ DREIKURS, Die soziale Fürsorge in der Psychiatrie, 259f.

⁹⁴⁵ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 207 / 1925.

Stelle unentgeltlich übernahm.⁹⁴⁶ Dieser für achtzehn, beziehungsweise rasch auf 25 Betten erweiterten und von der restlichen Anstalt in ihrem Status relativ unabhängigen Abteilung war ein Laboratorium angegliedert. Auf die zukünftigen Forschungen der „Versuchsstation“ wurden offenbar große Hoffnungen gerichtet, diese Einrichtung sollte in Wien zum „Kristallisationspunkt einer ausgedehnten Epileptikerfürsorge“ werden.⁹⁴⁷ Grundlage dieser Erwartungen waren die in den Jahren zuvor erarbeiteten *„wissenschaftlichen Erkenntnisse der neueren Zeit über die große Bedeutung, welche Stoffwechselstörungen und konstitutionelle Anomalien bei der Entstehung epileptischer Anfallszustände besitzen“*. Ziel der Arbeiten an der Versuchsstation war es, *„die im individuellen Falle maßgebende Störung festzustellen, zu analysieren und durch ihre Bekämpfung eine therapeutische Beeinflussung dieser Krankheit zu erwirken.“*⁹⁴⁸

Die klinische Forschung und die Erklärungen möglicher Ursachen der Epilepsie waren gegen Ende des 19. Jahrhunderts ebenso unterschiedlich wie ihre Behandlungsarten.⁹⁴⁹ Zu dieser Zeit fanden Fragen zur Heredität und der Degenerationstheorie Eingang in die Forschung und die sich auf die ungeklärten Zusammenhänge zwischen Epilepsie und Geisteskrankheit richtende „Frage der kombinierten Psychosen“ wurde viel debattiert.⁹⁵⁰ Um die Jahrhundertwende wurde diese Erkrankung intensiv beforscht, dies zeigt sich nicht zuletzt an der 1909 in Budapest begründeten Internationalen Liga gegen Epilepsie⁹⁵¹ und an den in

⁹⁴⁶ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 384 / 1925. Unterstützt wurde er von Karl Walter, der dafür die Position eines Vertragsarztes erhielt und während der Dauer seiner Anstellung auf die Ausübung seiner Privatpraxis verzichten musste. Ernst Fried war Assistent am Laboratorium dieser Station: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 299 / 1926; Verlängerung seines Vertrages: Ebd., 1505 / 1926.

Vom Neurologen Felix Frisch (1879-?) ist leider nur wenig bekannt. 1905 promovierte er in Wien, er war Konsiliararzt im Spital der Israelitischen Kultusgemeinde, 1938 ist er in die USA ausgewandert. In: Renate FEIKES, Emigration jüdischer Ärzte ab 1938 in die USA, speziell nach New York (Diss.med., Wien 1999) 167.

⁹⁴⁷ GEMEINDE WIEN (Hg.), Das Neue Wien, Band 2, 520.

⁹⁴⁸ Ebd.

⁹⁴⁹ Überblick bei: Ellen DWYER, Stories of Epilepsy, 1880-1930. In: Charles E. ROSENBERG, Janet GOLDEN (Hg.), Framing Disease. Studies in Cultural History (=Health and Medicine in American Society) Rutgers University Press, 1992, 248-272; BERRIOS, Epilepsy, 147-163. Vgl. zu den zahlreichen mit dieser Erkrankung verbundenen moralischen und stigmatisierenden Aspekten: Roy PORTER, Epilepsy. Social Section. In: Ebd., 166-173.

⁹⁵⁰ Robert GAUPP, Zur Frage der kombinierten Psychosen. In: Centralblatt für Neurologie und Psychiatrie 6 (1903) 766-787; Erwin STRANSKY, Zur Lehre der kombinierten Psychosen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychologie 63 (1906) 73-102.

⁹⁵¹ Die daraus hervorgegangene und bis heute regelmäßig erscheinende Zeitschrift „Epilepsia“ widmete sich dem „Studium der Pathologie und Therapie, der sozialen und der juristischen Aspekte der Epilepsie“. Sie stand unter dem Patronat von Wladimir M. Bechterew, Otto Binswanger, Joseph J. Déjérine, Hughlings Jackson und Heinrich Obersteiner. Ein kurzer Überblick bei: Dieter JANZ, 50

Fachzeitschriften zunehmend häufigeren theoretischen und kasuistischen Ausführungen zu diesem Themenkomplex. Die Vielfalt und in sehr unterschiedliche Forschungsausrichtungen reichende Beiträge verweisen jedoch in ihrer Gesamtheit vielmehr auf ein Nicht-Wissen, beziehungsweise die Hoffnung auf zukünftige Forschungen, die, wie Johannes Bresler, Herausgeber des Standesorgans der Anstaltspsychiater feststellte, „*hierbei Aufschlüsse erwarten lassen, die weit hinein ins dunkle Gebiet der allgemeinen Psychopathologie führen.*“⁹⁵²

Eben jenes Selbstverständnis erst ganz am Beginn der klinischen Forschung eines Spezialgebietes zu stehen, zeigt sich nicht zuletzt auch an der Benennung der *Am Steinhof* neu eingerichteten Station. Der erste offizielle Bericht über deren Tätigkeit erschien, wie bereits zitiert, im „Neuen Wien“. Dieser Darlegung liegt ein, um die medizinischen Details für die breite Leserschaft des „Städtewerks“ gekürztes Schreiben zugrunde. Eine einzelne Passage findet sich interessanterweise in dem, der Direktion vorgelegenen Bericht herausgestrichen: „*Auch darf nicht übersehen werden, dass es sich hier um ein erstmaliges vorsichtiges Tasten handelt, für welches so gut wie gar keine Erfahrungen vorliegen.*“⁹⁵³

Forschungsschwerpunkt des verantwortlichen Leiters der neuen Abteilung waren Stoffwechseluntersuchungen, zur Verfügung standen ihm dazu 22 Frauen und drei Männer aus der Anstalt und weitere drei Personen, die ambulant zu den Untersuchungen kamen. Felix Frisch und sein Assistent, der Chemiker Ernst Fried, führten zahlreiche vergleichende Blutuntersuchungen wie beispielsweise auf Blutzucker, Reststickstoffe, Elektrolytverhältnisse von Kalium, Calcium und Chloride und Wasserstoffionenkonzentration in Phasen mit selteneren und zahlreichen epileptischen Anfällen und auch Prüfungen elektrischer Erregbarkeit und Überventilationsversuche unmittelbar vor und nach den Anfällen durch.⁹⁵⁴ Die lebensgefährliche Komplikation der Epilepsie, der *status epilepticus*, galt als bereits

Jahre Deutsche Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie. In: Zeitschrift für Epileptologie 20 (2007) 125-128.

⁹⁵² Johannes BRESLER, Zur Symptomatologie der Epilepsie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 245-246. Hier: 246.

⁹⁵³ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 961 / 1926. Bericht der Versuchsstation nach dreimonatiger Arbeitszeit.

⁹⁵⁴ Ebd., In weiterer Folge waren Untersuchungen zur Abderhaldschen Fermentreaktion, die Eiweißfraktionen und die physikalischen Änderungen des Serums geplant. Eine frühe und gemeinsame Publikation: Felix FRISCH, Ernst FRIED, Blutkalk und Adrenalinwirkung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 39 (1926) 1389-1391. Nach einem Vortrag im Verein für Neurologie und Psychiatrie am 8. Juni 1926.

beherrschbar⁹⁵⁵ und die „systematisch durchgeführten Untersuchungen“ wurden als soweit fortgeschritten eingeschätzt, sodass mit „*rationellen, durch fortlaufende Stoffwechselbestimmungen stetig kontrollierten therapeutischen Versuchen*“ begonnen werden könne.⁹⁵⁶ Als ein die aufwendige Arbeit hindernder Faktor sah Frisch jedoch das ihm zur Verfügung stehende „Krankenmaterial“ an, „*die durchwegs nicht geeignet und den Problemstellungen angepasst*“, nämlich zumeist alte, aus Versorgungshäusern stammende Patienten waren.⁹⁵⁷

Der Ansatzpunkt der Forschungen von Felix Frisch waren die von ihm beobachteten Stoffwechselstörungen, deren Labilität er als besonders charakteristisch für die Epilepsie ansah und die bislang in der Pathologie dieser Erkrankung unerkannt waren. Damit wandte er sich gegen die bis dato häufige Differenzierung als eine entweder „symptomatische“ oder „genuine Epilepsie“. Diese lediglich *post mortem* erfahrbare Einteilung beruhte darauf, dass bei ersterer Form anatomische Veränderungen der Hirnsubstanz, beziehungsweise bei letzterer keine dieser nachweisbar waren.⁹⁵⁸ Für eine vertiefende klinische Forschung war diese morphologische Differenzierung auch nicht relevant. Ziel des Leiters der Versuchsabteilung war es, möglichst zahlreiche vegetative Funktionen zu messen, um ein komplexeres Bild der individuellen Störungen gewinnen zu können. Dabei grenzte er sich explizit von früheren Untersuchungen der Stoffwechselforgänge in der Pathogenese der Epilepsie und der sogenannten Intoxikationshypothese ab, die lange Zeit nach einem spezifischen Giftstoff des Auslösers von Anfällen gesucht

⁹⁵⁵ Felix FRISCH, Zur Behandlung des status epilepticus und der gehäuften kleinen Anfälle (Pyknolepsie). In: Wiener Klinische Wochenschrift 42 (1929) 626-627. Die Therapie beruhte auf Aderlass und gleichzeitiger Infusion von Traubenzuckerlösung.

⁹⁵⁶ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 961 / 1926. Im November dieses Jahres war eigens die Zahl der internierten Epileptiker erhoben worden: Unterschieden wurde nach „geisteskranken“ (174) und „freiwilligen“ (27) Epileptikern. Der überwiegende Teil war in der Pflegeanstalt (91 Männer, 79 Frauen), zwei weitere waren am Pavillon 23 untergebracht. In der Heilanstalt waren insgesamt neun männliche und acht weibliche Epilepsiekranken „freiwillig“ zur Aufnahme gekommen. In: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 1926 / 1925.

⁹⁵⁷ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 1892 / 1925. Inwiefern dieser spezielle Aspekt die Durchführung der Versuche erst möglich machte, findet sich weder in den Akten der Direktionsregistratur noch in den Publikationen von Felix Frisch eigens benannt. Vgl. dazu allg.: Birgit GRIESECKE, Markus KRAUSE, Nicolas PETHES, Katja SABISCH (Hg.), Kulturgeschichte des Menschenversuchs im 20. Jahrhundert (Frankfurt am Main 2009).

⁹⁵⁸ Felix FRISCH, Die Epilepsie. Biologie, Klinik, Therapie (Wien, Leipzig, Bern 1937) 71; Vgl. dazu auch: Sitzungsbericht vom 10. November 1908. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 30 (1909) 282. Vortrag von Emil REDLICH, Über die Beziehungen der genuinen zur symptomatischen Epilepsie.

hatte. Er warnte davor, zwischen den abnormen chemischen Befunden und den Krankheitserscheinungen lineare Zusammenhänge zu erstellen.⁹⁵⁹

Die sich im Zuge seiner Forschung zeigenden „charakteristischen Schwankungen“ sollten über serielle Versuche in eine „verständliche Ordnung“ gebracht werden. Abgesehen von einigen Fällen, die aufgrund der Vorgabe seiner Methode „versagten“, somit vermutlich nicht die gewünschten Ergebnisse zeigten, meinte er von diesen Daten und den von ihm ermittelten „krankhaften Zusammenhängen“ ausgehen und zu einem aktiven therapeutischen Verfahren schreiten zu können.⁹⁶⁰

Seine Studien ergaben sehr breit gestreute Stoffwechseleränderungen, die Frisch in einem Umkehrschluss als den Grund der labilen Konstitution der Epileptiker bezeichnete und sowohl das klinisch sehr heterogene Erkrankungsbild als auch das „charakteristische Wesen“ der Kranken prägte. Zudem erlaubte dieses Konzept die Periodizität der Anfälle und auch die objektiven und subjektiven in den Intervallen erlebten Gesundheitsgefühle zu integrieren.⁹⁶¹

Frisch meinte, ausgehend von der Konstitutionslehre, dass die Anlage zur Epilepsie vererblich sei. Auslöser deren Ausbruchs wären aber „konditionelle Hirnreize“, die er als unspezifisch und substituierbar bezeichnete. Die Therapie zielte darauf, beide dieser Faktoren zu beeinflussen.⁹⁶² Er war gegenüber der traditionellen und symptomatisch ausgerichteten Behandlung mit Brom und ihren Derivaten generell sehr skeptisch eingestellt und wandte sich auch gegen chirurgische und hormonelle therapeutische Ansätze.⁹⁶³ An Epilepsie leidende Kinder, vor allem diejenigen, die zahlreiche kleinere Anfälle hatten – eine Form, die als therapieresistent galt – wurden angeblich erfolgreich mit endolumbalen Lufteinblasungen behandelt.⁹⁶⁴

Frisch zielte jedoch vielmehr darauf, eine ursächliche Therapie zu entwickeln, die auf der zur Maxime seiner Theorie erhobenen Veränderungen des Serumeiweißbildes

⁹⁵⁹ FRISCH, Die Epilepsie, 26f.

⁹⁶⁰ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 961 / 1926.

⁹⁶¹ FRISCH, Die Epilepsie, 26f.

⁹⁶² Felix FRISCH, Das „vegetative System“ der Epileptiker (=Monographien aus dem Bereich des Gesamtgebietes der Neurologie und Psychiatrie) Berlin 1928, 52; Ders., Einige stoffwechselbiologische Richtlinien zur Epilepsiebehandlung. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 78 (1928) 1356-1358.

⁹⁶³ Eine ausführliche Stellungnahme bei: Felix FRISCH, Probleme und Grundlagen der Epilepsiebehandlung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 47 (1934) 843-847 und 873-876.

⁹⁶⁴ FRISCH, Zur Behandlung des status epilepticus, 627. Diese seit 1926 von ihm praktizierte Methode wurde vorwiegend bei Fällen von Hydrocephalus (in Kombination mit der Diagnose Epilepsie) angewandt: Ders., Die Epilepsie. Biologie, Klinik, Therapie. Ders., Ueber den therapeutischen Pneumozephalus im Kindesalter. In: Wiener Klinische Wochenschrift 43 (1930) 615-618.

basierte.⁹⁶⁵ Dieser bei Epileptikern generell erhöhte Faktor veränderte sich auf charakteristische Weise jeweils prä- und postparoxysmal. Eine Verringerung des körpereigenen Eiweißes beziehungsweise Verhinderung epileptischer Anfälle konnte mittels Diäten wie der (nach Toulouse-Richet) schon länger praktizierten kochsalzarmen Kost oder auch über rigorose Hungerkuren erreicht werden. Frisch suchte darüber hinaus die von ihm im Tierversuch bereits erlangte Bestätigung seiner Theorie in alternative therapeutische Verfahren umzusetzen. Einerseits basierte seine Behandlung auf verschiedenen, jeweils individuell verordneten Diäten und auch auf psychischen Verfahren, andererseits wollte er, analog zu der populären Impftherapie der progressiven Paralyse von Wagner-Jauregg, eine „Reizkörpertherapie“ entwickeln.⁹⁶⁶ Schwer demente und aufgrund der Aussichtslosigkeit des Stadiums ihrer Erkrankung nicht mehr therapierte Epileptiker wurden mit Ricin versuchsweise immunisiert. Frisch berichtete von durchwegs guten Erfolgen, nämlich weitgehende Immunität gegenüber epileptischen Anfällen.⁹⁶⁷

Der Grund warum er die Untersuchungsergebnisse in diesem frühen Stadium veröffentlichte, war der jähe Abbruch seiner erst am Beginn stehenden Forschungen. Ende des Jahres 1927 wurde die therapeutische Versuchsstation geschlossen.⁹⁶⁸ Den im „Neuen Wien“ enthusiastisch formulierten Hoffnungen steht in späteren Anstaltsberichten kaum mehr als eine Erwähnung dieser Einrichtung gegenüber.⁹⁶⁹ Es findet sich außer resignierenden Stellungnahmen seitens Felix Frisch⁹⁷⁰ kein Grund der Beendigung seiner Forschungsarbeit benannt. Anzunehmen ist, dass diese im Zusammenhang mit dem Ende der 1920er Jahre und nicht zuletzt ökonomisch bedingten starken Anstieg der Patientenzahlen *Am Steinhof* steht, der Programme einer kurzfristiger wirksamen und somit praktikableren Lösung der vielen Kranken auf den Plan rief, nämlich primär die Versorgung dieser Personen zielte.

⁹⁶⁵ Ähnliche Beobachtungen machte auch schon Starlinger bei seinen PatientInnen in Mauer-Öhling. In: Felix FRISCH, Das Serumeiweißbild als führendes Prinzip therapeutischer Versuche bei Epilepsie. In: Wiener Klinische Wochenschrift 41 (1928) 838-843. Hier: 839.

⁹⁶⁶ Die Verminderung beziehungsweise das gänzliche Sistieren epileptischer Anfälle bei Fieber, akuten oder chronischen Infektionskrankheiten, Entzündungen und Eiterungen war schon lange beobachtet worden.

⁹⁶⁷ FRISCH, Das Serumeiweißbild als führendes Prinzip, 841.

⁹⁶⁸ WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 1273 / 1928.

⁹⁶⁹ MAUCZKA, Fünfundzwanzig Jahre Steinhof, 496; MAGISTRAT DER STADT WIEN (Hg.), Die Verwaltung der Bundeshauptstadt Wien 1929-1931, 974.

⁹⁷⁰ FRISCH, Das Serumeiweißbild als führendes Prinzip, 843; Ders., Probleme und Grundlagen der Epilepsiebehandlung, 875.

Erste Ideen einer „fachlichen Fürsorge“ für Epilepsiekranken wurden 1919 von Otto Marburg, Nachfolger Heinrich Obersteiners in der Leitung des Neurologischen Instituts in Wien, formuliert. Dabei fokussierte er auf die Verhütung ihrer Entstehung, die seiner Ansicht nach „vornehmste Aufgabe der modernen Medizin“. ⁹⁷¹ Seiner Ansicht nach war diese Erkrankung sowohl von konstitutionellen (nach Tandler) als auch durch konditionelle, also umweltbedingte Faktoren verursacht und könne in ihrer Häufigkeit teilweise über Eheverbote verringert werden, warnte dabei aber vor dem Unwissen der Vererbungswege. Marburgs Forderung nach einer spezifischen Fürsorge und der Unterbringung beziehungsweise Betreuung von Epileptikern in eigens einzurichtenden Anstalten wurde erst wieder 1926 von Rudolf Dreikurs aufgegriffen. Dieser begründete sein Engagement für eine neuartige Institution vor allem mit der Existenz zweier unversorgter Gruppen, zum einen Kinder, die wegen ihrer epileptischen Anfälle vom Schulbesuch ausgeschlossen, aber nicht so schwer krank waren um sie in „Idioten- oder Irrenanstalten“ unterbringen zu können, somit seiner Meinung nach ohne einer speziellen Versorgung der Verwahrlosung unrettbar anheimfallen würden. Zum anderen hätten Epileptiker im Vergleich zu anderen psychisch Erkrankten die höchste Verbrechensquote und müssten folglich prophylaktisch besser versorgt werden. Insbesondere die Ausgaben für die an Epilepsie erkrankten Kinder seien, wie er meinte, als produktive Ausgabe zu verbuchen, da sie in einer separaten Institution einer „systematischen Behandlung“ zugeführt und somit die drohenden Gefahren abgewehrt werden könnten. ⁹⁷² Zudem sei seiner Ansicht nach weder die Unterbringung psychisch gesunder Epileptiker in einer psychiatrischen Anstalt wünschenswert, noch befördere umgekehrt die Anwesenheit von Patienten mit häufig auftretenden Anfällen die Ruhe auf einer solchen Abteilung. ⁹⁷³ Die noch großen Unsicherheiten auf diesem Gebiet sollten mittels statistischer Erhebungen untermauert werden, die auch die Dauer der Erkrankung, den Zeitpunkt deren Beginns, die Zahl und Art der Anfälle und die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen mit erfassen sollten. Dabei war jedoch keineswegs klar wie diese Zahlen überhaupt erhoben werden könnten, da, wie die

⁹⁷¹ Otto MARBURG, Einige Probleme der Epileptiker-Fürsorge. In: Wiener Klinische Wochenschrift 32 (1919) 217-220. Hier: 217.

⁹⁷² DREIKURS, Ueber den gegenwärtigen Stand, 871f. Eine weitere von ihm benannte Teilgruppe war die, während des Ersten Weltkrieges Verletzten und in Folge an epileptischen Anfällen Leidende.

⁹⁷³ DREIKURS, Fürsorgewesen, 602f.

Verantwortlichen meinten, von den Angehörigen Epilepsie vielfach verschwiegen, mit anderen Krankheiten verwechselt oder auch gar nicht erkannt werde.⁹⁷⁴

Österreichs Fürsorge auf diesem besonderen Gebiet wurde als besonders rückständig bezeichnet. Die in Deutschland zu diesem Zeitpunkt bereits bestehenden öffentlichen und teilweise, wie in Wuhlgarten bei Berlin sehr großen und teils am Lande gelegenen Anstalten für Epilepsiekranken galten als Vorreiter, diese waren jedoch nicht gänzlich unumstritten. Deren Befürworter wollten die auch sehr unterschiedlichen Erkrankten innerhalb einer Institution getrennt je nach der Art ihres Leidens unterbringen. Nach Dreikurs sollte eine solche Institution aber keineswegs eine „reine Verwahranstalt“ sein, sondern vielmehr auch der Therapie und der wissenschaftlichen Forschung dienen. Ein Komitee zur Erörterung der, wie Emil Redlich meinte, „allgemeinen Ratlosigkeit gegenüber der großen Menge der Epileptiker“ sollte Vorschläge für den folgenden „Irrenärztag“ ausarbeiten.⁹⁷⁵ Einer der Hintergründe der Forderungen nach spezialisierten Anstalten ist das weit verbreitete Vorurteil eines spezifischen „epileptischen Wesens“ oder „epileptischen Charakters“, welches in seiner letzten Ausformung, wie bereits erwähnt, auch mit der besonderen Häufung von Verbrechern im Zusammenhang mit der epileptischen Symptomatik begründet wurde. Wie jüngst von der historischen Forschung aufgezeigt werden konnte, ist dieser diskriminierende Diskurs der Verbreitung angeblicher spezifischer Charaktereigenschaften zeitgleich mit der seit den 1860er Jahren sich durchsetzenden Behandlung der Epilepsie mit Bromiden aufgekommen. Die teilweise sehr hohen Bromdosierungen zogen erhebliche psychische und kognitive Nebenwirkungen nach sich. Die seitens der Profession vielfach gezielt betriebene Stabilisierung und weitere Verbreitung der Ressentiments gegenüber den an Epilepsie Erkrankten diente der Abwehr der ohnehin nur geringen fachinternen

⁹⁷⁴ Wie die – auch im internationalen Vergleich stark schwankenden Zahlen – verlässlich erhoben werden könnten blieb offen. Es gab Vorschläge diese über Schulen, Musterungen, Fürsorgeeinrichtungen und Obduktionen zu gewinnen. Als eine „ideale aber zunächst wohl kaum durchzuführende“ Lösung dieser Problematik galt die Erstellung eines Gesundheitskatasters, welcher auch die hereditären Faktoren mit erfassen könnte. Emil REDLICH, Vorschläge zur Epileptikerfürsorge in Oesterreich. In: Wiener Klinische Wochenschrift 40 (1927) 1358-1361. Hier: 1359. Nach den Berechnungen des Wiener Magistrats fanden zwischen 1903 und 1906 jährlich etwa 400 Epileptiker Aufnahme in öffentlichen Anstalten. Eine Schätzung aus dem Jahr 1925 belief sich auf rund 1000 Erkrankungen, wobei diese überwiegend keine psychischen Komplikationen hatten. In: DREIKURS, Fürsorgewesen, 602.

⁹⁷⁵ Eine ausführliche Diskussion findet sich bei: Emil REDLICH, Über Epileptikerfürsorge. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 45 (1927) 319-321. Sitzungsbericht vom 25. Jänner 1927. Dreikurs Vorschläge dienten als Ausgangspunkt der Diskussion. Hier: 319. Vgl. auch die Auseinandersetzung zu den Vor- und Nachteilen einer gesonderten Institution: MARBURG, Einige Probleme der Epileptiker-Fürsorge, 217f.

Kritik an dieser Medikation, vielmehr aber noch zur Sicherung des Gegenstandsbereichs Epilepsie innerhalb der Psychiatrie.⁹⁷⁶

Die von Emil Redlich im Verein für Psychiatrie und Neurologie vehement geforderte und auf sechs- bis achthundert Plätze geschätzte Einrichtung sollte keine reine Verwahranstalt sein, sondern auch der Therapie und der wissenschaftlichen Forschung dienen. Zudem plädierte er für eine unentgeltliche Abgabe von Medikamenten, die über die Fürsorgestelle für psychisch Kranke organisiert werden sollte.⁹⁷⁷ Sein Vortrag wurde jedoch kontrovers diskutiert. Den spezialisierten Anstalten stand das sogenannte „Verdünnungsprinzip“ gegenüber, wie es beispielsweise in Mauer-Öhling seit deren Eröffnung nach der Jahrhundertwende praktiziert wurde. Josef Starlinger, Leiter der niederösterreichischen Einrichtung, berichtete von durchwegs guten Erfahrungen der gemeinsamen Unterbringung von psychisch Kranken und Epileptikern. Letztere waren auf unterschiedliche Abteilungen aufgeteilt und die Kinder konnten sogar eine Schule besuchen.⁹⁷⁸

Ob nun seine im Verein vehement vertretene Stellungnahme, oder aber die zu diesem Zeitpunkt bereits drastischen finanziellen Schwierigkeiten der öffentlichen Versorgungseinrichtungen letztendlich den Ausschlag gegen eine spezialisierte Einrichtung zur Versorgung dieser Kranken gaben, ist nicht im Detail bekannt. Ähnlich dieser Entwicklung blieb auch die geforderte Intensivierung der Beschäftigungstherapie an die restriktive Finanzierung der Anstaltspsychiatrie gebunden. Die Behandlung der Alkoholsüchtigen und die Forschungstätigkeit zu Ursache und Therapie der Epilepsie konnten – insbesondere gemessen am Ausmaß der bestehenden sozialen Problematik – die neuen Ansätze in einer quantitativ nur unzureichenden Weise umsetzen. Die vielfach mit großen Erwartungen verbundene, sowohl auf Ein- als auch Ausschlussverfahren basierende Weiterentwicklung der `modernen Anstaltspsychiatrie` verblieb vielfach als ein technizistisches Einteilungdenken. Dieses sollte jedoch dramatische Folgen nach sich ziehen. Der

⁹⁷⁶ Vgl. dazu ausführlicher: Torger MÖLLER, Die psychiatrische Kritik an gesellschaftlichen Vorurteilen als medizinische Legitimationsstrategie. In: FANGERAU, NOLTE (Hg.), `Moderne` Anstaltspsychiatrie, 221-237. Das Konzept eines „epileptischen Wesens“ wurde erst ab den 1980er Jahren und nun innerhalb des neurologischen Fachdiskurses zunehmend kritisiert.

⁹⁷⁷ REDLICH, Vorschläge zur Epileptikerfürsorge, 1361. In der daran anschließenden Diskussion im Verein der Standesvertreter wurde die Verbilligung von Luminal, eine zu dieser Zeit ersten Alternative zu den Brompräparaten, gefordert. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 46 (1929) 174-176. Sitzungsberichtsbericht vom 12. September 1927. Hier: 176. Die Krankenkassen finanzierten diese Medikamente zumeist nicht ausreichend lange: REDLICH, Über Epileptikerfürsorge, 321.

⁹⁷⁸ Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 46 (1929) 174-176. Sitzungsberichtsbericht vom 12. September 1927.

Fokus der Psychiatrie auf die an Epilepsie Erkrankten, ebenso wie der auf die Alkoholsüchtigen und die Klientel der offenen Fürsorge, welche vielfach der Übergangszone zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit, beziehungsweise (scheinbar) konkret dem größeren Diagnosekomplex der „Psychopathie“ zugeordnet wurde, sollte sich im NS-Regime wieder zeigen, jedoch unter veränderten Vorzeichen und entblößt von jeglichem sozialen Engagement und Empathie für die Betroffenen.

6. Zusammenfassung

Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne ist keineswegs ein explizites. Es offenbart sich vielmehr an topographischen Strukturen, An-Ordnungen und ihren Artefakten, den Versuchen der Grenzverschiebungen und Transferierungen psychiatrischer Kompetenzen in weitere Gegenstandsbereiche. Damit verweist es stets auch auf seinen Gegenpart, nämlich ein Nicht-Wissen, welches lediglich indirekt als Suche nach einer Normalität und Nicht-Normalität zum Vorschein kommt. Die vorliegende Arbeit geht jenem, primär mit versorgungstechnischen Praktiken begegneten und oftmals scheinbar selbstverständlichen Wissensrepertoire nach und richtet dabei den zur historischen Analyse nötigen Blick auf die Praxis. Die Gründung der Anstalt *Am Steinhof* vermochte den vielfältigen, bereits seit dem späten 19. Jahrhundert in Grundzügen vorhandenen Reformansätzen der stationären psychiatrischen Behandlung eine nun auch räumlich adäquate Basis zu geben. Hierzu zählte die Weiterentwicklung unterschiedlicher therapeutischer Konzepte, die unter dem zeitgenössischen Stichwort „von der Isolierung zur Individualisierung“ zusammengefasst und argumentativ zur Abgrenzung von früheren Formen der psychiatrischen Versorgung eingesetzt wurden. Mittels baulicher Maßnahmen sollte das Beschränken in Zwangsjacken und das Einsperren agitierter Kranker in Zellen zumindest auf normativer Ebene weitestgehend vermieden und durch sogenannte Isolierungen und Bädertherapien ersetzt werden. Auf dem weitläufig ummauerten Anstaltsgelände wurden zahlreiche Möglichkeiten für den Ausbau der Beschäftigungs- beziehungsweise Arbeitstherapie geschaffen. Die Bettbehandlung, welche vor allem unmittelbar nach der Aufnahme und in der ersten Zeit der stationären Betreuung zur besseren Beobachtung und Überwachung angewandt wurde, sollte nicht zuletzt den Kranken den Eindruck vermitteln, nicht mehr in einer „Irrenanstalt“, sondern nunmehr in einem Krankenhaus zur aktiven Behandlung psychischer Leiden untergebracht zu sein.

Die Reformen der vielfach propagierten `modernen Anstaltspsychiatrie´ bauten auf dem seit dem 19. Jahrhundert traditionellen Konzept auf, welches dem stationären Aufenthalt per se eine therapeutische Wirksamkeit zugeschrieben hatte. Mit der angestrebten freien und individuellen Behandlung waren die Trias Wissenschaft,

Humanität und Fortschritt zugleich aufgerufen, welche die gedankliche Voraussetzung für eine reformorientierte Praxis der psychiatrischen Versorgung bildeten. Die damals wie auch heute noch imposante Architektur der zum Zeitpunkt der Erbauung größten europäischen Institution für psychisch Kranke sollte die benannten Grundsätze der `modernen Anstaltspsychiatrie´ auch nach außen hin deutlich sichtbar machen. Die Einrichtung der am Stadtrand von Wien gelegenen Anstalt bedeutete zugleich die nun auch topographisch vollzogene Trennung von der psychiatrischen Klinik, welche sich mit der wenige Jahre vor der Anstaltsgründung erfolgten Anerkennung der Disziplin als obligatorisches Prüfungsfach hauptsächlich der Forschung und Lehre widmete.

Im Zuge dieser auch in anderen europäischen Städten stattfindenden Entwicklung etablierte sich die Anstaltspsychiatrie als ein nun eigenständiger Wissensraum. Inwiefern bildete sich mit der Gründung der Anlage *Am Steinhof* ein spezifischer „Ort der Moderne“ heraus?⁹⁷⁹ Um welches Wissen handelte es sich bei der enorm erweiterten stationären psychiatrischen Versorgung? Die vorliegende Arbeit zeigt, dass diese beiden Fragen untrennbar miteinander verbunden sind. Denn viele der Neuerungen erstreckten sich auf eine im Vergleich zum 19. Jahrhundert wesentlich erweiterte Klientel. Der Grund des Patientenzuwachses wurde von Zeitgenossen sehr unterschiedlich diskutiert. Zum einen korrespondierte die Angst vor einer rasant steigenden Zahl der Kranken mit der weitverbreiteten Degenerationstheorie. Zum anderen waren es vielfältige Bemühungen der Psychiatrie selbst, welche auf den verstärkten Einschluss von nunmehr Kranken zielten. Sowohl die klinische als auch die weiter versorgende Ausrichtung der Disziplin waren vor allem an einem früheren Zeitpunkt des Behandlungsbeginns ihrer Patienten interessiert, da sie sich von einem solchen sowohl bessere Möglichkeiten zur Beobachtung, als auch höhere Heilungschancen innerhalb ihrer, im Allgemeinen nicht sehr prestigereichen Disziplin erhofften.

Ab den 1870er Jahren wurden zahlreiche Statistiken von sowohl innerhalb als auch außerhalb der institutionellen Versorgung befindlichen psychisch Kranken erstellt. Das Streben nach Daten und der Versuch eines Erfassens des Gesundheitszustandes der Bevölkerung verweist vor allem auf die neuartige Aufmerksamkeit der Landesverwaltung und auch der Psychiatrie selbst, die aber

⁹⁷⁹ GEISTHÖVEL, KNOCH (Hg.), Orte der Moderne.

nicht notwendigerweise dem Bedrohungsszenario der Degenerationstheoretiker entsprechen musste. An dieser Stelle setze ich mich auch deutlich von der längere Zeit in der Psychiatriegeschichte vorherrschenden These der Sozialdisziplinierung ab. Demgegenüber aber ist auf die tatsächliche Veränderung eines nunmehr Verwaltungswissens bestimmter psychischer Besonderheiten aufmerksam zu machen, welches in seiner vielfachen Unbestimmtheit einerseits auf ein rein statistisches Erfassen, andererseits mit dem Versuch der Psychiatrie korrespondierte ein Wissen um Vorstellungen geistiger Gesundheit und Krankheit zu etablieren und zu standardisieren. Dieses erneuerte Wissen sollte zukünftig in der psychiatrischen Anstalt seinen Ort und seine Bedeutung zugleich erhalten.

Der reale Zuwachs der Anstaltspopulation begründete sich auf dem Bevölkerungswachstum dieser Zeit, weit mehr aber noch auf der Verlagerung der Versorgungskosten von den Gemeinden auf das Land Niederösterreich. Die zunehmend spezifischeren Versorgungsangebote verweisen in ihrer Gesamtheit auf die Etablierung einer nunmehr neuartigen Zuständigkeit für einen, im Vergleich zum späten 19. Jahrhundert deutlich erweiterten Personenkreis. Eben an jener Stelle sind die Charakteristika eines Wissens der `modernen Anstaltspsychiatrie´ zu benennen, die hier und auch an anderen Stellen immer wieder auf spezifische Weise zutage traten. Dieses ist – wie bereits das Überwiegen der Reformen im Bereich der Pflege, aber auch die strukturellen Änderungen, die administrativen Modifikationen und die bürokratische Durchdringung bislang nicht registrierter Bereiche deutlich machten – ein an der Praxis orientiertes Wissen, welches sich nicht notwendigerweise fundamental gewandelt hat, sondern vielmehr Teil eines länger andauernden Umbruchs war. Andererseits zeigt sich ein weiterer charakteristischer Zug des Wissens der Anstaltspsychiatrie, welches auf uneindeutige Zusammenhänge, Verflechtungen oder Unbestimmtheiten mit weitreichenden prospektiven Versprechungen zu reagieren vermochte und auf eine sowohl innere als auch äußere Herstellung einer zu verwaltenden `Wissens-Ordnung´ zielte.

Dieser Ambivalenz zwischen einer realen und einer in naher Zukunft vermuteten Notwendigkeit eines weiteren Ausbaus der stationären Versorgung wurde mit „psychiatrischer Polytechnik“ begegnet. Diese begründete sich erstens auf der ästhetischen Gestaltung des gesamten Anstaltsgeländes, welche nach außen einen geordneten und humanen Umgang mit psychisch Kranken vermitteln wollte. Zweitens sollte dem Leben innerhalb der Institution mittels Neustrukturierung der vielfältigen

Arbeitsabläufe und den zahlreichen Möglichkeiten zur differenzierten Unterbringung der Kranken auf möglichst rationelle Weise begegnet werden. Das spezifische Funktionieren dieses „Ortes der Moderne“ wurde jedoch erst mit dem Zusammenwirken beider benannter Aspekte erzeugt und mit dem Fokus auf das Funktionieren im Inneren, welcher gleich einem Spiegelbild zugleich auf ein äußeres zu kontrollierendes Geschehen verweist, weiter untermauert.

Die Rationalisierung der `modernen Anstaltspsychiatrie´ zeigte sich in Form vielfältiger struktureller Systematisierungen, die in ihren standardisierten Verfahren, Normen und Organisationsweisen das Wissen des auf die Versorgung ausgerichteten Teils der Disziplin speicherten. Die anvisierten psychiatrischen Wahrheitsansprüche wurden auf vielfältige Weise in der Praxis ihres Tuns erzeugt: Ein auch für längere Zeit vorrangig bleibendes Ziel der Anstaltspsychiatrie war die weitgehende Differenzierung ihrer Patienten. Vorerst erlaubte die im Pavillonstil erbaute Institution eine sowohl schicht- als auch geschlechtsspezifische Unterbringung der Kranken, die zudem nach ihrer prognostizierten Heil- oder Unheilbarkeit getrennt behandelt und versorgt werden konnten. Darüber hinaus wurde je nach dem Verhalten der Kranken zwischen „ruhig“, „halbruhig“ und „unruhig“ und im Weiteren auch nach hygienischen und pflegerischen Kriterien unterschieden. Gänzlich neu war die erstmals *Am Steinhof* gebotene Möglichkeit einer freiwilligen Aufnahme, die nicht nur eine zahlungskräftige Klientel ansprechen, sondern zugleich die therapeutischen Möglichkeiten gewissermaßen verifizieren sollte. Die äußerst luxuriöse Ausstattung des Sanatoriums sollte zudem der in der Bevölkerung weitverbreiteten Skepsis, wenn nicht gar Ablehnung der stationären psychiatrischen Versorgung entgegenwirken. Mit dem Pavillonstil waren vielfältige Möglichkeiten zur Differenzierung gegeben, die die traditionelle (innerfachliche) Bedeutungszuschreibung der stationären Behandlung als ein wesentliches Moment zur Heilung psychisch Kranker – nun im wahrsten Sinne des Wortes – weiter untermauerten. Diese Formen der Strukturierung erlaubten der Anstaltspsychiatrie zudem der (angeblichen) Furcht vor den steigenden Patientenzahlen im Sinne rationell begründeter und zugleich aktiver Maßnahmen entgegen zu wirken.

Die differenzierte Anordnung der Kranken korrespondierte mit der streng hierarchischen Ordnung aller Angestellten. Die meisten dieser lebten am Anstaltsgelände und bildeten gemeinsam mit der von den arbeitenden Kranken aufrecht zu erhaltenden und weitgehend als Selbstversorgungsbetrieb konzipierten

Organisationsstruktur in der Tat eine `Insel' am Rande der Stadt. Eine wesentliche Voraussetzung zur Durchführung vieler, der Modernisierung verpflichteten Reformen war die Organisation einer (anstaltsinternen) Ausbildung der Pflegenden und Maßnahmen zu deren sozialen und wirtschaftlichen Besserstellung. Aber auch die in der Anstalt angestellten Mediziner mussten um das Ansehen ihrer Arbeit kämpfen. Im Zuge der Trennung der versorgenden Psychiatrie von der klinischen Ausrichtung der Disziplin wurden manchmal auch kritische Stimmen gegenüber der sonst vielfach gepriesenen `modernen Anstaltspsychiatrie' laut. Denn die Anstaltspsychiater hatten einerseits kaum noch Möglichkeiten eigenständige Forschung zu betreiben, andererseits war auch der tägliche Dienst aufgrund der stetig steigenden Patientenzahlen bedroht zur reinen Verwaltungsroutine zu werden.

Ein nicht unwesentlicher Teil der ärztlichen Tätigkeit bestand in der Führung der Krankenakten. Dieses auch heute noch in vielen Archivmetern dokumentierte Wissen zeugt von einer längeren und kontinuierlichen Entwicklung von einer vorwiegend administrativen hin zu einer ab etwa 1900 verstärkt wissenschaftlich ausgerichteten Funktion dieser Dokumente. Erst der Fokus auf die Medialität und Materialität der Akten erlaubt es die institutionellen Vorgaben ihrer Verfasstheit zu erkennen. Erstens zeigt sich in dieser ab der Jahrhundertwende eine deutlich zunehmende Aufmerksamkeit auf die Dokumentation der sowohl ärztlichen Tätigkeit als auch einer stringenteren Verwaltung der Vielzahl der Kranken. Das Erstellen einer Krankenakte in den jeweils für Männer und Frauen getrennten Aufnahmepavillons diente zweitens nicht nur der Erhebung der ersten Daten und Informationen, sondern erweist sich in seiner vollzogenen Ordnung und formulargesteuerten Korrektheit selbst auch als Quelle der Legitimation des Anstaltsaufenthaltes.

Dieser zweifache und auch in den frühen Jahrzehnten nach Anstaltsgründung ambivalent verbleibende Charakter zwischen einem administrativ geprägten und einem psychiatrisch-wissenschaftlichen Wissen zeigt sich am deutlichsten am Deckblatt der Krankenakte. Anhand der Veränderungen dieser Vordrucke lässt sich ein zunehmendes Interesse auf das Erheben von Daten zur Frage der Erblichkeit psychischer Erkrankungen erkennen. Diejenigen Informationen, die bislang keineswegs systematisch und als Teil mehr oder weniger ausführlichen anamnestischen Erhebungen dokumentiert waren, konnten – trotz der vielfach bestehenden Unbestimmtheiten – mittels des Vordrucks herausgehoben und auf diese Weise zu zählbaren und somit vergleichbaren Daten werden. Aber auch das

Narrativ der eigentlichen „Krankheitsgeschichte“ ist erkennbar vorstrukturiert und folgte in diesen vielfach den institutionellen Vorgaben.

Das in den Akten dokumentierte Wissen der Anstaltspsychiatrie war im Vergleich zu klinischen Aufzeichnungen jedoch in seiner doppelten Funktion zwischen administrativen und wissenschaftlichen Notwendigkeit verblieben. Es umfasste sowohl fachlich relevante, aber tendenziell relativ deskriptive Krankheitsbeschreibungen als auch die für Verwaltung, Versicherung oder zur Rechtfertigung gegenüber Dritten notwendigen Informationen. Diese Ambivalenz lässt sich erstens daran erkennen, dass dieses Wissen vorerst lediglich in Statistiken mündete, die von der Anstaltsleitung herauszugeben waren und in ihrer Funktion ein beredtes Zeugnis des psychiatrischen `Erfassungswissens´ geben. Zweitens zeigten sich insbesondere in den Artefakten des Aufschreibens beträchtliche Schwierigkeiten zwischen der realen Beobachtung und dem Vermögen diese – entsprechend etwaiger späterer Erfordernisse – schriftlich festzuhalten. Dieser Umstand ist nicht zuletzt auch den Gegebenheiten des Schreibens von Krankenakten selbst geschuldet, die keineswegs die Dokumentation unmittelbarer Beobachtungen, sondern vielmehr erst nachträglich und oftmals von rangniederen Ärzten während der regelmäßig beim Direktor der Anstalt stattfindenden Sitzungen gefertigt wurden. Drittens wurden in den Dokumenten stets auch nur diejenigen Besonderheiten vermerkt, die für die Aufzeichnenden selbst und die Verwaltung ihrer Institution relevant waren. All das implizite anstaltsinterne Wissen bleibt dem heutigen Leser verborgen. Dennoch wurde die Sammlung des psychiatrischen Wissens zu einem späteren Zeitpunkt unter dem Vorwand „wissenschaftlicher Zwecke“ wieder herangezogen. Die beschriebene Ambivalenz sollte aber zu für die Betroffenen menschenunwürdige und grausame Folgen nach sich ziehen.

Hintergrund der letztendlich auch an der Aktenführung erkennbaren Beschränkung auf die Verwaltung und Versorgung der Kranken ist die bereits wenige Jahre nach der Eröffnung der Anstalt einsetzende Überbelegung der Anstalt. In der zwar von vorneherein als erweiterbar konzipierten Institution war in einzelnen Pavillons die Zahl der Kranken auf das Doppelte der ursprünglich vorgesehenen Belegzahl gestiegen. Auch die unterschiedlichsten Arten die Patientenströme auf alternative Weise zu lenken und die in einzelnen der Häuser veranlassten Umbaumaßnahmen ließen die hehren Ideen einer „individualisierenden Behandlung“ als immer weniger realisierbar erscheinen. Diese schwierigen Umstände machte die Anstaltspsychiatrie

zu einem nur wenig attraktiven Arbeitsumfeld, die zudem in den Fokus der Medien geraten war, somit die Problematik auch einer breiteren Öffentlichkeit nicht mehr verschlossen blieb. Für die Mediziner waren es nicht nur die Arbeitsverhältnisse selbst, sondern auch die unerfüllte Hoffnung auf ein Erkennen der Ursachen und die mangelnden Möglichkeiten der Behandlung von psychischen Erkrankungen, die diese Disziplin im Allgemeinen nur wenig prestigereich erscheinen ließ. Um der Überfüllung, vor allem aber dem mangelnden Ansehen entgegenwirken zu können zeigte die Anstaltspsychiatrie drastische Rationalisierungstendenzen, die sich an einer der Randgruppen ihrer Insassen, nämlich den straffälligen psychisch Kranken festmachte.

Der komplexe Diskurs sowohl rechtlicher als auch institutioneller Fragen im Umgang mit diesen Personen nahm seinen Anfang bereits etwa ab der Wende zum 20. Jahrhundert. An dieser spezifischen Thematik nahm die stationäre Psychiatrie eine Position ein, die von Einschluss- als auch von Ausschlussverfahren gleichermaßen geprägt war. Die zunehmend in den Fokus der Aufmerksamkeit geratenden Kranken oder Devianten befanden sich oftmals in wechselseitiger psychiatrischer und juristischer Zuständigkeit. Seitens der Psychiatrie wurde einerseits versucht, Diagnose und Ätiologie der vielfach als an der Schwelle zwischen psychischer Gesundheit und Krankheit wahrgenommenen Auffälligkeiten zu benennen. Andererseits galt die Aufnahme dieser Personen als völlig unvereinbar mit der Durchführung der Grundsätze der `modernen Anstaltspsychiatrie`. Viele ihrer Vertreter strebten die Unterbringung der vielfach als „Psychopathen“ oder einfach nur „Minderwertigen“ benannten Personen in eigens zu erbauenden und staatlich geführten Institutionen an, um den komplexen, sowohl juristischen als auch psychiatrischen Problemen – aus ihrer Sicht – gerecht werden zu können. Die neuartige psychiatrische und vielfach eng mit der Degenerationstheorie verbundene Terminologie und die Vorschläge zu einer spezifischen Unterbringung dieser Personen korrespondierten mit der seitens der Strafrechtsreformbewegung propagierten Einführung einer „verminderten Zurechnungsfähigkeit“, die versuchte, die bisherige absolute Entscheidung zwischen geistesgesund und somit vor dem Gesetz voll verantwortlich, oder aber geisteskrank und somit nicht zurechnungsfähig, aufzuweichen. Das Engagement einiger Juristen traf somit auf den Versuch, kriminelles Verhalten psychiatrisch erklärbar zu machen. Mittels institutioneller und legislativer Modelle sollte der Zugriff auf bestimmte Personen erlangt werden, der

zum „Schutz der Gesellschaft“ auch präventiv wirksam sein sollte. Die Forderungen zur Einführung der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ gingen in ihrer psychiatrischen und zunehmend auch eugenisch motivierten Begründung sogar soweit, die Betroffenen auf unbefristete Zeit einer Zwangsunterbringung unterwerfen zu wollen.

Die zahlreichen, allerdings im Stadium eines Entwurfs verbleibenden Vorschläge der Psychiatrie zur Strafrechtsreform waren teilweise eng an eine weitere gesetzlich unregelte Problematik der stationären Versorgung gebunden. Die sich auch international um die Jahrhundertwende mit großer medialer Aufmerksamkeit formierende psychiatriekritische Bewegung wandte sich vor allem gegen unrechtmäßige Anstaltsinternierungen und erzeugte einen Legitimationsdruck der gängigen Praxis. Bestehende rechtliche Regelungen umfassten lediglich Fragen zur Vormundschaft. Stand jemand unter Kuratel, so konnte die betroffene Person auch gegen ihren Willen jederzeit in einer psychiatrischen Institution untergebracht werden. War dies aber nicht der Fall, so lagen jegliche Aufnahme- und Entlassungskriterien im Kompetenzbereich der Anstalt, die diese über ihre Statuten regelte. Seitens der Psychiatrie wollte man sowohl der massiven Kritik entgegentreten als auch die noch aus dem 19. Jahrhundert stammende direkte Koppelung von Dispositionsfähigkeit und Anstaltsbedürftigkeit diversifizieren. An die Stelle der absoluten Entscheidung von entweder „Wahnsinn“ oder „Blödsinn“ sollte nun die psychiatrische Kompetenz treten, die die etwaige Notwendigkeit einer Anstaltsbehandlung unabhängig von einer Verhängung der Vormundschaft festlegen wollte. Mit der 1916 inmitten des Ersten Weltkrieges erlassenen „Entmündigungsordnung“ konnten zwar viele der drängenden und über lange Zeit ungeklärten rechtlichen Fragen einer Regelung zugeführt werden, die Anstaltspsychiater verblieben aber wegen der ihnen entzogenen Kompetenzen bei der Gutachtertätigkeit bitter enttäuscht.

Jenseits des auch als „Entwürdigungsordnung“ bezeichneten Erlasses kam es *Am Steinhof* zu einer Vielzahl kriegsbedingter Umstrukturierungen. Mit der Einberufung weiter Teile der männlichen Angestellten wurde die bis dato geschlechtsspezifisch organisierte Pflege für die Dauer des Krieges nahezu zur Gänze auf Frauen übertragen. Insgesamt verringerte sich der Personalstand sowohl bei den Pflegenden als auch bei den Ärzten auf drastische Weise. Die bestehende Überfüllung wurde aufgrund von Patiententransferierungen aus umkämpften

Gebieten beziehungsweise mangelnder Möglichkeiten zur Entlassung oder Weiterleitung an die zuständigen Gemeinden noch weiter verstärkt. Zudem wurden sowohl verwundete als auch psychisch erkrankte Soldaten und Offiziere *Am Steinhof* untergebracht. Die im Jahr 1915 auf über 4000 Patienten gestiegene Gesamtbelegzahl erfuhr jedoch ab Anfang 1916 eine starke Gegenentwicklung. Die Zahl der Aufnahmen war gesunken, vor allem aber war die Mortalitätsrate aufgrund der mangelhaften Versorgung mit Nahrungsmitteln dramatisch angestiegen. Im Jahre 1917 lag sie bei 26,7% und führte bis zum Ende des Ersten Weltkrieges zu einer regelrechten Entvölkerung der Anstaltsinsassen.

In der darauf folgenden Zeit wurden in der vergleichsweise gering besetzten Anstalt *Am Steinhof* zahlreiche strukturelle Veränderungen vorgenommen. Zu diesen zählte die aus finanziellen Gründen notwendig gewordene Schließung des Sanatoriums, die Übernahme der Anstalt in die Wiener Landesverwaltung und die sozialdemokratisch motivierten Reformen der Arbeitszeiten und der weiteren Ausbildung des Pflegepersonals. Die Zahl der Patienten war bis Ende 1918 auf etwa 2290 Kranke zurückgegangen und die Mortalitätsrate sollte sich auch erst in den folgenden Jahren auf das Niveau vor 1914 einpendeln. Aus dieser diffizilen Lage heraus formulierte die Psychiatrie umso weitreichendere sowohl fachliche als auch bevölkerungspolitische, nämlich zunehmend an der Eugenik orientierende Bedeutungszuschreibungen an ihre eigene Disziplin. Als Antwort auf kriegsbedingte Erkrankungen und die allgemein schwierige soziale Lage reagierten vor allem führende Vertreter der (Anstalts-) Psychiatrie mit großen Versprechungen und zukünftigen Lösungsmodellen.

Zur weiteren Entwicklung der `modernen Anstaltspsychiatrie´ forderten ihre Vertreter nun vehement Reformen, die an dem traditionellen Modell der Differenzierung ihrer Insassen anknüpften. Das Selbstverständnis des eigenen Tätigkeitsbereichs wandte sich insbesondere gegen die als Randgruppen ihrer Insassen angesehenen Patienten, wie die auch bislang schon viel beklagten Alkoholkranken, die an epileptischen Anfällen Leidenden und die als Grenzfälle zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit verorteten „Psychopathen“ und „minderwertigen Personen“. Die unter maßgeblicher Prägung und Leitung von Julius Tandler stehende kommunale Fürsorgepolitik konnte im „Roten Wien“ im Vergleich zu den agrarisch geprägten Bundesländern eine Sonderrolle einnehmen. Die zahlreichen Reformen im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens basierten auf dem Prinzip eines Anrechtes auf Fürsorge, orientierten sich dabei aber an der binären Vorstellung

von „bevölkerungspolitisch produktiven“ und „bevölkerungspolitisch unproduktiven“ Ausgaben. Die in den 1920er Jahren von Sparmaßnahmen stark betroffene stationäre Versorgung der psychisch Kranken zeigt unübersehbar deren Zuordnung zu letzterer Kategorie. Auch die Intensivierung der Arbeitstherapie bis hin zur sogenannten „Zimmerindustrie“ zielte zwar als theoretisches Konzept auf die Aktivierung ihrer Patienten, musste sich aber in der Praxis – und nicht zuletzt deutlich erkennbar an ihren Artefakten – weitgehend an ökonomischen Notwendigkeiten orientieren.

Die in ihrer ideologischen Ausrichtung vorgegebene Ambivalenz des Reformprogramms der Anstaltspsychiatrie sollte sich auch an ganz spezifischen Stellen zeigen. Die angestrebte Wissenschaftlichkeit als gemeinsame Funktionsbasis der sozialdemokratischen Gesellschaft im Allgemeinen und des Wohlfahrtswesens im Besonderen korrespondierte mit vielen und teilweise auch schon länger bestehenden Reformwünschen der Anstaltspsychiatrie. Bereits 1922 konnte *Am Steinhof* eine Abteilung als „Trinkerheilstätte“ unter der Leitung von Rudolf Wlassak eröffnet werden. Die rechtliche Voraussetzung zur Anhaltung von Alkoholsüchtigen war mit der Entmündigungsverordnung von 1916 gegeben. Dieser Erlass sah insbesondere für Alkoholiker und andere Suchtkranke die Möglichkeit einer beschränkten Vormundschaft vor, welche aber mit der Einwilligung der Betroffenen zu einer sechsmonatigen Entzugsbehandlung hintangehalten werden konnte. Diese Regelung ermöglichte eine Alternative zu der lange Zeit umstrittenen Frage, ob zwangsweise oder freiwillige Entwöhnungskuren erfolgsversprechender seien. Zudem bot sie Raum für die medizinische Zuständigkeit einer bislang gesellschaftlichen und sozialen Problematik.

Der Betrieb der erstmals in Europa in unmittelbarer Verbindung zu einer psychiatrischen Anstalt stehenden Trinkerheilstätte wurde systematisch organisiert. Die der Institution *Am Steinhof* inhärente, nämlich streng geordnete und disziplinierte Lebensführung, aber auch die Einbindung in bereits gegebene administrative und organisatorische Strukturen boten hierzu große Vorteile. An Stelle der keineswegs neuartigen `Gesinnung` der Notwendigkeit einer Totalabstinenz trat nun in Abgrenzung dazu der `ärztliche Grundsatz`, der den Erfolg des Entzugs versprach. Begleitende Maßnahmen der Alkoholentwöhnung waren die strikte Regelung des Alltags, eine regelmäßige Beschäftigung und eine intensive psychologische und ideologisch geprägte Betreuung, aber auch der Ausbau der weitergehenden

Begleitung in Abstinenzvereinen. Ein wesentlicher Aspekt für den therapeutischen Erfolg der Trinkerheilstätte war erstens die richtige und in hohem Maße von implizitem Wissen bestimmte Auswahl der hierzu „geeigneten Patienten“ aus der Vielzahl der *Am Steinhof* internierten Alkoholiker. Zweitens war hierzu, wie die Verantwortlichen vielfach betonten, `Erfahrung` nötig. Denn erst die psychiatrische – und ebenfalls kaum explizit gemachte – Expertise konnte gemeinsam mit der Auswahl erfolgsversprechender Patienten die Gratwanderung zwischen der nur ansatzweise gegebenen Möglichkeit zur Anhaltung der betroffenen Personen und den neuen therapeutischen Ansätze bestehen helfen.

Der nur geringen Anzahl der auf der Trinkerheilstätte Aufnahme findenden Alkoholkranken stand eine wesentlich größere Zahl an sogenannten „Unheilbaren“ gegenüber. Das auf Wissenschaftlichkeit basierende Vorgehen implizierte stets auch die Kehrseite, nämlich weitergehende Forderungen nach rigorosen rechtlichen Maßnahmen für die als nicht behandelbar angesehene und quantitativ weit größere Anzahl der chronischen Alkoholiker. Diese sollten in psychiatrisch geleiteten „Trinkerasylen“ untergebracht werden, die keineswegs zum Zweck der medizinischen Behandlung, sondern vielmehr zum „Schutz der Gesellschaft“ eingerichtet werden sollten. Ähnlich den Forderungen nach einer zeitlich unbestimmten und zwangsweisen Unterbringung von straffälligen psychisch Kranken fanden auch diese Forderungen keinerlei rechtliche Umsetzung, die Praxis war in den 1920er Jahren weitgehend von sozialpsychiatrischen Maßnahmen bestimmt.

Strukturelle Ähnlichkeiten zur Behandlung und Fürsorge von Alkoholkranken lassen sich ebenso beim Ausbau der offenen Fürsorge erkennen. Auch hier handelte es sich keineswegs um gänzlich neue Überlegungen. Alternativen zur stationären Betreuung wie die Familienpflege, vereinzelte Versuche von Ausgleichszahlungen und sogenannte „Pflegerkolonien“ gab es teilweise auch schon vor der Wende zum 20. Jahrhundert. Die Verwaltung der nach dem Ende des Ersten Weltkrieges aufgrund schwieriger sozialer Lebensumstände wieder überfüllten Anstalt sah sich auch aus finanziellen Gründen gezwungen, den bisherigen Anspruch der therapeutischen Bedeutung eines Anstaltsaufenthaltes aufzugeben. Diese ideologische „Überwindung der Anstaltsmauern“ geschah auf zweifache Weise: Einerseits wurden stationäre Aufnahmen hintangehalten, andererseits forcierte die Anstaltsleitung raschere Entlassungen. Mit der 1926 eröffneten „Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke“, die in enger sowohl administrativer als auch personeller

Verbindung zur Anstalt *Am Steinhof* stand, wurde hierzu die organisatorische Basis geschaffen.

Die im „Roten Wien“ als „produktive Ausgabe“ verbuchte unentgeltliche Beratungstätigkeit erlaubte einerseits den Ausbau der vor allem psychosozialen Zuständigkeit in weitere Bevölkerungskreise. Andererseits zielte man mit dieser Maßnahme nicht nur auf eine quantitative sondern auch eine qualitative Änderung der stationären Patienten, bei denen nun weniger die Versorgung sondern die medizinische Behandlung im Vordergrund stehen sollte. Mit dem 1927 forcierten Ausbau des ambulanten Tätigkeitsbereiches hin zu einer „nachgehenden Fürsorge“ sollten nun auch Personen erreicht werden, die bislang nicht freiwillig in die Beratungsstelle gekommen waren. Die von ökonomischen und sozialpsychiatrischen Bestrebungen geleitete und auf eine individuelle Betreuung ausgerichtete Fürsorge zeigt jedoch an dieser Stelle besondere Charakteristika. Denn spätestens 1927 zielte die ambulante Betreuung verstärkt auf eine kollektive Gesundheitspflege, deren Zweck euphemistisch als „Schutz der Gesellschaft“ benannt wurde. In dieser ideologischen Veränderung und noch viel mehr mit ihrem Versuch entsprechender Datenerfassungen schuf sie bereits strukturelle Voraussetzungen des späteren, inhumanen Umgangs mit psychisch Kranken.

Die Fürsorge und Behandlung von an Epilepsie erkrankten Personen zeigt Ähnlichkeiten wie auch Besonderheiten im Vergleich zu der fachlichen Betreuung von Alkoholikern und psychisch Kranken, die nicht zwingend einer stationären Aufnahme bedurften. Auch in diesem Bereich verweisen bereits die vor der Wende zum 20. Jahrhundert verstärkt erschienenen Publikationen auf eine neuartige Aufmerksamkeit seitens der (Anstalts-) Psychiatrie. Die Besonderheit beziehungsweise Schwierigkeit dieser Erkrankung war die lange Zeit offene und umstrittene Frage, wie diejenigen, die zwar regelmäßig epileptische Anfälle hatten, aber (noch) nicht in dem Stadium waren, auch psychisch krank zu sein, versorgt werden sollten. Für diese Kranken sah sich die Anstaltspsychiatrie nicht zuständig, nicht zuletzt auch, da Epileptiker in ihrem Charakter als besonders schwierig galten und im Falle auftretender Anfälle besonders betreuungsintensiv waren. Die auch schon im frühen 20. Jahrhundert diskutierten Betreuungsmodelle – als ideale Variante galt wiederum eine eigens zu schaffende Institution – konnten nicht realisiert werden. Nach Kriegsende wurde, vermutlich aufgrund freier Kapazitäten, sogenannten „geistesgesunden Epileptikerinnen“ im Aufnahmepavillon der

Frauenseite Aufnahme gewährt. Die auch quantitativ nur unbefriedigende Lösung wurde zudem von den Betroffenen wegen der Lage innerhalb einer Anstalt für psychiatrische Patienten oftmals abgelehnt.

Bis zu diesem Zeitpunkt stand vor allem die Frage der adäquaten Versorgung im Vordergrund. Mit der 1925 *Am Steinhof* eröffneten „therapeutischen Versuchsstation für Epileptiker“ vollzog sich eine signifikante Änderung hin zu einer nun klinisch ausgerichteten Abteilung. Die Führung dieser Station war ähnlich der Trinkerheilstätte ganz an eine einzelne, von außerhalb des Anstaltsbetriebes kommende Person gebunden und verweist auf die absolute Neuartigkeit des Vorgehens. Ein wesentlicher Unterschied zwischen diesen beiden relativ kleinen Spezialabteilungen bestand allerdings darin, dass in letzterem Falle der gesellschaftlich-politische Hintergrund nicht gegeben war, somit deren Etablierung keine weitergehende Unterstützung erfahren hatte. Felix Frisch, Physiologe und Leiter der Versuchsabteilung konzentrierte sich in seiner Forschung ganz auf die Untersuchung des Stoffwechsels der Epileptiker. Die beobachteten und als ursächlich betrachteten Schwankungen des körpereigenen Eiweißhaushaltes versuchte er in ein therapeutisches Verfahren umzusetzen. Analog zu der populären Impftherapie der progressiven Paralyse von Wagner-Jauregg, zielte er darauf, auch für Epileptiker eine im Tierversuch angeblich erfolgreiche „Reizkörpertherapie“ zu entwickeln. Hierzu immunisierte er schwer demente und aufgrund der Aussichtslosigkeit des Stadiums ihrer Erkrankung nicht mehr therapierbare Epileptiker versuchsweise mit Ricin. Diese Forschungen fanden bereits nach zwei Jahren ihr Ende, die „therapeutischen Versuchsstation“ wurde, vermutlich im Zusammenhang mit den stark ansteigenden Patientenzahlen *Am Steinhof* und den allgemeinen Sparmaßnahmen geschlossen. Das aufgrund finanzieller Engpässe bereits stark gedrosselte Engagement der folgenden Jahre richtete sich nicht mehr auf die Behandlung einiger weniger Epileptiker, sondern stellte verstärkt die Frage nach der institutionellen Versorgung aller davon betroffenen Personen. Die bisherige Unterbringung in psychiatrischen oder Versorgungsanstalten sollte jedoch keine Veränderung mehr erfahren.

Die Entwicklung der Wiener Anstaltspsychiatrie in den beiden ersten Jahrzehnten ihres Bestehens verweist auf weitgespannte Ambivalenzen, die erst mit Blick auf das Wissen in der Praxis erfahrbar sind. Die großartige Anlage, das enorme Ausmaß der Dimension der Institution *Am Steinhof* und die vielfältigen Reformen der `modernen

Anstaltspsychiatrie´ knüpften an das Primat der stationären Versorgungsform des 19. Jahrhunderts an. In den 1920er Jahren wurde dieses – mit unterschiedlichen Erfolgen – versucht in Richtung einer Spezialisierung einzelner Bereiche weiterzuentwickeln. Die bei der Anstaltsgründung vorgegebene, vor allem topographische Segregation wurde in eine Differenzierung „produktiver“ und „unproduktiver“ Ausgaben des Sozial- und Gesundheitswesens transferiert und dabei maßgeblich von der Budgetpolitik des „Roten Wien“ geprägt. Trotz der vielfach starken Einflüsse der Eugenik verblieb die Praxis während dieser Zeit primär sozialpsychiatrisch ausgerichtet. Die Reformer der `modernen Anstaltspsychiatrie´ knüpften jedoch spätestens ab den 1920er Jahren an ihre neu propagierten Zuständigkeiten weitergehende rigorose Ausschlussverfahren, die auch weit über die Belange ihrer medizinischen Tätigkeit hinausgingen. Die vorliegende Arbeit lenkte die Aufmerksamkeit weniger auf explizit wissenschaftliche Kenntnisse, sondern auf grundlegende Strukturen der Systematisierung und Organisation der sozialen und institutionellen Praktiken. Die auf bestimmte Patientengruppen und Erkrankungsformen gerichtete psychiatrische Aufmerksamkeit, der zunehmende Fokus auf Maßnahmen zum „Schutz der Gesellschaft“, aber auch Erfassungssysteme wie die der nachgehenden Fürsorge, das Erstellen von Statistiken außerinstitutioneller Bevölkerungsschichten, oder das in den Krankenakten gespeicherte Wissen, vor allem aber die ursprünglich keineswegs zielgerichtete Sammlung der patientenbezogenen Dokumentation verweisen in ihrer Gesamtheit jedoch auf ein im hohen Maße ambivalentes `Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne´. Dieses umfasste sowohl materielle als auch strukturelle und ideologische Faktoren, die den nur wenige Jahre späteren menschenverachtenden und inhumanen Umgang mit psychisch Kranken den Boden zu bereiten vermochten. Mit diesen schrecklichen Geschehnissen sollte jedoch die Anstalt *Am Steinhof* weder eine zum Schutz ihrer Kranken abgeschlossene und schon gar keine rettende Insel mehr sein.

7. Quellen- und Literaturverzeichnis

7.1. Unpublizierte Quellen

Wiener Stadt- und Landesarchiv (WStLA)

Mag. Abt. 209:

- Serie A 1, Allgemeines Verwaltungsprotokoll Baumgartner Höhe (Direktionsakten): 1904 bis 1930
- Krankenakten A 11.1. (1918-1927)
- A 11.2. (1928-1938)
- B 5, Standesprotokolle, Nr. 1 bis 57 (1907-1930)
- Indizes zu den Krankenakten: B 6.1; B 6.2; B 11.1; B 11.2; B 13; B 14
- B 12, Hauptstandesprotokoll des Sanatoriums, Nr. 1 bis 3 (1907-1922)

Personalakte Ernst Gabriel

Staatsarchiv (ÖStA)

Kriegsarchiv (KA), Generalkomm. Wien, Präs. 47, 1917, Karton 821, Erlass des k.u.k. Kriegsministerium, Abt. 1, Nr. 5025

Universitätsarchiv Wien (UAW)

Medizinische Dekanatsakten:

- 233 / 1869
- 314 / 1869
- 403 / 1870
- 7088 / 1870
- 16469 / 1873
- 38 / 1873 und 1874
- 109 / 1873 und 1874

Personalakten: Moriz Benedikt, Josef Berze, Emil Raimann

Otto Wagner Spital der Stadt Wien (ehemals: *Am Steinhof*)

- Normaliensammlung der Anstalt *Am Steinhof*
- Handschriftlich verfasstes Konferenzprotokoll (Vom 31. Jänner 1908 bis 16. Februar 1921)

Stenographische Protokolle des Niederösterreichischen Landtags (STPNÖ): 1903 – 1905, 1915

7.2. Publierte Quellen

Anonym, Ärztliche Berichte über die kaiserlich-königliche Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Wien in den Jahren 1853 bis 1856 (Wien 1858)

Anonym, Die Ausstellung der Wiener Landes-Irrenanstalt zur Feier des 25jährigen Jubiläums 1878. In: Psychiatrisches Centralblatt 8 (1878) 121-124

Anonym, Über die Erhebung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten. In: Jahrbücher für Psychiatrie 6 (1886) 225-233. Bericht über den österreichisch-ungarischen Psychiatertag

Anonym, Die Trinkerfrage im Lande Niederösterreich. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 56 (1899) 303-305

Anonym, Die Kaiser Franz Joseph-Landes-Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 251-260

Anonym, Erläuterungen zur Bauvollendung der Kirche der niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten (Wien 1907). Sonderabdruck am Wiener Institut für Geschichte der Medizin

Anonym, Zum Bau von Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 53-55

Anonym, In: Zeitschrift für Krankenanstalten. Halbmonatsschrift für Bau, Einrichtung, Ausstattung, wirtschaftlicher Betrieb, Organisation und Verwaltung 5 (1909) 367

Anonym, Bericht über den österreichischen Irrenärztetag. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 376-412

Anonym, Bericht der statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 15 (1913/14) 1-4

Anonym, Epileptikerfürsorge in Niederösterreich. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 22 (1920/21) 83-84

Josef AINGINGER, Der Einfluß der Arbeit auf die Psyche des Menschen. In: Wiener Klinische Wochenschrift 41 (1936) 1256-1258

Gabriel ANTON, Krankhafte Störungen und Hemmungen der geistigen Entwicklung. In: Paul DITTRICH (Hg.), Forensische Psychiatrie Bd. 2 (=Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit 8) Wien, Leipzig 1908, 311-384

Gustav ASCHAFFENBURG, Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geistesranke (Berlin 1912)

Adolf ASPER, Die strafrechtliche Sicherung der Gesellschaft vor gemeingefährlichen verbrecherischen Geisteskranken. In: Archiv für Kriminalanthropologie 70 (1918) 1-131

Charles BACH, Psychiatrische Polytechnik. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 328-334

Abraham Adolf BAER, Der Alcoholismus. Seine Verbreitung und seine Wirkung auf den individuellen und socialen Organismus sowie die Mittel, ihn zu bekämpfen (Berlin 1878)

Franz BERGER, Baubeschreibung der n.-ö. Landes-Heil- und Pflege-Anstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 233-239

Hans BERTHA, Die Einwirkung der psychiatrischen Therapie auf die Anstaltspflege. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 46 (1944) 133-139

Josef BERZE, Gehören gemeingefährliche Minderwertige in die Irrenanstalt? In: Wiener Medizinische Wochenschrift 26 (1901) 1251-1256

Josef BERZE, Vorläufige Entgegnung auf vorstehenden Artikel [Meinungsdissonanzen der sachverständigen Psychiater; S.L.]. In: Archiv für Kriminalanthropologie 12 (1903) 311-314

Josef BERZE, Falsche Humanität. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 24 (1904) Sp. 1135f.

Josef BERZE, Bauliche Beschreibung und Geschichte der alten Anstalt. in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 221-226

Josef BERZE, Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten der klinischen und Abteilungsärzte, welche an der n.-ö. Landesirrenanstalt in Wien in der Zeit von 1853 bis 1907 tätig gewesen sind. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 248-259

Josef BERZE, Über das Verhältnis des geistigen Inventars zur Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit (=Juristisch-Psychiatrische Grenzfragen) Halle an der Saale 1908

Josef BERZE, Über die sogenannte Moral insanity und ihre forensische Bedeutung. In: Archiv für Kriminalanthropologie 30 (1908) 123-151

Josef BERZE, Dubief und die französischen Anstaltsärzte. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 245-250

Josef BERZE, Die hereditären Beziehungen der Dementia praecox. Beitrag zur Hereditätslehre (Leipzig, Wien 1910)

Josef BERZE, Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität (Leipzig, Wien 1914)

Josef BERZE, Über die Bedeutung der Psychologie für die Psychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 16 (1914/15) 182-186 und 194-196

Josef BERZE, Die neue Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 19 (1917/18) 305-307

Josef BERZE, Die Entmündigungsordnung und die Irrenanstalten. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 39 (1919) 47-116

Josef BERZE, Die Reform der Irrenfürsorge. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 41 (1922) 197-231

Josef BERZE, Die städtische Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke. In: Blätter für das Wohlfahrtswesen 26 (1927) 30-33

Josef BERZE, Hans W. GRUHLE, Psychologie der Schizophrenie (Berlin 1929)

Josef BERZE, Zur Frage des Schutzes der Gesellschaft vor gemeingefährlichen Kranken. In: Wiener Klinische Wochenschrift Band 50 (1937) 280-285

Bernhard BEYER, Zur Abwehr der Presse-Angriffe. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 13 (1911/12) 313

Ernst BISCHOFF, Lehrbuch der Gerichtlichen Psychiatrie für Mediziner und Juristen (Berlin, Wien 1912)

- Ernst BÖCK, Ideen zu einer Grundreform des Irrenpflegewesens. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 10 (1892) 295-298
- Theophil BOGDAN, Reisebericht anlässlich des geplanten Neubaus der Anstalten *Am Steinhof*. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 5 (1903/04) 333-339
- Johannes BRESLER, Zur Eröffnung der niederösterreichischen Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien XIII. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 213-215
- Johannes BRESLER, Zur Symptomatologie der Epilepsie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 245-246
- Johannes BRESLER, Gegenwärtiger Stand des Irrenwesens. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 253-262
- Johannes BRESLER, Über Misshandlungen von Anstaltsgeisteskranken durch Pflegepersonen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 141-142
- Johannes BRESLER, Der wissenschaftliche Betrieb in den öffentlichen Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 223-226
- Johannes BRESLER, Der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 263-266 (Zusammenfassung der Stellungnahmen diverser Anstaltsärzte)
- Johannes BRESLER, Zur Geschichte der Anwendung von prolongierten und Dauerbädern bei Geisteskrankheiten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 14 (1912/13) 454-455
- Johannes BRESLER, Betrachtungen über geistige Prophylaxe. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 28 (1926) 271-279 und 285-288
- Johannes BRESLER, Zur Prozentzahl der beschäftigten Pfleglinge in den Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 28 (1926) 351-355
- Maria BREUER, Die Fürsorge für Geistesranke und Nervöse außerhalb der Anstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 27 (1925) 110-115 und 119-122
- Walter CIMBAL, Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten und krankheitsverdächtiger Zustände. Eine Anleitung für Mediziner und Juristen insbesondere für beamtete Ärzte (Berlin 1. Aufl. 1909; 3. Aufl. 1918)
- Heinrich DAMEROW, Ueber die relative Verbindung der Irren-Heil- und Pflegeanstalten in historisch-kritischer, sowie in moralischer, wissenschaftlicher und administrativer Beziehung. Eine staatsarzneiwissenschaftliche Abhandlung (Leipzig 1840)
- Richard DANGL, Die Unterbringung der unzurechnungsfähigen und der vermindert zurechnungsfähigen Kriminellen. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 46 (1929) 79f.
- DEITERS, Zweiter Bericht über die Fortschritte des Irrenwesens. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 5 (1903/04) 141-146
- Anton DELBRÜCK, Ueber Trinkeranstalten. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 311-316

Dienstvorschriften für die Ärzte. Niederösterreichische Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien, XIII. Sonderabdruck am Wiener Institut für Geschichte der Medizin

Erklärung der Ärzte der n.-ö. Landes-Irrenanstalten „am Steinhof“, Wien XIII. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 434-435

Bruno DRASTICH, Organisatorisches über Kriegsneurosen und -psychosen. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 68 (1918) Sp. 2053 -2064

Rudolf DREIKURS, Die soziale Fürsorge in der Psychiatrie. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 44 (1925) 247-266

Rudolf DREIKURS, Fürsorgewesen. In: Wiener Klinische Wochenschrift 39 (1926) 602-605

Rudolf DREIKURS, Ueber den gegenwärtigen Stand und die Probleme der Geisteskrankenfürsorge in Wien. In: Wiener Klinische Wochenschrift 39 (1926) 869-872

Erklärung der Sekundärärzte der n.-ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalt in Mauer-Öhling. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 457-458

Max FISCHER, Zum Bau der Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908) 145-147

Anton W. FISCHGRAFE, Über die Trinkerfürsorge in den letzten 30 Jahren (Berlin 1931)

Adolf A. FRIEDLÄNDER, Die soziale Stellung der Psychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 12 (1910/11) 258-266

Karl FRIEDMANN, Beitrag zur Beschäftigungstherapie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 34 (1932) 497-500

Felix FRISCH, Ernst FRIED, Blutkalk und Adrenalinwirkung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 39 (1926) 1389-1391

Felix FRISCH, Das Serumeiweißbild als führendes Prinzip therapeutischer Versuche bei Epilepsie. In: Wiener Klinische Wochenschrift 41 (1928) 838-843

Felix FRISCH, Das „vegetative System“ der Epileptiker (=Monographien aus dem Bereich des Gesamtgebietes der Neurologie und Psychiatrie) Berlin 1928

Felix FRISCH, Einige stoffwechselbiologische Richtlinien zur Epilepsiebehandlung. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 78 (1928) 1356-1358

Felix FRISCH, Zur Behandlung des status epilepticus und der gehäuften kleinen Anfälle (Pyknolepsie). In: Wiener Klinische Wochenschrift 42 (1929) 626-627

Felix FRISCH, Ueber den therapeutischen Pneumocephalus im Kindesalter. In: Wiener Klinische Wochenschrift 43 (1930) 615-618

Felix FRISCH, Probleme und Grundlagen der Epilepsiebehandlung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 47 (1934) 843-847 und 873-876

Felix FRISCH, Die Epilepsie. Biologie, Klinik, Therapie (Wien, Leipzig, Bern 1937)

Johann FRITSCH, Nachruf Theodor Meynert. In: Jahrbücher für Psychiatrie 11 (1893) 3f.

- Johann FRITSCH, Willensfreiheit und Zurechnungsfähigkeit. In: : Paul DITTRICH (Hg.), Forensische Psychiatrie, Bd.,1 (=Handbuch der ärztlichen Sachverständig-Tätigkeit 8) Wien, Leipzig 1908, 1-41
- Alfred FUCHS, Zur Statistik der Nervenkrankheiten. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 35 (1915) 1-26
- W. FUCHS, Wirtschaftliche Neuorientierung in der Anstaltspsychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 24 (1922/23) 2-5
- Ernst GABRIEL, Die Trinkerheilstätte der Gemeinde Wien. In: Blätter für das Wohlfahrtswesen 30 (1931) 241-244
- Ernst GABRIEL, Erfolge und Wirtschaftlichkeit der Trinkerheilstätte „Am Steinhof“. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 34 (1932) 500-503 und 505-507
- Ernst GABRIEL, Die Wahl der Behandlungsmethode nichtgeisteskranker Trinker. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 35 (1933) 357-359
- Robert GAUPP, Zur Frage der kombinierten Psychosen. In: Centralblatt für Neurologie und Psychiatrie 6 (1903) 766-787
- Moriz GAUSTER, Die neuen statistischen Tabellen zur Darstellung der Jahresbewegung in den österreichischen Irrenanstalten. In: Psychiatrisches Centralblatt 9 und 10 (1872) 108-112
- Moriz GAUSTER, Ueber öffentliche Fürsorge zur Verminderung des Alkoholismus. In: Psychiatrisches Centralblatt 2 (1874) 17-22
- Moriz GAUSTER, Memorandum des Vereins für Psychiatrie und forensische Psychologie in Wien, über die Nothwendigkeit einer Irrenzählung. In: Psychiatrisches Centralblatt 5 (1877) 1-7, 17-22 und 25-28
- Moriz GAUSTER, Die Frage der Irrengesetzgebung in Österreich. In: Jahrbücher für Psychiatrie 7 (1887) 297-321
- Moriz GAUSTER, Zur Frage der Trinkerasylo. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 8 (1889) 333-341
- Moriz GAUSTER, Die Gemeindeversorgung und die armen Geistessiechen. In: Jahrbücher für Psychiatrie 10 (1892) 278-295
- GEMEINDE WIEN (Hg.), Das Neue Wien. Städtewerk, Band 1 (Wien 1926)
- GEMEINDE WIEN (Hg.), Das Neue Wien. Städtewerk, Band II (Wien 1927)
- Fedor GERENYI, Die Trinkerasylo Englands und die projectirte Trinkeranstalt für Niederösterreich vom Standpunkte der Administration (Wien 1893)
- Fedor GERENYI, Der gegenwärtige Stand der Irren-, Trinker- und Idiotenversorgung in Nieder-Oesterreich. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 81-84
- Fedor GERENYI, Die Bewegung gegen den Alkoholismus in Niederösterreich. In: Rudolf WLASSAK, Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus (Leipzig, Wien 1902) 369-383
- Fedor GERENYI, Die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 216-221

Fedor GERENYI, Irrenpflege und Verwaltung. Vortrag, gehalten auf dem III. Internationalen Kongress für Irrenpflege, Wien 1908. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 393-399

Adalbert GREGOR, Lehrbuch der psychiatrischen Diagnostik (Berlin 1914)

Andreas HAIDINGER, Das wohlthätige und gemeinnützige Wien. Eine ausführliche Beschreibung der in der k.k. Haupt- und Residenzstadt zum allgemeinen Besten bestehenden öffentlichen und Privatanstalten (Wien 1844)

Fritz HARTMANN, Die biologischen Aufgaben des Nervensystems als Grundlage der Lehre von den Erkrankungen derselben (Wien, Leipzig 1909)

Fritz HARTMANN, Referat über Kranksinnigenstatistik. In: Ebd., 173-192. Anhang zum vorstehenden Referate. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 34 (1913) 193-203

August HEGAR-WIESLOCH, Ueber Arbeitsentlohnung in unseren Irrenanstalten. In: Wiener klinische Wochenschrift, Bd. 20, Nr. 13 (1907) 393

Alfred HELLWIG, Zur Lösung der Irrenfrage in Mähren. In: Prager Medizinische Wochenschrift 28 (1903). Sonderabdruck aus der Bibliothek der Medizinhistorischen Bibliothek in Wien (ohne Seitenangabe)

Heinrich HERSCHMANN, Die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung der geisteskranken und psychopathischen Verbrecher. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 45 (1927) 221-275

Heinrich HERSCHMANN, Die Unterbringung der unzurechnungsfähigen und vermindert zurechnungsfähigen Rechtsbrecher. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 46 (1929) 66-75

Johannes HERTING, Verminderung der Kosten für Geistesranke. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 25 (1923/24) 252-256

Margit HERZ, Die Wohnungsnot als auslösendes und inhaltliches Moment bei Neurosen und Psychosen. In: Wiener klinische Wochenschrift 37 (1924) 1213-1215

Joseph Adolf HIRSCHL, Die Aetiologie der progressiven Paralyse. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 14 (1896) 321-323

Hans HOFF, Lehrbuch der Psychiatrie. Verhütung, Prognostik und Behandlung der geistigen und seelischen Erkrankungen, Bd. 1 (Basel, Stuttgart 1956)

Eduard HOFMANN, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin mit gleichmäßiger Berücksichtigung der deutschen und österreichischen Gesetzgebung. (11. Auflage; Wien 1927)

Eugen HOFMOKL, Wiener Heilanstalten. Darstellung der baulichen Anlage und Einrichtung (Wien 1910). Sonderabdruck aus der Beilage zur Wochenschrift „Das Österreichische Sanitätswesen“ Nr. 19 (1910)

Edmund HOLUB, Wir und die Öffentlichkeit! In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 357-361

Edmund HOLUB, Niederösterreichische Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien XIII. In: Heinrich SCHLÖSS (Hg.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild (Halle 1912) 178-189

Edmund HOLUB, Die Ärzefrage in den Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 22 (1920/21) 201-203

Hugo HOPPE, Die Alkoholabstinenz in Irrenanstalten. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 507-510

- Alfons HUBER, Die offene Fürsorge für Geisteskranke im Jahre 1928. In: Blätter für das Wohlfahrtswesen 28 (1929) 30-31
- HUMMEL, Der Einfluss der Blockade auf die Sterblichkeit an Tuberkulose und auf das pathologisch-anatomische Bild der Lungentuberkulose bei Anstaltsinsassen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 21 (1919/20) 36-37
- Georg ILLBERG, Über den Umfang der Arbeitstherapie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 28 (1926) 433-435
- Ernst KALMUS, Skizze über den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge in Böhmen und daraus abzuleitende Forderungen nach Weiterausgestaltung derselben. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 347-349
- Johann Joseph KNOLZ, Darstellung der Humanitäts- und Heilanstalten im Erzherzogthum Oesterreich unter der Enns als Staatsanstalten und Privatwerke nach ihrer damaligen Verfassung und Einrichtung (Wien 1840)
- W. KNUST, Wie können unsere Irrenanstalten verwertet werden? In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 21 (1919/20) 15-17
- Gustav KOLB, Inwieweit sind Änderungen im Betriebe der Anstalten geboten? In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 22 (1920/21) 133-144, 149-154 und 163-176
- Richard KRAFFT-EBING, Gutachten über die Erteilung des psychiatrischen Unterrichts. In: Psychiatrisches Centralblatt 6 (1876) 47-49 und 57-59
- Richard KRAFFT-EBING, Ueber die Zunahme der progressiven Paralyse im Hinblick auf die sociologischen Factoren. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 13 (1895) 127-142
- Richard KRAFFT-EBING, Die Entwicklung und Bedeutung der Psychiatrie als klinischer Wissenschaft. Antrittsvorlesung. In: Wiener Klinische Wochenschrift 43 und 44 (1889) 817-820 und 843-845
- Richard KRAFFT-EBING, Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende (7. Aufl., Stuttgart 1903)
- Karl KRAUS, Irrenhaus Österreich (Die Affaire Coburg). Sonderdruck aus: Die Fackel (Wien 1904)
- Josef KRAYATSCH, Ein Gutachten über die Anlage und bauliche Einrichtung einer modernen Irrenanstalt. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 13 (1895) 303-338
- Josef KRAYATSCH, Zur Bettbehandlung chronisch Geistesgestörter. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 14 (1896) 302-305
- Max LAEHR, Ueber Beschäftigungstherapie für Nervenkranke. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 27 (1906) 382-385
- LANDESAUSSCHUSS DES ERZHERZOGTHUMS ÖSTERREICH UNTER DER ENNS (Hg.), Die niederösterreichischen Landes-Irrenanstalten und die Fürsorge des Landes Niederösterreich für schwachsinnige Kinder (Wien). Erschienen in den Berichtsjahren von 1904 bis 1914
- Siegfried LILIENSTEIN, Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 9 (1901) 471-473
- Wilhelm LORENZ, Der Wiener Irrenthurm. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 273-276

Richard LÖWENDAHL, Aus den Mysterien der österreichischen Irrenanstalten. Oder: Ein Rechtsstaat ohne Irrengesetz (Wien 1900)

Hans LUXENBURGER, Zur Frage des Ärzteabbaus in den Heil- und Pflegeanstalten für Geistesranke. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 26 (1924/25) 11-13

MAGISTRAT DER STADT WIEN (Hg.) Die Gemeindeverwaltung 1919-1922 (Wien 1927)

MAGISTRAT DER STADT WIEN (Hg.), Die Verwaltung der Bundeshauptstadt Wien 1929-1931 (Wien 1933)

Otto MARBURG, Einige Probleme der Epileptiker-Fürsorge. In: Wiener Klinische Wochenschrift 32 (1919) 217-220

Alfred MAUCZKA, Fünfundzwanzig Jahre Steinhof. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 34 (1932) 493-497

MERCKLIN, Anstaltsberichte; Bemerkungen zur zellenlosen Behandlung. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 259-260

Theodor MEYNERT, Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes. In: Psychiatrisches Centralblatt 6 (1876) 2-5

Jaromir MUNDY, Kleiner Katechismus über die Nothwendigkeit und Möglichkeit einer Radikalen Reform des Irren-Wesens (Wien 1879)

Paul NÄCKE, Die Castration bei gewissen Klassen von Degenerirten als ein wirksamer socialer Schutz. In: Archiv für Kriminalanthropologie 3 (1899) 58-84

Paul NÄCKE, Castration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 7 (1905/06) 269-272

NIEDERÖSTERREICHISCHER LANDESAUSSCHUSS (Hg.), Die Irrenbehandlung einst und jetzt (Wien 1898)

NIEDERÖSTERREICHISCHER LANDESAUSSCHUSS (Hg.), Jahresbericht der niederösterreichischen Landesirrenanstalten Wien, Ybbs, Klosterneuburg und Kierling-Gugging, der niederösterreichischen Landes-Irrenzweiganstalt in Langenlois, sowie der sonstigen Anstalten zur Unterbringung geistesgestörter niederösterreichischer Landespfleglinge. Erschienen von 1853 bis 1856 und von 1883 bis 1899

NIEDERÖSTERREICHISCHER LANDESAUSSCHUSS (Hg.), Vorschriften für die Unterbringung, Verpflegung und Behandlung heilbarer Trunksüchtiger in der Abtheilung für niederösterreichische Landespfleglinge des Abstinenzsanatoriums Pranthof bei Mühlendorf nächst Spitz a.d. Donau (Wien 1899)

Carl NOÉ-NORDBERG, Die Entwicklung der städtischen Fürsorge. In: Blätter für das Wohlfahrtswesen 29 (1930) 266-267

Heinrich OBERSTEINER, Grundzüge einer Geschichte des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien in den ersten 50 Jahren seines Bestehens. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 39 (1919) 1-46

K. PANDY, Die Irrenfürsorge in Europa. Eine vergleichende Studie (Berlin 1908)

Peter Paul PFAUSLER, „Schutz des Publikums vor den Psychiatern“. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902) 80-82

Alexander PILCZ, Geschichte der klinischen Abteilung (k.k. I. psychiatrische Universitätsklinik) in der Wiener Landesirrenanstalt. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 231-233

Alexander PILCZ, Spezielle gerichtliche Psychiatrie für Juristen und Mediziner (Wien, Leipzig 1909)

Alexander PILCZ, Zur Organotherapie der Dementia praecox. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 19 (1917/18) 303-305

Max POLLAK, Kriminal- oder Irrenhaus? In: Archiv für Kriminalanthropologie 9 (1902) 179-193

L. PRAETORIUS, Sonderbehandlung von Alkoholkranken in Heil- und Pflegeanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 32 (1930) 213-218

Julius RAECKE, Grundriss der psychiatrischen Diagnostik (Berlin 1. Aufl. 1908; 8. Aufl. 1920)

Emil RAIMANN, Die Behandlung und Unterbringung des geistig Minderwertigen. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 28 (1907) 179-208

Emil RAIMANN, Zur Praxis der Entmündigung. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 44 (1925) 95-137

Emil REDLICH, Über Epileptikerfürsorge. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 45 (1927) 319-321

Emil REDLICH, Vorschläge zur Epileptikerfürsorge in Oesterreich. In: Wiener Klinische Wochenschrift 40 (1927) 1358-1361

Eduard REIß, Die aktivere Beschäftigungsbehandlung der Heil- und Pflegeanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 31 (1929) 105-111

Karl RICHTER, Krankenbewegung der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt in Wien. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 226-231

Franz ROSKOPF, Die Administration der n.ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 245-248

Hans RÖMER, Eine Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 13 (1911/12) 94-97.

Hans RÖMER, Eine Einteilung der Psychosen und Psychopathien. In: Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie und Neurologie 11 (1912) 69-90

M. SANDER, Zur Behandlung der akuten Erregungszustände. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 351-355

Wilhelm SANDER, Entgegnung auf die Abhandlung: Ueber Zählblättchen und ihre Benutzung bei statistischen Erhebungen der Irren. In: Psychiatrisches Centralblatt 1 (1871) 144-148

Friedrich SCHAEFER, Verminderung der Kosten für Geistesranke. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 26 (1924/25) 1-2

M. SCHASCHING, Die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt zu Niedernhart bei Linz. In: Psychiatrisches Centralblatt 3 (1873) 40-42

Heinrich SCHLÖß, Ueber die Uebertragung von Psychosen. In: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Internationale Monatsschrift für die gesamte Neurologie in Wissenschaft und Praxis mit besonderer Berücksichtigung der Degenerations-Anthropologie 14 (1891) 49-67

- Heinrich SCHLÖß, Behandlung von zu Geistesstörungen disponierten Kindern. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 50 (1903) 2353-2365
- Heinrich SCHLÖSS, Zur Frage der Alkoholabstinenz in Irrenanstalten. In: Psychiatrische Wochenschrift 4 (1902/03) 53-56
- Heinrich SCHLÖß (Hg.), Leitfaden für Irrenpfleger (5. Aufl., Leipzig, Wien 1905)
- Heinrich SCHLÖß, Die Organisation des ärztlichen Dienstes in den niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke *Am Steinhof*. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 240-245
- Heinrich SCHLÖß, Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal. Vom niederösterreichischen Landes-Ausschuß für den Unterricht an den Landesirrenanstalten bestimmtes Lehrbuch (Wien, Leipzig 1898; 2. Aufl. 1909)
- Heinrich SCHLÖß, Der wissenschaftliche Betrieb in den Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 385-386
- Heinrich SCHLÖß, Der Regierungsentwurf eines Irrenfürsorgegesetzes. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 32 (1911) 358-388
- Heinrich SCHLÖß, Zur Frage der freiwilligen Aufnahmen. In: Justus BOEDEKER, Wilhelm FALKENBERG (Hg.), Bericht des IV. Internationalen Kongresses zur Fürsorge von Geisteskranken (Halle 1911) 908-917
- Heinrich SCHLÖß (Hg.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild (Halle 1912)
- Heinrich SCHLÖß, Referat über die Änderung des offiziellen Diagnoseschemas für die statistischen Berichte der Irrenanstalten in Österreich. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 34 (1913) 152-172
- Heinrich SCHLÖß, Propädeutik der Psychiatrie für Theologen und Pädagogen (Wien 1908). In der zweiten und erweiterten Auflage: Einführung in die Psychiatrie für weitere Kreise (Wien 1919)
- Friedrich SCHOLZ, Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 177-182 und 185-187
- Ludwig SCHOLZ, Leitfaden für Irrenpfleger (Halle an der Saale 1900)
- M. SCHRÖDER, Irrenärztliche Aufgaben der Zukunft. In: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02) 211-214
- Fritz SCHULHOF, Im Dienste der Geisteskranken. Eine Darstellung des Lebens, der Ereignisse, des Betriebes in den Irrenanstalten (Wien, Leipzig 1925)
- Hans SEELERT, Anleitung zu psychiatrischen Untersuchungen (Leipzig 1926)
- Franz SEUNIG, Ueber Irrenanstalten, deren Begründung und Einrichtung (Wien 1844)
- Hermann SIMON, Moderne Beschäftigungstherapie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 32 (1930) 141-142
- Friedrich SÖLDER, Aus dem Strafrecht und dem Strafprozessrecht. In: Paul DITTRICH (Hg.), Forensische Psychiatrie Bd. 1 (=Handbuch der ärztlichen Sachverständig-Tätigkeit 8) Wien, Leipzig 1908, 79-162

- Friedrich SÖLDER, Der Regierungsentwurf eines Entmündigungsgesetzes. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 343-372
- Robert SOMMER, Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden (Berlin, Wien 1899)
- Robert SOMMER, Eine psychiatrische Abteilung des Reichsgesundheitsamtes. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1910/11) 295-298
- Josef STARLINGER, Ein Beitrag zum Irrenanstaltsbau. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 3 (1901/02) 131-136
- Josef STARLINGER, Zur Frage der grossen Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 97-102
- Josef STARLINGER, Einiges über Irrenklinik, Irrenanstalt und Irrenpflege in den letzten 25 Jahren. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 26 (1905) 413-421
- Josef STARLINGER, Die Dauernachtwache. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 7 (1905/06) 345-349
- Josef STARLINGER, Die Familienpflege in Mauer-Öhling. In: Psychiatrisch-Neurologischer Wochenschrift 7 (1905/06) 206
- Josef STARLINGER, Beschäftigungstherapie von Geisteskranken. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 27 (1906) 379-382
- Josef STARLINGER, Beschäftigungstherapie bei Geisteskrankheiten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9 (1907/08) 53-57 und 61-65
- Josef STARLINGER, Streifzüge durch das Budget der niederösterreichischen Landesirrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 10 (1908/09) 265-270
- Josef STARLINGER, Zum gegenwärtigen Stand der Pflegerfrage. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 29 (1909) 378
- Josef STARLINGER, Zum Ausbau des Anstaltswesens. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 129-135
- Josef STARLINGER, Die Stellung der Heil- und Pflegeanstalten und ihre Kontrolle. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 13 (1911/12) 325-329
- Josef STARLINGER, Betriebskosten und Anstaltsgrößen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 14 (1912/13) 381-390
- Josef STARLINGER, Über die zweckmäßige Größe der Anstalten für Geisteskranke. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 15 (1913/14) 143-151
- Josef STARLINGER, Über den gegenwärtigen Stand des Schutzes und der Fürsorge für Geisteskranke. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 36 (1914) 49-64
- Josef STARLINGER, Referat über das neue Entmündigungsgesetz in Österreich. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 18 (1916/17) 189-192
- Statut für die N.Ö. Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkrankte „am Steinhof“ in Wien, XIII. (Wien 1907). Sonderabdruck aus dem Wiener Institut für Geschichte der Medizin
- Erwin STRANSKY, Zur Lehre der kombinierten Psychosen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychologie 63 (1906) 73-102

Erwin STRANSKY, Lehrbuch der Allgemeinen und der Speziellen Psychiatrie, I., Allgemeiner Teil (Leipzig 1914)

Erwin STRANSKY, Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie. II. Spezieller Teil (Leipzig 1919)

Erwin STRANSKY, Die innere Werkstatt des Psychiaters (=Abhandlungen aus dem medizinisch-juristischen Grenzgebiete) Wien 1926

Julius TANDLER, Die wissenschaftliche Methode in sozialer Wohlfahrtsarbeit. In: Oesterreichische Blätter für Krankenpflege 10 (1929) 1-8. Hier: 7f. Sonderabdruck im Institut für die Geschichte der Medizin in Wien

Julius TANDLER, Siegfried KRAUS, Die Sozialbilanz der Alkoholikerfamilie. Eine sozialmedizinische und sozialpsychologische Untersuchung (Wien 1936)

TELKE, Ueber die Organisation des Medizinalwesens in Österreich, Bericht einer Studienreise. In: Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen 34 (1907) Supplement. 1-150

Adalbert TILKOWSKY, Die Trinkerheilanstalten der Schweiz und Deutschlands. Ihre Stellung zur projectirten Trinkerheilanstalt in Niederösterreich (Wien 1893)

Adalbert TILKOWSKY, Die Trinkerheilanstalten der Schweiz und Deutschlands. In: Jahrbücher für Psychiatrie 12 (1894) 1-31

Adalbert TILKOWSKY, Ueber den gegenwärtigen Stand der Alkoholiker in den niederösterreichischen Irrenanstalten. In: Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus. Hg. vom Congress-Bureau; redigiert von Rudolf WLASSAK (Leipzig, Wien 1902) 202-209

Adalbert TILKOWSKY, Ueber einige forensisch-psychiatrische Fragen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 532-539

Adalbert TILKOWSKY, Die Reform im Irrenwesen in Österreich. In: : Paul DITTRICH (Hg.), Forensische Psychiatrie, Bd. 1 (=Handbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit 8) Wien, Leipzig 1908, 512-539

Max TIPPEL, Leitfaden zum Unterricht in der Behandlung und Pflege der Geisteskranken für das Pflegepersonal (Berlin 1897)

TRAPET, Die Simonsche Beschäftigungstherapie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 28 (1926) 94-95

Siegfried TÜRKEK, Irrenwesen und Strafrechtspflege: Ein Beitrag zur Geschichte der Irrenrechts- und Strafrechtsreform (Wien 1900) Sonderabdruck eines Vortrages, gehalten im Jänner 1900 im Socialwissenschaftlichen Bildungsverein in Wien

Siegfried TÜRKEK, Die kriminellen Geisteskranken. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 35 (1904) 1616

Siegfried TÜRKEK, Die kriminellen Geisteskranken. Ein Beitrag zur Geschichte der Irrenrechts- und Strafrechtsreform in Österreich (1850-1904) Wien 1905

Siegfried TÜRKEK, Psychiatrisch-kriminalistische Probleme. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 26 (1905) 31-102

Siegfried TÜRKEK, Die Reform des österreichischen Irrenrechts (Wien 1907)

Siegfried TÜRKELE, Der Zurechnungsfähigkeitsparagraph im österreichischen Rechte. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie 35 (1914) 59-117

Siegfried TÜRKELE, Die Zurechnungsunfähigkeit. Die philosophischen, medizinischen und strafrechtlichen Probleme der Zurechnungsunfähigkeit und ihre legislative Behandlung in den österreichischen Strafgesetzentwürfen (1852-1914), Leipzig, Wien 1915

Über die Vorlagen eines Entmündigungs- und Irrenfürsorgegesetzes in Österreich. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 11 (1909/10) 439-442

Michael VISZANIK, Die Irren-Heil und Pflegeanstalten Deutschlands, Frankreichs sammt der Cretinen-Anstalt auf dem Abendberge in der Schweiz (Wien 1845)

Michael VISZANIK, Leistungen und Statistik der k.k. Irrenheilanstalt zu Wien seit ihrer Gründung im Jahr 1784 bis zum Jahr 1844 (Wien 1845)

Hans WACHSMUTH, Aus alten Akten und Krankengeschichten der Nassauischen Irrenanstalt Eberbach-Eichberg. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 30 (1928) 301-304

Julius WAGNER-JAUREGG, Zur Reform des Irrenwesens. In: Wiener Klinische Wochenschrift 14 (1901) 293f.

Julius WAGNER-JAUREGG, Moriz BENEDIKT, Berichte und Anträge betreffend die Reform des Irrenwesens. In: Das österreichische Sanitätswesen, Beilage zu Nr. 27 (1904) 60

Julius WAGNER-JAUREGG, Ueber den Ärzteaustausch zwischen Kliniken und Irrenanstalten. In: Wiener Klinische Wochenschrift 20 (1907) 1488

Julius WAGNER-JAUREGG, Die Krankenbewegung in den deutsch-österreichischen Irrenanstalten seit Kriegsbeginn und die Abnahme des Alkoholismus. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 22 (1920/21) 357-360 und 373-376

Julius WAGNER-JAUREGG, Meine Teilnahme an der Affäre Girardi. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 35 (1933) 145-147

L. W. WEBER, Zur Bedeutung der Anstaltspsychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 12 (1910/11) 437-440

W. WEBER, Ist eine Zunahme der Geisteskranken festzustellen? In: Justus BOEDEKER, Wilhelm FALKENBERG (Hg.), Bericht des IV. Internationalen Kongresses zur Fürsorge von Geisteskranken (Halle 1911) 999-1003

G. WERNER, Über die Fortschritte des Irrenwesens. Nach den Anstaltsberichten erstattet. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 13 (1911/12) 329-338

Wilhelm WEYGANDT, Atlas und Grundriss der Psychiatrie (München 1902)

Wilhelm WEYGANDT, Ueber die Berechtigung der forensischen Psychiatrie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 4 (1902/03) 317-324

Karl WIEG-WICKENTHAL, Zur Klinik und Differentialdiagnose der Hirntumoren. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 36 (1914) 95-125

Hans WILDERMUTH, Ueber die Aufgaben des Pflegepersonals bei Epileptischen (Halle a. S. 1898)

Ludwig WILLE, Ueber Einführung einer gleichmässigen Statistik der schweizerischen Irrenanstalten. In: Psychiatrisches Centralblatt 2 (1872) 130-132

Karl WILMANS, Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosetabelle der Geisteskrankheiten. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 93 (1930) 223-234

Rudolf WLASSAK, Bericht über den VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus (Leipzig, Wien 1902)

Rudolf WLASSAK, Das Problem der Degeneration. In: Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus und Bekämpfung der Trinksitten 20 (1910) 41-52 und 81-95

Rudolf WLASSAK, Grundriss der Alkoholfrage (Leipzig 1. Auflage 1922, 2. verm. Auflage 1929) (Reprint in: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 14 (1991) 127-153)

Rudolf WLASSAK, Erfahrungen der Trinkerheilstätte „Am Steinhof“ (Wien) und die psychische Hygiene. In: Zeitschrift für psychische Hygiene 6 (1928) 177-186

Rudolf WLASSAK, Trinkerheilstätte und Trinkerfürsorgestelle der Gemeinde Wien. In: Blätter für das Wohlfahrtswesen 28 (1929) 27-30

Robert WOLLENBERG, Ueber psychische Infektion. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 20 (1888) 62-88

7.3. Sekundärliteratur

Jonathan ANDREWS, Case Notes, Case Histories, and the Patient's Experience of Insanity at Gartnavel Royal Asylum, Glasgow, in the Nineteenth Century. In: Social History of Medicine 11 (1998) 255-281

Monika ANKELE, Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn (Wien, Köln, Weimar 2009)

Anonym, Geschichte des Arbeiter-Abstinenzbundes in Österreich. In: Der Abstinent 63 (1964) Sonderbeilage

Ingrid ARIAS, Sonia HORN, Michael HUBENSTORF (Hg.), `In der Versorgung`. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum `Am Wienerwald` (Wien 2005).
Mitchell G. ASH, Räume des Wissens. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 23 (2000) 235-242

Mitchell G. ASH, Wissenschaft und Politik. Eine Beziehungsgeschichte im 20. Jahrhundert. In: Archiv für Sozialgeschichte 50 (2010) 11-46

Maria AUBÖCK, Mara REISSBERGER, Die Gärten des Otto Wagner-Spitals in Wien. In: Gartenkunst 14 (2002) 91-121

Maria AUBÖCK, Ute MÖRTL, Das Otto Wagner-Spital und seine Gärten. In: Eberhard GABRIEL, Martina GAMPER (Hg.), Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900 (Wien 2009) 47-57

Johanna F. AUGSTEIN, J.C. Prichard's Concept of Moral Insanity – a Medical Theory of the Corruption of Human Nature. In: Medical History 40 (1996) 311-343

Zygmunt BAUMANN, Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit (Hamburg, Deutsche Erstaussage 1992; Neuausgabe 2005)

Gertrud BAUMGARTNER, Angela MAYER, Arbeitsanstalten für „asoziale Frauen“ im Gau Wien und Niederdonau. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung, Endbericht (Wien 1990)

Gertrud BAUMGARTNER, Alles Übel kommt vom Weibe. Die Verfolgung und Internierung von sogenannten „asozialen“ Frauen in der NS-Zeit. In: Rotraud A. PERNER (Hg.), Menschenjagd. Vom Recht auf Strafverfolgung (Wien 1992) 127-148

Peter BECKER, Verderbnis und Entartung. Eine Geschichte der Kriminologie des 19. Jahrhunderts als Diskurs und Praxis (=Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte 176) Göttingen 2002

Thomas BEDDIES, Andrea DÖRRIES (Hg.), Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960 (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 91) Husum 1999

Thomas BEDDIES, Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, Die Diskussion um die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege in Deutschland. In: Sudhoffs Archiv. Zeitschrift für Wissenschaftsgeschichte 85 (2001) 82-107

Steven BELLER (Hg.), Rethinking Vienna 1900 (=Austrian History, Culture and Society 3) New York, Oxford 2001

Brigitta BERNET, `Der bürgerliche Tod´: Entmündigungsangst, Psychiatriekritik und die Krise des liberalen Subjektentwurfs um 1900. In: Dies., Marietta MEIER, Roswitha DUBACH, Urs GERMANN, Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970 (Zürich 2007) 117-153

Brigitta BERNET, „Eintragen und Ausfüllen“: Der Fall des psychiatrischen Formulars. In: Sybille BRÄNDLI, Barbara LÜTHI, Gregor SPUHLER (Hg.), Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts (Frankfurt am Main 2009) 62-91

German E. BERRIOS, Dominic BEER, The Notion of Unitary Psychosis: A conceptual History. In: History of Psychiatry 5 (1994) 13-36

German E. BERRIOS, Epilepsy. Clinical Section. In: Ders., Roy PORTER (Hg.), A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of psychiatric Disorders (London, New York 1995) 147-163

Gemma BLACKSHAW, Leslie TOPP (Hg.), Madness & Modernity. Kunst und Wahn in Wien um 1900 (Wien 2010)

Dirk BLASIUS, „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945 (Frankfurt am Main 1994)

John W. BOYER, Culture and Crisis in Vienna. Christian Socialist in Power, 1897-1918 (Chicago, London 1995)

John W. BOYER, Karl Lueger (1844-1910). Christlichsoziale Politik als Beruf (=Studien zu Politik und Verwaltung 93) Wien, Köln, Weimar 2010

Allan M. BRANDT, David C. SLOANE, Of Beds and Benches: Building the modern American Hospital. In: Peter GALISON, Emily THOMPSON (Hg.), The Architecture of Science (Cambridge 1999) 281-299

Sabine BRAUNSCHWEIG, Die Entwicklung der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz. In: Ilsemarie WALTER, Elisabeth SEIDL, Vlastimil KOZON (Hg.), Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege (Wien 2004) 113-122

Olaf BREIDBACH, Bilder des Wissens. Zur Kulturgeschichte der wissenschaftlichen Wahrnehmung (=Bild und Text) München 2005

Falk BRETSCHEIDER, Zur Geschichtslosigkeit der „Totalen Institutionen“. Kommentar zu Erving Goffmans Studie „Asyle“ aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive. In: Martin SCHEUTZ (Hg.), Totale Institutionen. Themenheft. Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8, Heft 1 (2008) 135-142

Ulrich BRIELER, Blind Date. Michel Foucault in der deutschen Geschichtswissenschaft. In: Axel HONNETH, Martin SAAR (Hg.), Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption, 311-334

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 20) Göttingen 2010

Edward M. BROWN, Substance Use Disorders. Social Section. In: German E. BERRIOS, Roy PORTER (Hg.), A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of psychiatric Disorders (London, New York 1995) 668-675

Jochen BRÜNING, Wissenschaft und Sammlung. In: Sybille KRÄMER, Horst BREDEKAMP (Hg.), Bild – Schrift – Zahl (Reihe Kulturtechnik) München 2003, 87-113

Alexander BRUNNER, Über den Wandel im Umgang mit Armut, Krankheit und Abweichung. Beitrag zur Theorie- und Sozialgeschichte des Fürsorge- und Wohlfahrtswesens in Österreich im ersten Drittel des Zwanzigsten Jahrhunderts (Wien, Diss.so., 1996)

Doris BYER, Rassenhygiene und Wohlfahrtspflege: Zur Entstehung eines sozialdemokratischen Machtdispositivs in Österreich bis 1934 (Frankfurt am Main 1988)

Rüdiger CAMPE, Barocke Formulare. In: Bernhard SIEGERT, Joseph VOGL (Hg.), Europa: Kultur der Sekretäre (Zürich, Berlin 2003) 79-96

Robert CASTEL, Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens (Frankfurt am Main 1983)

Michel de CERTEAU, Kunst des Handelns (Berlin 1988)

Peter COLLIN, Thomas HORSTMANN, Das Wissen des Staates – Zugänge zu einem Forschungsthema. In: Diess. (Hg.) Das Wissen des Staates. Geschichte, Theorie und Praxis (=Rechtspolitik 17) Baden-Baden 2004, 9-38

Roger COOTER, „Framing“ the End of the Social History of Medicine. In: Frank HUISMAN, John Harley WARNER (Hg.), Locating Medical History: The Stories and their Meanings (Baltimore 2004) 309-337

Barbara L. CRAIG, Hospital Records and Record-Keeping, 1850-1950. Part I: The Development of Records in Hospitals. In: Archivaria 29 (1989/90) 57-87; Part II: The Development of Record-Keeping in Hospitals. In: Archivaria 30 (1990) 21-119

Herwig CZECH, Erfassung, Selektion und „Ausmerze“. Das Wiener Gesundheitsamt und die Umsetzung der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik 1938-1945 (=Forschungen und Beiträge zur Wiener Stadtgeschichte 41)

Herwig CZECH, Die Inventur des Volkskörpers. Die „erbbiologische Bestandsaufnahme“ im Dispositiv der NS-Rassenhygiene in Wien. In: Gerhard BAADE, Veronika HOFER, Thomas MAYER (Hg.), Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900-1945 (Wien 2007) 284-311

Matthias DAHL, Endstation Spiegelgrund. Die Tötung behinderter Kinder während des Nationalsozialismus am Beispiel der Kinderfachabteilung in Wien 1940 bis 1945 (Wien 2004)

Klemens DIECKHÖFER, Frühe Formen der Antipsychiatrie und die Reaktion der Psychiatrie. In: Medizinhistorisches Journal 19 (1984) 100-111

Sven DIERIG, Wissenschaft in der Maschinenstadt. Emil Du Bois-Reymond und seine Laboratorien in Berlin (=Wissenschaftsgeschichte) Göttingen 2006

Elisabeth DIETRICH-DAUM, Elena TADDEI, Curare – segregare – amministrare. L'assistenza e la gestione dei „mentecatti“ in un contado del Tirolo: l'esempio del medico generico Franz von Otenthal (1818-1899) di Campo Tures. In: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Rodolfo TAIANI (Hg.) Psichiatrielandschaft. Themenheft. Geschichte und Region 17 (2008) 83-102

Anne DIGBY, Madness, Morality and Medicine: A Study of the York Retreat, 1796-1914 (Cambridge History of Medicine Series) Cambridge 1985

Anne DIGBY, Moral Treatment at the Retreat, 1796-1846. In: William F. BYNUM (Hg.), The Anatomy of Madness. Essays in the History of Psychiatry, Vol. 2, Institutions and Society (London 1985) 132-146

Martin DINGES, Michael WISCHNATH, Anregungen und Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 21 (1998) 49-59

Klaus DÖRNER, Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie (Frankfurt am Main 1969)

Mary DOUGLAS, Wie Institutionen denken (Frankfurt am Main 1991)

Barbara DUDEN, Geschichten unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730 (Stuttgart 1987)

Ellen DWYER, Stories of Epilepsy, 1880-1930. In: Charles E. ROSENBERG, Janet GOLDEN (Hg.), Framing Disease. Studies in Cultural History (=Health and Medicine in American Society) Rutgers University Press, 1992, 248-272

Maria EDER-RIEDER, Die freiheitsentziehenden vorbeugenden Maßnahmen. Eine Betrachtung in materiell-rechtlicher, prozessualer und vollzugsrechtlicher Sicht (Wien 1985)

Barry EDINGTON, A space for moral management. The York Retreat's influence on asylum design. In: Leslie TOPP, James MORAN, Jonathan ANDREWS (Hg.), Madness, Architecture and the Built Environment. Psychiatric spaces in historical context (=Routledge Studies in the History of Medicine 27) New York, London 2007, 83-105

Irmgard EISENBACH-STANGL, Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols. Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918-1984 (=Studien zur Historischen Sozialwissenschaft 17) Frankfurt, New York 1991

Kurt R. EISSLER, Freud und Wagner-Jauregg vor der Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen (Wien 1979)

Barbara ELKELES, Die schweigsame Welt von Arzt und Patient: Einwilligung und Aufklärung in der Arzt-Patient-Beziehung des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 8 (1989) 63-91

Eric J. ENGSTROM, Kulturelle Dimensionen von Psychiatrie und Sozialpsychologie. Emil Kraepelin und Willy Hellpach. In: Gangolf HÜBINGER, Rüdiger vom BRUCH, Friedrich Wilhelm GRAF (Hg.), Kultur und Kulturwissenschaften um 1900, Bd. II, Idealismus und Positivismus (Stuttgart 1997) 164-189

Eric J. ENGSTROM, Volker HESS, Zwischen Wissens- und Verwaltungsökonomie: Zur Geschichte des Berliner Charité-Krankenhauses im 19. Jahrhundert. In: Jahrbuch für Universitätsgeschichte 3 (2000) 7-15

Eric J. ENGSTROM, Assembling Professional Selves: On Psychiatric Instruction in Imperial Germany. In: Ders., Volker ROELCKE (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum (=Medizinische Forschung 13) Mainz 2003, 117-129

Eric J. ENGSTROM, *Clinical Psychiatry in Imperial Germany. A History of Psychiatric Practice* (=Cornell Studies in the History of Psychiatry) Ithaca, London 2003

Eric J. ENGSTROM, Volker ROELCKE, *Die `alte Psychiatrie´? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert.* In: Diess. (Hg.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum* (=Medizinische Forschung 13) Mainz 2003, 9-25

Eric J. ENGSTROM, *Sozialpsychiatrische Prophylaxe: Zu poliklinischen Einrichtungen in der Universitätspsychiatrie des Kaiserreiches.* In: Marc SCHALENBERG, Peter Th. WALTER (Hg.), *„...immer im Forschen bleiben“* (Stuttgart 2004) 213-236

Eric J. ENGSTROM, *Die Ökonomie klinischer Inskription. Zu diagnostischen und nosologischen Schreibpraktiken in der Psychiatrie.* In: Cornelius BORCK, Armin SCHÄFER (Hg.), *Psychographien* (Zürich, Berlin 2005) 219-240

Eric J. ENGSTROM, *Beyond dogma and discipline: new directions in the history of psychiatry.* In: *Current Opinion in Psychiatry* 19 (2006) 595-599

Eric J. ENGSTROM, *Placing psychiatric practices: On the spatial configurations and contests of professional labour in late-nineteenth century Germany.* In: Leslie TOPP, James E. MORAN, Jonathan ANDREWS (Hg.), *Madness, Architecture and the Built Environment. Psychiatric Spaces in Historical Context* (=Routledge Studies in the History of Medicine 27) Routledge 2007, 63-81

Eric J. ENGSTROM, *Cultural and Social History of Psychiatry.* In: *Current Opinion in Psychiatry* 21 (2008) 585-592

Eric J. ENGSTROM, *Die Psychologie als Argument für die Abschaffung des Strafmaßes.* In: Matthias SCHMOECKER (Hg.), *Psychologie als Argument in der juristischen Literatur des Kaiserreiches* (Baden-Baden 2009) 43-55

Katharina ERNST, *Patientengeschichte. Die kulturhistorische Wende in der Medizinhistoriographie.* In: Ralf BRÖER (Hg.), *Eine Wissenschaft emanzipiert sich. Die Medizinhistoriographie von der Aufklärung bis zur Postmoderne* (Pfaffenweiler 1999) 97-108

Thomas ETZEMÜLLER, *Social Engineering als Verhaltenslehre des kühlen Kopfes. Eine einleitende Skizze.* In: Ders. (Hg.), *Die Ordnung der Moderne. Social Engineering im 20. Jahrhundert* (Bielefeld 2009) 11-39

Hans-Heinz EULNER, *Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes* (=Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts 4) Stuttgart 1970

Dorothee FALKENSTEIN, *„Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel ...“.* Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf (Frankfurt am Main 2000)

Heiner FANGERAU, Karen NOLTE (Hg.), *„Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik* (=Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 26) Stuttgart 2006

Heinz FAULSTICH, *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie* (Freiburg 1998)

Ulrike FELT, *Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit – Wechselwirkungen und Grenzverschiebungen.* In: Mitchell ASH, Christian H. STIFTER (Hg.), *Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart* (=Wiener Vorlesungen. Konversatorien und Studien 12) Wien 2002, 47 - 72

Renate FEIKES, *Emigration jüdischer Ärzte ab 1938 in die USA, speziell nach New York* (Diss.med., Wien 1999)

Jochen FLEISCHHACKER, Menschen- und Güterökonomie – Anmerkungen zu Rudolf Goldscheids demoökonomischem Gesellschaftsentwurf. In: Mitchell ASH, Christian H. STIFTER (Hg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart (=Wiener Vorlesungen. Konversatorien und Studien 12) Wien 2002, 207-229

Michel FOUCAULT, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses (Frankfurt am Main 1977)

Michel FOUCAULT, Das Subjekt und die Macht. In: Hubert L. DREYFUS, Paul RABINOV (Hg.), Jenseits von Strukturalismus und Hermeneutik (Frankfurt am Main 1987) 243-261

Michel FOUCAULT, Die Entwicklung des Begriffs des „gefährlichen Menschen“ in der forensischen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. In: Ders., Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits Band III, 1976-1979 (Frankfurt am Main 2003) 568-594

Michel FOUCAULT, Die Macht der Psychiatrie. Vorlesungen am Collège de France 1973-1974. Hg. von Jacques LAGRANGE (Frankfurt am Main 2005)

Christiane FREY, Zeichen – *Krisis* – Wahnsinn. Fallgeschichten medizinischer und poetischer Semiotik (Philippe Pinel, Jean Paul). In: Sandra HEINEN, Harald NEHR (Hg.), Krisen des Verstehens um 1800 (Würzburg 2004) 11-134

Eberhard GABRIEL, Wolfgang NEUGEBAUER (Hg.), NS-Euthanasie in Wien (Wien, Köln, Weimar 2000)

Eberhard GABRIEL, Wolfgang NEUGEBAUER (Hg.) Von der Zwangssterilisierung zur Ermordung. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien, Teil II (Wien, Köln, Weimar 2002)

Eberhard GABRIEL, Wolfgang NEUGEBAUER (Hg.) Vorreiter der Vernichtung? Eugenik, Rassenhygiene und Euthanasie in der österreichischen Diskussion vor 1938. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien, Teil III (Wien, Köln, Weimar 2005)

Eberhard GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe. Von den Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof zum Otto Wagner-Spital (Wien 2007)

Eberhard GABRIEL, Martina GAMPER (Hg.), Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900 (Wien 2009)

Eberhard GABRIEL, „Berichte aus dem Irrenhaus“, Wien 1924. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 16 (2010) 433-448

Mariacarla GADEBUSCH BONDIO, Die Rezeption der kriminalanthropologischen Theorien von Cesare Lombroso in Deutschland von 1880-1914 (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 70) Husum 1995

Mariacarla GADEBUSCH BONDIO, Von der Vielfalt der Exempla in frühneuzeitlichen medizinischen Texten. In: Dies., Thomas RICKLIN (Hrsg.), Exempla medicorum. Die Ärzte und ihre Beispiele (14.-18. Jahrhundert) Florenz 2008

Bernd GAUSEMEIER, From pedigree to database. Genealogy and Human Heredity in Germany, 1890-1914. In: A Cultural History of Heredity III: 19th and Early 20th Centuries. (=Max-Planck Institut für Wissenschaftsgeschichte, Reprint 294; Berlin 2005) 179-192

Bernd GAUSEMEIER, Pedigree vs. Mendelism. Concepts of Heredity in Psychiatry before and after 1900. In: A Cultural History of Heredity IV: Heredity in the Century of the Gene (=Max-Planck Institut für Wissenschaftsgeschichte, Reprint 343; Berlin 2008) 149-162

Alexa GEISTHÖVEL, Habbo KNOCH, Einleitung. In: Diess. (Hg.), Orte der Moderne. Erfahrungswelten des 19. und 20. Jahrhunderts (Frankfurt, New York 2005) 9-14

Urs GERMANN, Psychiatrie und Strafjustiz. Entstehung, Praxis und Ausdifferenzierung der forensischen Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz 1850-1950 (Zürich 2004)

Urs GERMANN, Arbeit als Medizin: die `aktivere Krankenbehandlung´ 1930-1960. In: Ders., Marietta MEIER, Brigitta BERNET, Roswitha DUBACH, Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970 (Zürich 2007) 195-233

Urs GERMANN, Arbeit, Ruhe, Ordnung: Die Inszenierung der psychiatrischen Moderne – Bildmediale Legitimationsstrategien der schweizerischen Anstaltspsychiatrie im Kontext der Arbeits- und Beschäftigungstherapie der Zwischenkriegszeit. In: Heiner FANGERAU, Karen NOLTE (Hg.), `Moderne´ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik (=Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 26) Stuttgart 2006, 283-310

Johanna GEYER-KORDESCH, Medizinische Fallbeschreibungen und ihre Bedeutung in der Wissensreform des 17. und 18. Jahrhunderts. In: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 9 (1990) 7-19

Marijke GIJSWIJT-HOFSTRA, Harry OOSTERHUIS, Joost VIJSELAAR, Hugh FREEMAN (Ed.), Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches (Amsterdam 2005)

Erving GOFFMANN, Asyle: Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und andere Insassen (Frankfurt am Main 1972)

Ann GOLDBERG, „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 (=Medizinische Forschung 13) Mainz 2003, 189-217

Jan GOLDSTEIN, Console and Classify. The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century (Cambridge 1987)

Ylva GREVE, Verbrechen und Krankheit. Die Entdeckung der „Criminalpsychologie“ im 19. Jahrhundert (Köln, Weimar, Wien 2004)

Birgit GRIESECKE, Markus KRAUSE, Nicolas PETHES, Katja SABISCH (Hg.), Kulturgeschichte des Menschenversuchs im 20. Jahrhundert (Frankfurt am Main 2009)

Angela GRIEBENBÖCK, Die „Landesirrenanstalt“ in Hall in Tirol und ihre Patientinnen und Patienten (1882-1919) (Diss., Innsbruck 2009)

Johann GROSS, Spiegelgrund. Leben in NS-Erziehungsanstalten (Wien 2000)

Karoline GROSSENBACH, Fromme Quergänger in der Psychiatrie des Vormärz: Religionswahnsinn bei Patienten des großherzoglich-hessischen Hospitals Hofheim. In: WERKSTATT GESCHICHTE 33 (2002) 5-21

David GUGERLI, Michael HAGNER, Michael HAMPE, Barbara ORLAND, Philipp SARASIN, Jakob TANNER, Einleitung. In: Nach Feierabend. Zürcher Jahrbuch für Wissensgeschichte 1: Bilder der Natur – Sprachen der Technik (Zürich, Berlin 2005) 7-11

Martin GUNTAU, Hubert LAITKO, Der Ursprung der modernen Wissenschaften. Studien zur Entstehung wissenschaftlicher Disziplinen (Berlin 1987)

- Michael HAGNER, Ansichten der Wissenschaftsgeschichte. In: Ders. (Hg.), Ansichten der Wissenschaftsgeschichte (Frankfurt am Main 2001) 7-39
- Peter HAIKO, Harald LEUPOLD-LÖWENTHAL, Mara REISSBERGER, „Die weiße Stadt“ – Der „Steinof“ in Wien. Architektur als Reflex der Einstellung zur Geisteskrankheit. In: Kritische Berichte 9 (1981) 3-37
- Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH (Hg.), Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Unter Mitarbeit von Christoph SCHWEIKARDT (Frankfurt am Main 2008)
- Mark HARRISON, The Medicalization of War – the Militarization of Medicine. In: Social History of Medicine 9 (1996) 267-276
- Anke te HEESSEN, E.C. SPARY (Hg.), Sammeln als Wissen. Das Sammeln und seine wissenschaftsgeschichtliche Bedeutung, Göttingen 2001
- Volker HESS, Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und der Pariser Medizin (1725-1830). In: Medizinhistorisches Journal 45 (2010) 293-340
- Volker HESS, Sophie LEDEBUR, Psychiatrie in der Stadt. Die Poliklinik als urbaner Schwellenraum. In: Ders., Heinz-Peter SCHMIEDEBACH (Hg.), Kulturen des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne (Köln 2011; im Druck)
- Hartmann HINTERHUBER, Julius Wagner von Jauregg und die Eugenik. In: Neuropsychiatrie 19 (2005) 109-130
- Albrecht HIRSCHMÜLLER, Freuds Begegnung mit der Psychiatrie. Von der Hirnmythologie zur Neurosenlehre (Tübingen 1991)
- Hans-Georg HOFER, „Nervöse Zitterer“. Psychiatrie und Krieg. In: Helmut KONRAD (Hg.), Krieg, Medizin und Politik. Der Erste Weltkrieg und die österreichische Moderne (=Studien zur Moderne 10) Wien 2000, 15-134
- Hans-Georg HOFER, Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880-1920) Wien, Köln, Weimar 2004
- Hans-Georg HOFER, Lutz SAUERTEIG, Perspektiven einer Kulturgeschichte der Medizin. In: Medizinhistorisches Journal 42 (2007) 105-141
- Ulrike HOFFMANN-RICHTER, Das Verschwinden einer Biographie in der Krankengeschichte. Eine biographische Skizze. In: Bios 2, 8 (1995) 204-221
- Ulrike HOFFMANN-RICHTER, Asmus FINZEN, Die Krankengeschichte als Quelle. Zur Nutzung der Krankengeschichte als Quelle für die Wissenschaft und psychiatrischen Alltag. In: Bios 2, 11 (1998) 280-297
- Axel HONNETH, Foucault und die Humanwissenschaften. Zwischenbilanz einer Rezeption. In: Ders., Martin SAAR (Hg.), Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption. Frankfurter Foucault-Konferenz 2001 (Frankfurt am Main 2003) 15-26
- Sonia HORN, Peter MALINA (Hg.), Medizin im Nationalsozialismus. Wege der Aufarbeitung (=Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin) Wien 2001
- Karl H. HÖRNING, Experten des Alltags. Die Wiederentdeckung des praktischen Wissens (Weilerswist 2001)

- Karl H. HÖRNING, Julia REUTER, Doing Culture: Kultur als Praxis. In: Diess. (Hg.) Doing Culture. Neue Positionen im Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis (Bielefeld 2004) 9-15
- Karl H. HÖRNING, Soziale Praxis zwischen Beharrung und Neuschöpfung. Ein Erkenntnis - und ein Theorieproblem. In: Ders., Julia REUTER (Hg.), Doing Culture. Neue Positionen im Verhältnis von Kultur und sozialer Praxis (Bielefeld 2004)19-39
- Michael HUBENSTORF, Tote und/oder lebendige Wissenschaft: Die intellektuellen Netzwerke der NS-Patientenmordaktion in Österreich. In: Eberhard GABRIEL, Wolfgang NEUGEBAUER (Hg.) Von der Zwangssterilisierung zur Ermordung. Zur Geschichte der NS-Euthanasie in Wien, Teil II (Wien, Köln, Weimar 2002) 237-420
- Michael HUBENSTORF, Medizinhistorische Forschungsfragen zu Julius Wagner-Jauregg (1857-1940). In: Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (Hg.), Jahrbuch 2005 (Wien 2005) 218-233
- Gabriela IMBODEN, Hans Jakob RITTER, „...jedenfalls ist Petentent in Trägerin einer denkbar ungünstigen Erbmasse.“ Eugenik in Psychiatrie- und Verwaltungsakten. In: Claudia KAUFMANN, Walter LEIMGRUBER (Hg.), Was Akten bewirken können. Integrations- und Ausschlussprozesse eines Verwaltungsvorgangs (Zürich 2008) 92-103
- Roland INNERHOFER, Katja ROTHE, Regulierung des Verhaltens zwischen den Weltkriegen. Robert Musil und Kurt Lewin. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 33 (2010) 365-381
- Dieter JANZ, 50 Jahre Deutsche Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie. In: Zeitschrift für Epileptologie 20 (2007) 125-128
- Karl JASPERS, Allgemeine Psychopathologie (Berlin, Göttingen, Heidelberg 1959)
- Dieter JETTER, Wiener Irrenhausprojekte. In: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 49 (1981) 43-52
- Julie JOHNSON, Theater as Therapy in the Asylum at Mauer-Öhling: the Fin-de-Siècle Realization of a Romantic Dream? In: Rebecca S. THOMAS (Hg.), Crime and Madness in modern Austria: myth, metaphor and cultural realities (Newcastle 2008) 195-215
- Robert JÜTTE, Vom medizinischen Casus zur Krankengeschichte. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 15 (1992) 50-52
- Doris KAUFMANN, Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland: 1770-1850 (Göttingen 1995)
- Doris KAUFMANN, Science as Cultural Practice: Psychiatry in the First World War and Weimar Germany. In: Journal of Contemporary History 34 (1999) 125-144
- Monika KEPLINGER, Heilanstalten in Wien um 1900. In: Eberhard GABRIEL, Martina GAMPER (Hg.), Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900 (Wien 2009) 27-46
- Franz-Werner KERSTING, Karl TEPPE, Bernd WALTER, Gesellschaft – Psychiatrie – Nationalsozialismus. Historisches Interesse und gesellschaftliches Bewusstsein. In: Diess. (Hg.), Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert (=Forschungen zur Regionalgeschichte 7) Paderborn 1993, 9-61
- Franz-Werner KERSTING, Hans-Walter SCHMUHL (Hg.), Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen, Bd.2: 1914-1955 (= Forschungen zur Regionalgeschichte 48) Paderborn, München 2004

Robert E. KOHLER, Finders, Keepers: Collecting Sciences and Collecting Practice. In: History of Science 45 (2007) 428-454

Julia Barbara KÖHNE, Kriegshysteriker. Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens, 1914-1920 (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 106) Husum 2009

Elisabeth KOLLER-GLÜCK, Otto Wagners Kirche am Steinhof (4. Aufl. Wien 1991)

Helmut KONRAD, Das Rote Wien. Ein Konzept für eine moderne Großstadt? In: Ders., Wolfgang MADERTHANER (Hg.), ... der Rest ist Österreich. Das Werden der Ersten Republik, Bd. 1 (Wien 2008) 223-240

Christian KOPETZKI, Unterbringungsrecht, Bd. 1, Historische Entwicklungen und verfassungsrechtliche Grundlagen (=Forschungen aus Staat und Recht 108) Wien, New York 1995

Alma KREUTER, Deutschsprachige Psychologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zum 20. Jahrhundert, Band 1-3 (München 1996)

Michael KUTZER, „Psychiker“ als „Somatiker“ – „Somatiker“ als „Psychiker“. Zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien. 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 13) Mainz 2003, 27-47

Jens LACHMUND, Gunnar STOLLBERG, Patientenwelten: Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien (Opladen 1995)

Matthias LAMMEL, Der Fall Lucheni, oder: Was hat Elisabeth, Kaiserin von Österreich, mit dem Maßregelvollzug zu tun? Anmerkungen zur forensischen Psychiatrie um 1900. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde 6 (2000) 239-261

Gertrude LANGER-OSTRAWASKY, Was soll vom Individuum bleiben? – Krankenakten. In: SCRINIUM, Zeitschrift des Verbandes österreichischer Archivarinnen und Archivare 59 (2005) 88-96

Sophie LEDEBUR, Arbeit als Gegenleistung zur Armenunterstützung. In: Ingrid ARIAS, Sonia HORN, Michael HUBENSTORF (Hg.), `In der Versorgung`. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum `Am Wienerwald` (Wien 2005) 155-175

Sophie LEDEBUR, Die historischen Lebens- und Arbeitswelten der Pflegenden der Wiener psychiatrischen Anstalten Am Steinhof im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. In: Eberhard GABRIEL, 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe. Von den Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof zum Otto Wagner-Spital (Wien 2007) 207-220.

Sophie LEDEBUR, Die österreichische Irren- und Strafrechtsreformbewegung und die Anfänge eines eugenischen Diskurses in der Psychiatrie um 1900. In: Gerhard BAADER, Veronika HOFER, Michael HUBENSTORF (Hg.), Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900-1945 (Wien 2007) 208-235

Sophie LEDEBUR, Schreiben und Beschreiben. Zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 34 (2011) 102-124

Walter LEIMGRUBER, Akten: Die gesellschaftliche Kraft eines Verwaltungsinstruments. In: Ders., Claudia KAUFMANN, (Hg.), Was Akten bewirken können. Integrations- und Ausschlussprozesse eines Verwaltungsvorgangs (Zürich 2008) 7-17

Timothy LENOIR, Politik im Tempel der Wissenschaft. Forschung und Machtausübung im deutschen Kaiserreich (Frankfurt am Main, New York 1992)

Martin LENGWILER, Zwischen Klinik und Kaserne. Die Geschichte der Militärpsychiatrie in Deutschland und der Schweiz, 1870-1914 (Zürich 2000)

Wolf LEPENIES, Das Ende der Naturgeschichte. Wandel kultureller Selbstverständlichkeiten in den Wissenschaften des 18. und 19. Jahrhunderts (München, Wien 1976)

Paul LERNER, Hysterical Men. War, Neurosis, and German Mental Medicine 1914-1921 (Columbia 1996)

Paul LERNER, Hysterical Men: War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890-1930 (Cornell Studies in the History of Psychiatry) Ithaca 2001

Erna LESKY, Die Wiener medizinische Schule im 19. Jahrhundert (=Studien zur Geschichte der Universität Wien VI) Wien, Graz, Köln 1965

Astrid LEY, Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945 (=Kultur der Medizin. Geschichte-Theorie-Ethik 11) Frankfurt, New York 2003

Veronika LIPPHARDT, Kiran Klaus PATEL, Neuverzauberung im Gestus der Wissenschaftlichkeit. Wissenspraktiken im 20. Jahrhundert am Beispiel menschlicher Diversität. In: Geschichte und Gesellschaft 34 (2008) 425-454

Monika LÖSCHER, Julius Tandler. In: Gerhard HEINDL (Hg.), Wissenschaft und Forschung in Österreich: Exemplarische Leistungen österreichischer Naturforscher, Techniker und Mediziner (Frankfurt am Main, u.a. 2002) 89-104

Monika LÖSCHER, Zur Popularisierung von Eugenik und Rassenhygiene in Wien. In: Mitchell ASH, Christian H. STIFTER (Hg.), Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit. Von der Wiener Moderne bis zur Gegenwart (=Wiener Vorlesungen. Konversatorien und Studien 12) Wien 2002, 233-265

Niklas LUHMANN, Legitimation durch Verfahren (Frankfurt am Main 1983)

John Spencer MADDEN, Substance Use Disorders. Clinical Section. In: German E. BERRIOS, Roy PORTER (Hg.), A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of psychiatric Disorders (London, New York 1995) 656-667

Elisabeth MALLEIER, Die Kriegsneurosen in der Wiener Psychiatrie und Psychoanalyse. In: Wiener Geschichtsblätter 4 (1994) 206-219

Thomas MAYER, Family Matters. The Rise of Family Research as a Scientific Method and the Scientification of Eugenics in Vienna after World War I. In: Hermann HUNGER, Felicitas SEEBACHER, Gerhard HOLZER (Hg.) Styles of Thinking in Science and Technology. Proceedings of the 3rd International Conference of the European Society for the History of Science (Wien 2008) 1069-1080

Marietta MEIER, Zwang und Autonomie in der psychiatrischen Anstalt – Theoretische Überlegungen und empirische Befunde aus historischer Sicht. In: Wulf RÖSSLER, Paul HOFF (Hg.), Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang (Heidelberg 2005) 67-87

Marietta MEIER, Der „Fall Hägi“ am Zürcher Burghölzli. Zur Reaktion von Psychiatrie und Behörden auf Kritik an staatlichen Anstalten. In: Heiner FANGERAU, Karen NOLTE (Hg.), `Moderne´ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik (=Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 26) Stuttgart 2006, 239-257

Marietta MEIER, Brigitta BERNET, Roswitha DUBACH, Urs GERMANN, Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970 (Zürich 2007)

Marietta MEIER, Ordnungsversuche und Grenzziehungen: Krankenakten in der Psychiatrie. In: Claudia KAUFMANN, Walter LEIMGRUBER (Hg.), Was Akten bewirken können. Integrations- und Ausschlussprozesse eines Verwaltungsvorgangs (Zürich 2008) 66-75

Gerhard MELINZ, Von der `Wohltäterei` zur Wohlfahrt. Aspekte kommunaler Sozialpolitik 1918-1934. In: Das Rote Wien 1918-1934. Ausstellungskatalog des Historischen Museums der Stadt Wien (Wien 1993) 104-120

Gerhard MELINZ, Gerhard UNGAR, Wohlfahrt und Krise. Wiener Kommunalpolitik 1929-1938 (=Forschungen und Beiträge zur Wiener Stadtgeschichte 29) Wien 1996

Gerhard MELINZ, Von der Armenfürsorge zur Sozialhilfe: Zur Interaktionsgeschichte von „erstem“ und „zweiten“ sozialem Netz in Österreich am Beispiel der Erwachsenenfürsorge im 19. und 20. Jahrhundert (Habilitationsschrift, Wien 2003)

Dietrich MEYER, Bernd HEY (Hg.), Akten betreuter Personen als archivische Aufgabe. Beratungs- und Patientenakten im Spannungsfeld von Persönlichkeitsschutz und historischer Forschung. (=Veröffentlichungen der Arbeitsgemeinschaft der Archive und Bibliotheken in der evangelischen Kirche 25) Neustadt a. d. Aisch 1997, 73-101

Joseph MELLING, Bill FORSYTHE (Hg.), The Politics of Madness. The State, Insanity and Society in England, 1845-1914 (=Routledge Studies in the Social History of Medicine) London, New York 2006

Susanne MENDE, Die Wiener Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ im Nationalsozialismus (Frankfurt am Main 2000)

Torger MÖLLER, Die psychiatrische Kritik an gesellschaftlichen Vorurteilen als medizinische Legitimationsstrategie. In: Heiner FANGERAU, Karen NOLTE (Hg.), `Moderne` Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik (=Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 26) Stuttgart 2006, 221-237

Christoph MUNDT, Henning SAß (Hg.), Für und wider die Einheitspsychose (Stuttgart 1992)

Axel Hinrich MURKEN, Die Entwicklung des Krankenhauses im 19. Jahrhundert. In: Historia Hospitalium 6 (1971) 38-40

Christian MÜLLER, Verbrechensbekämpfung im Anstaltsstaat. Psychiatrie, Kriminologie und Strafrechtsreform in Deutschland, 1871-1933 (Göttingen 2004).

Thomas MÜLLER, Jaromir von Mundys (1822-1894) Beitrag zur Debatte um die psychiatrische Familienpflege – und die Folgen. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde 9 (2003) 179-196

Stefan NELLEN, Martin SCHAFFNER, Martin STINGELIN (Hg.), Paranoia City. Der Fall Ernst B. Selbstzeugnis und Akten aus der Psychiatrie um 1900 (Basel 2007)

Wolfgang NEUGEBAUER, Peter SCHWARZ, Nobelpreisträger im Zwielficht. Zur historisch-politischen Beurteilung von Julius Wagner-Jauregg. In: Dokumentationsarchiv des österreichischen Widerstandes (Hg.), Jahrbuch 2006 (Wien 2006) 124-169

Michael NIEHAUS, Wort für Wort. Zur Geschichte und Logik des Verhörprotokolls. In: Ders., Hans-Walter SCHMIDT-HANNISA (Hg.), Das Protokoll. Kulturelle Funktionen einer Textsorte (Frankfurt am Main 2005) 27-47

Karen NOLTE, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900 (=Geschichte und Gesellschaft 42) Frankfurt, New York 2003

Karen NOLTE, Die Erfahrung „zwischen den Zeilen“. Eine patientenzentrierte Perspektive als eine andere Geschichte? In: Margu rite BOS, Bettina VINCENZ, Tanja WIRZ (Hg.), Erfahrung: Alles nur Diskurs? Auseinandersetzung mit einer Debatte um einen vielschichtigen Begriff (Zürich 2004) 273-281

Karen NOLTE, Querulantenwahnsinn – „Eigensinn“ oder „Irrsinn“? In: Dies., Heiner FANGERAU (Hg.), `Moderne´ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik (=Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 26) Stuttgart 2006, 395-410

Karen NOLTE, Vom Verschwinden der Laienperspektive aus der Krankengeschichte: Medizinische Fallberichte im 19. Jahrhundert. In: Sybille BRÄNDLI, Barbara LÜTHI, Gregor SPUHLER (Hg.), Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts (Frankfurt am Main 2009) 33-61

Klaus ONDRA, Abstinenzbewegungen in Österreich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts (Dipl. Arbeit, Wien 1996)

Harry OOSTERHUIS, Extending the Boundaries of Psychiatry. The Professional Strategies of Richard von Krafft-Ebing. In: Eric J. ENGSTROM, Volker ROELCKE (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert, 153-167

Ulrich PÖTZL, Sozialpsychiatrie, Erbbiologie und Lebensvernichtung – Valentin Faltlhauser, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee in der Zeit des Nationalsozialismus (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 75) Husum 1995

Gisela POINTNER, Personalbibliographien von Professoren und Dozenten der Psychiatrie und Neurologie an der Wiener Medizinischen Fakultät im ungefähren Zeitraum von 1880 bis 1920 (Diss.med. Erlangen, Tübingen 1972)

Michael POLANYI, Implizites Wissen (Frankfurt am Main 1985)

Roy PORTER, The Patient's View. Doing Medical History from Below. In: Theory and Society 14 (1985) 175-198

Roy PORTER, Epilepsy. Social Section. In: Ders., Roy PORTER (Hg.), A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of psychiatric Disorders (London, New York 1995) 166-173

Theodore M. PORTER, Trust in Numbers. The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life (Princeton 1995)

Joachim RADKAU, Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler (Wien, München 1998)

Michaela RALSER, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900 (München 2010)

Jacques RANCIERE, Eine uralte Schlacht. Die Sprache der Tatsachen und die Poetik des Wissens. In: Neue Rundschau 105 (1994) 21-30

Lutz RAPHAEL, Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts. In: Geschichte und Gesellschaft. Zeitschrift für Historische Sozialwissenschaft 22 (1996) 165-193

Susanne REGENER, Vom Sprechenden zum Stummen Bild. Zur Geschichte der psychiatrischen Fotografie. In Marianne SCHULLER, Claudia REICHE, Gunnar SCHMIDT (Hg.), BildKörper. Verwandlungen des Menschen zwischen Medium und Medizin (Hamburg 1998) 187-209

Susanne REGENER, Fotografische Erfassung. Zur Geschichte medialer Konstruktionen des Kriminellen (München 1999)

Carsten REINHARDT, Regulierungswissen und Regulierungskonzepte. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 33 (2010) 351-364

Stanley J. REISER, Creating Form out of Mass. The Development of the Medical Record. In: Everett MENDELSON (Hg.), Transformation and Tradition in the Sciences. Essays in Honor of I. Bernard Cohen (Cambridge 1984) 303-316

Hans-Jörg RHEINBERGER, Bettina WAHRIG-SCHMIDT, Michael HAGNER, (Hg.), Räume des Wissens: Repräsentation, Codierung, Spur (Berlin 1997)

Jacques LE RIDER, Das Ende der Illusion. Die Wiener Moderne und die Krisen der Identität. Aus dem Französischen (1990) übersetzt von Robert FLECK (Wien 1990)

Peter RIEDESSER, Axel VERDERBER, "Maschinengewehre hinter der Front". Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie (Frankfurt am Main 1996)

Brigitte RIGELE, Probleme der Sicherung von medizinhistorischen Quellen. In: Sonia HORN, Helmuth GRÖSSING (Hg.), Wiener Gespräche zur Sozialgeschichte der Medizin 1 (Wien 1996) 37-42

Guenter B. RISSE, John Harley WARNER, Reconstructing clinical activities: Patient Records in Medical History. In: Social History of Medicine 5 (1992) 183-205

Hans-Jakob RITTER, Von den Irrenstatistiken zur „erblichen Belastung“ der Bevölkerung. Die Entwicklung der schweizerischen Irrenstatistiken zwischen 1850 und 1914. In: Traverse 1 (2003) 59-70

Volker ROELCKE, Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdiagnosen im bürgerlichen Zeitalter, 1790 - 1914 (Frankfurt am Main) 1999

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) 109-124

Volker ROELCKE, Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie unter Ernst Rüdin: Zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933. In: Medizinhistorisches Journal 37 (2002) 21-55

Volker ROELCKE, Unterwegs zur Psychiatrie als Wissenschaft: Das Projekt einer „Irrenstatistik“ und Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Klassifikation. In: Ders., Eric J. ENGSTROM (Hg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum (=Medizinische Forschung 13) Mainz 2003, 169-188

Volker ROELCKE, „Prävention“ in Hygiene und Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts. In: Ulrike ENKE (Hg.), Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen: Institutionen, Akteure und Ereignisse von der Gründung 1607 bis ins 20. Jahrhundert, Bd. 1 (Stuttgart 2007) 395-416

- Volker ROELCKE, Auf der Suche nach der Politik in der Wissensproduktion: Plädoyer für eine historisch-politische Epistemologie. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 33 (2010) 176-192
- Joseph ROTH, Werke I. Das journalistische Werk 1915 – 1923. Hg. von Klaus WESTERMANN (Köln 1989)
- Joseph ROTH, Kaffeehaus-Frühling. Ein Wien-Lesebuch. Hg. von Helmut PESCHINA (Köln 2001)
- Karl SABLİK, Julius Tandler. Mediziner und Sozialreformer. Mit einem Geleitwort der Wiener Gesundheits- und Sozialstadträtin Mag.a Sonja Wehsely (2. Aufl., Frankfurt am Main, u.a. 2010)
- Christoph SACHSE, Florian TENNSTEDT, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland Bd. 2, Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929 (Stuttgart 1988)
- Kai SAMMET, „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868 (=Hamburger Studien zur Geschichte der Medizin 1) Hamburg 2000
- Kai SAMMET, Ökonomie, Wissenschaft und Humanität – Wilhelm Griesinger und das non restraint-System. 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 13) Mainz 2003, 95-116
- Kai SAMMET, Akteure, Konflikte, Interessen: Wilhelm Griesingers Reformversuche in der Irrenabteilung der Berliner Charité 1865-1868. In: Medizinhistorisches Journal 38 (2003) 285-312
- Kai SAMMET, Gute Arbeit: „pflichtgemäße Führung“ und „höhere Anforderungen“ : Beurteilungsmuster des Wärterverhaltens und die Einführung des Non Restraint in der Charité in den 1860er Jahren. In: Sudhoffs Archiv 88 (2004) 210-225
- Kai SAMMET, Sozialistenfurcht, Psychiatriekritik, Arbeit am Kranken und das Feld der Anstaltspsychiatrie: L. Scholz´ (1868-1918) „Leitfaden für Irrenpfleger (1900). In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 10 (2004) 165-187
- Kai SAMMET, Paratext und Text. Über das Abheften und die Verwendung psychiatrischer Krankenakten. Beispiele aus den Jahren 1900 bis 1930. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft zur Geschichte der Nervenheilkunde 12 (2006) 339-367
- Kai SAMMET, Controlling space, transforming visibility: Psychiatrists, nursing staff, violence and the case of Hematoma auris in German psychiatry ca. 1830-1880. In: Leslie TOPP, James E. MORAN, Jonathan ANDREWS (Hg.), Madness, Architecture and the Built Environment. Psychiatric Spaces in Historical Context (=Routledge Studies in the History of Medicine 27) New York, London 2007, 287-304
- Edith SAURER, Religiöse Praxis und Sinnesverwirrung. In: Richard van DÜLMEN (Hg.), Dynamik der Tradition (=Studien zur historischen Kulturforschung IV) Frankfurt am Main 1992, 213-239
- Roland SCHIFFTER, Die Neurologisierung der Psychiatrie: Aspekte eines Paradigmenwechsels – Moritz Romberg, Wilhelm Griesinger, Carl Westphal. In: Hanfried HELMCHEN (Hg.), Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin (Lengerich 2008) 59-75
- Thomas Peter SCHINDLER, Psychiatrie im Wilhelminischen Deutschland im Spiegel der Verhandlungen des „Vereins der deutschen Irrenärzte“ (ab 1903: „Deutscher Verein für Psychiatrie“) von 1891 bis 1914 (Diss.med. Berlin, 1990)
- Thomas SCHLICH, Surgery, Science and Modernity: Operating Rooms and Laboratories as Spaces of Control. In: History of Science 45 (2007) 231-256

Wilhelm SCHMIDT-BIGGEMANN, Was macht Wissen verlässlich? Überlegungen zum Verhältnis von Wissenschafts- und Wissensgeschichte. In: Wolfgang DICKHUT, Stefan MANNS, Norbert WINCKLER (Hg.), Muster im Wandel. Zur Dynamik topischer Wissensordnungen in Spätmittelalter und Früher Neuzeit (=Berliner Mittelalter- und Frühneuezeitforschung 5) Göttingen 2008, 13-30

Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, Psychiatrie und Psychologie im Widerstreit. Die Auseinandersetzung in der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft (1867-1899). (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 51) Husum 1986

Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, Eine „anti-psychiatrische Bewegung“ um die Jahrhundertwende. In: Martin DINGES (Hg.), Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich, ca. 1870 - ca. 1933. (=Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beihefte 9) Stuttgart 1996, 127-159

Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, „Abweichung vom Durchschnitt im Sinne der Zweckwidrigkeit“. Der psychiatrische Blick auf die „Normalität“. In: Volker HESS (Hg.), Die Normierung der Gesundheit. Messende Verfahren der Medizin als kulturelle Praktik um 1900 (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften 82) Husum 1997, 39-56

Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, Stefan PRIEBE, Open Psychiatric Care and Social Psychiatry in 19th and early 20th Century Germany. 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 13) Mainz 2003, 263-281

Ulrich Johannes SCHNEIDER, Wissensgeschichte, nicht Wissenschaftsgeschichte. In: Axel HONNETH, Martin SAAR (Hg.), Michel Foucault. Zwischenbilanz einer Rezeption (Frankfurt am Main 2003) 220-229

Martin SCHEUTZ (Hg.), Totale Institutionen. Themenheft. Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit 8, Heft 1 (2008)

Carl E. SCHORSKE, Fin-de-Siècle Vienna: Politics and Culture (London, Wien, 1980)

Leopold SCHÖNBAUER, Das medizinische Wien. Geschichte, Werden, Würdigung (Wien 1947)

Ingo SCHUBERT, Zur Geschichte und Entwicklung progressiver Formen der Familienpflege, der Agrarkolonie und der Arbeitstherapie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – dargestellt u.a. am Beispiel Altscherbitz. In: Achim THOM (Hg.), Zur Geschichte der Psychiatrie im 19. Jahrhundert (Berlin 1984) 84-97

Rebecca SCHWOCH, Hans-Peter SCHMIEDEBACH, „Querulantenwahnsinn“, Psychiatriekritik und Öffentlichkeit um 1900. In: Medizinhistorisches Journal 42 (2007) 30-60.
Edward SHORTER, Geschichte der Psychiatrie (Berlin 1999)

Hans-Ludwig SIEMEN, „Menschen blieben auf der Strecke ...“. Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus (Gütersloh 1987)

Hans-Ludwig SIEMEN, Reform und Radikalisierung. Veränderungen in der Psychiatrie in der Weltwirtschaftskrise. In: Norbert FREI (Hg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit (=Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte. Sondernummer) München 1991, 191-200

Willibald SLUGA, Geisteskranke Rechtsbrecher. Forensische Psychiatrie und Strafrechtspflege (Wien, München 1977) 21-29

Christian SOBOTH, Der Garten der Irren. In: Natascha N. HOEFER, Anna ANANIEVA (Hg.), Der andere Garten. Erinnern und Erfinden in Gärten von Institutionen (=Formen der Erinnerung 22) Göttingen 2005, 303-320

- Jean-Charles SOURNIA, *A History of Alcoholism* (Oxford 1990)
- Hasso SPODE, *Die Macht der Trunkenheit. Kultur- und Sozialgeschichte des Alkohols in Deutschland* (Opladen 1993)
- Claudia SPRING, *Zwischen Krieg und Euthanasie. Zwangssterilisationen in Wien 1940-1945* (Wien 2009)
- Cecile aan de STEEGE, *Changing Attitudes towards 'Non-restraint' in Dutch Psychiatric Nursing 1897-1994*. In: Marijke GIJSWIJT-HOFSTRA, Harry OOSTERHUIS, Joost VIJSELAAR, Hugh FREEMAN (Ed.), *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches* (Amsterdam 2005) 331-353
- Alfred STOHL, *Der Narrenturm oder die dunkle Seite der Wissenschaft* (Wien 2000)
- Alfred STOHL, *Warum der Narrenturm zu Wien keinen Garten hatte*. In: Natascha N. HOEFER, Anna ANANIEVA (Hg.), *Der andere Garten. Erinnern und Erfinden in Gärten von Institutionen (=Formen der Erinnerung 22)* Göttingen 2005, 321-343
- Michael STOLBERG, *Formen und Funktionen medizinischer Fallberichte in der Frühen Neuzeit (1500-1800)*. In: Johannes SÜßMANN, Susanne SCHOLZ, Gisela ENGEL (Hg.), *Fallstudien: Theorie – Geschichte – Methode (=Frankfurter Kulturwissenschaftliche Beiträge 1)* Berlin 2007, 81-95
- Margit SZÖLLÖSI-JANZE, *Wissensgesellschaft in Deutschland: Überlegungen zur Neubestimmung der deutschen Zeitgeschichte über Verwissenschaftlichungsprozesse*. In: *Geschichte und Gesellschaft* 30 (2004) 277-313
- Jakob TANNER, *Der 'fremde Blick': Möglichkeiten und Grenzen der historischen Beschreibung einer psychiatrischen Anstalt*. In: Wulf RÖSSLER, Paul HOFF (Hg.), *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang* (Heidelberg 2005) 45-66
- Jakob TANNER, *Akteure, Akten und Archive*. In: Claudia KAUFMANN, Walter LEIMGRUBER (Hg.), *Was Akten bewirken können. Integrations- und Ausschlussprozesse eines Verwaltungsvorgangs* (Zürich 2008) 150-160
- Leslie TOPP, *Architecture and truth in Fin-de-Siècle Vienna* (Cambridge University Press 2004)
- Leslie TOPP, *Otto Wagner and the Steinhof Psychiatric Hospital: Architecture as Misunderstanding*. In: *Art Bulletin* 87 (2005) 130-156
- Leslie TOPP, *Psychiatric Institutions, their architecture, and the politics of regional autonomy in the Austrian-Hungarian monarchy*. In: *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 38 (2007) 733-755
- Leslie TOPP, *The modern mental hospital in late nineteenth-century Germany and Austria. Psychiatric space and images of freedom and control*. In: Dies., James E. MORAN, Jonathan ANDREWS (Hg.), *Madness, Architecture and the Built Environment. Psychiatric Spaces in Historical Context (=Routledge Studies in the History of Medicine 27)* New York, London 2007, 241-261
- Leslie TOPP, Sabine WIEBER, *Architecture, Psychiatry and the Rural Idyll: The Agricultural Colony at Kierling-Gugging*. In: Eberhard GABRIEL, Martina GAMPER (Hg.), *Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900* (Wien 2009) 109-120.
- Leslie TOPP, Emma BLACKSHAW, *Erforschungen des Körpers und Utopien des Irrsinns. Geisteskrankheit, Psychiatrie und bildende Kunst in Wien zwischen 1898 und 1914*. In: Dies. (Hg.) *Madness & Modernity. Kunst und Wahn in Wien um 1900* (Wien 2010) 17-41

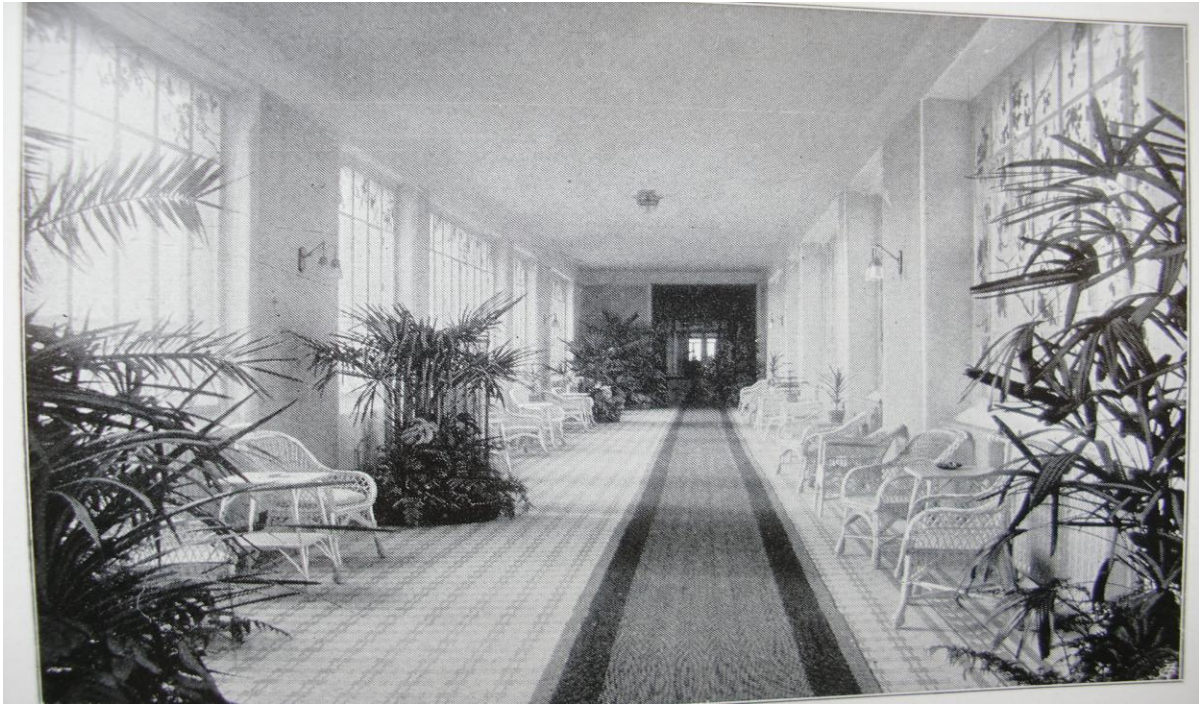
- Stephen TURNER, *The Social Theory of Practices. Tradition, Tacit Knowledge and Presuppositions* (Chicago 1994)
- Christine VANJA, *Der Irrenhausgarten als Therapeutikum*. In: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für die Geschichte der Nervenheilkunde* 12 (2006) 287-313
- Cornelia VISMANN, *Akten. Medientechnik und Recht* (Frankfurt am Main 2000)
- Josef VLIEGEN, *Die Einheitspsychose. Geschichte und Problem* (=Forum der Psychiatrie 9) Stuttgart 1980
- Jakob VOGEL, *Von der Wissenschafts- zur Wissensgeschichte. Für eine Historisierung der „Wissensgesellschaft“*. In: *Geschichte und Gesellschaft* 30 (2004) 639-660
- Joseph VOGL, *Poetologien des Wissens um 1800* (München 1999)
- Wolfgang VOLLMOELLER, *Was heißt psychisch krank? Der Krankheitsbegriff in Psychiatrie, Psychotherapie und Forensik* (Stuttgart, Berlin, Köln, 2. Aufl., 2001)
- Johannes VOSSEN, *Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1950* (=Düsseldorfer Schriften zur Neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordrhein-Westfalens 56)
- Bernd WALTER, *Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch: Die Überforderung der Anstalt? (1870-1930)*. In: Franz-Werner KERSTING, Karl TEPPE, Bernd WALTER (Hg.), *Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert* (=Forschungen zur Regionalgeschichte 7) Paderborn 1993, 66-98
- Bernd WALTER, *Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime* (Paderborn 1996)
- Ilsemarie WALTER, *Pflege als Beruf oder aus Nächstenliebe? Die Wärterinnen und Wärter in Österreichs Krankenhäusern im 19. Jahrhundert* (Frankfurt am Main 2004)
- Carlos WATZKA, *Der „Irrenboom“ in der Steiermark. Zum Problem der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Moderne*. In: *Newsletter MODERNE* 5 (2002) 21-26
- Carlos WATZKA, *Arme, Kranke, Verrückte: Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark vom 16. bis zum 18. Jahrhundert und ihre Bedeutung für den Umgang mit psychisch Kranken* (=Veröffentlichungen des Steiermärkischen Landesarchivs 36) Graz 2004
- Andreas WEIGL, *Demographischer Wandel und Modernisierung in Wien* (Wien 2000)
- Paul WEINDLING, *Medicine and Modernization: The Social History of German Health and Medicine*. In: *History of Science* 24 (1986) 277-301
- Erika WEINZIERL, *Die historischen Hintergründe der Einführung des neuen Entmündigungsrechtes*. In: Dies., Karl STADLER (Hg.), *Justiz und Zeitgeschichte* (=Veröffentlichungen des Ludwig-Boltzmann-Instituts für Geschichte der Gesellschaftswissenschaften) Wien 1983, 121-148
- Richard F. WETZELL, *Inventing the Criminal. A History of German Criminology 1880-1945* (Chapel Hill, London 2000)
- Eberhard WOLFF, *Perspectives on Patients' History: Methodological Considerations on the Example of Recent German-Speaking Literature*. In: *Canadian Bulletin for Medical History* 15 (1998) 207-228

Eberhard WOLFF, Medikale Landschaften. Das Sanatorium als gedachte und gelebte Gesundheitsgeographie. In: Nicholas ESCHENBRUCH, Dagmar HÄNEL, Alois UNTERKIRCHER (Hg.), Medikale Räume. Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit (Bielefeld 2010) 21-41

Carlo WOLFISBERG, Heilpädagogik und Eugenik. Zur Geschichte der Heilpädagogik in der deutschsprachigen Schweiz (1800-1950), Zürich 2002

8. Anhang

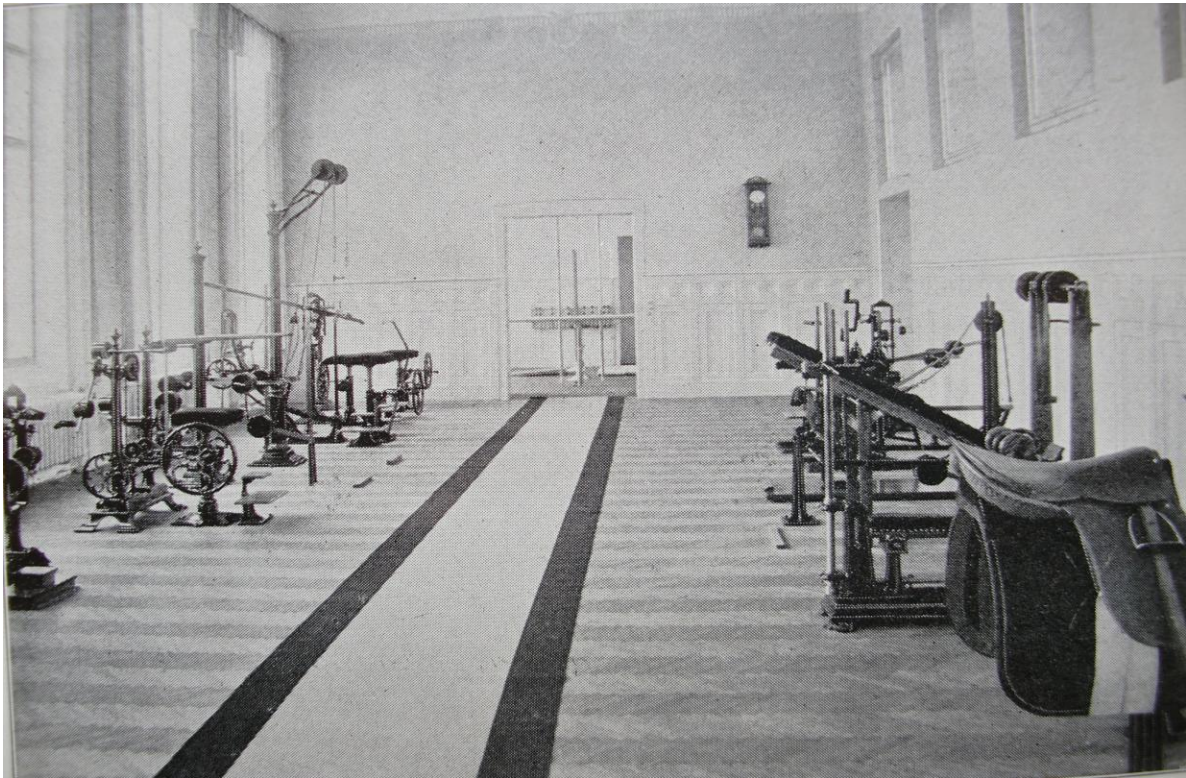
Die folgenden Abbildungen des Sanatoriums und dessen therapeutischen Einrichtungen der stammen aus: Eugen Hofmökler, Wiener Heilanstalten. Darstellung der baulichen Anlage und Einrichtung (Wien 1910) S.129-132



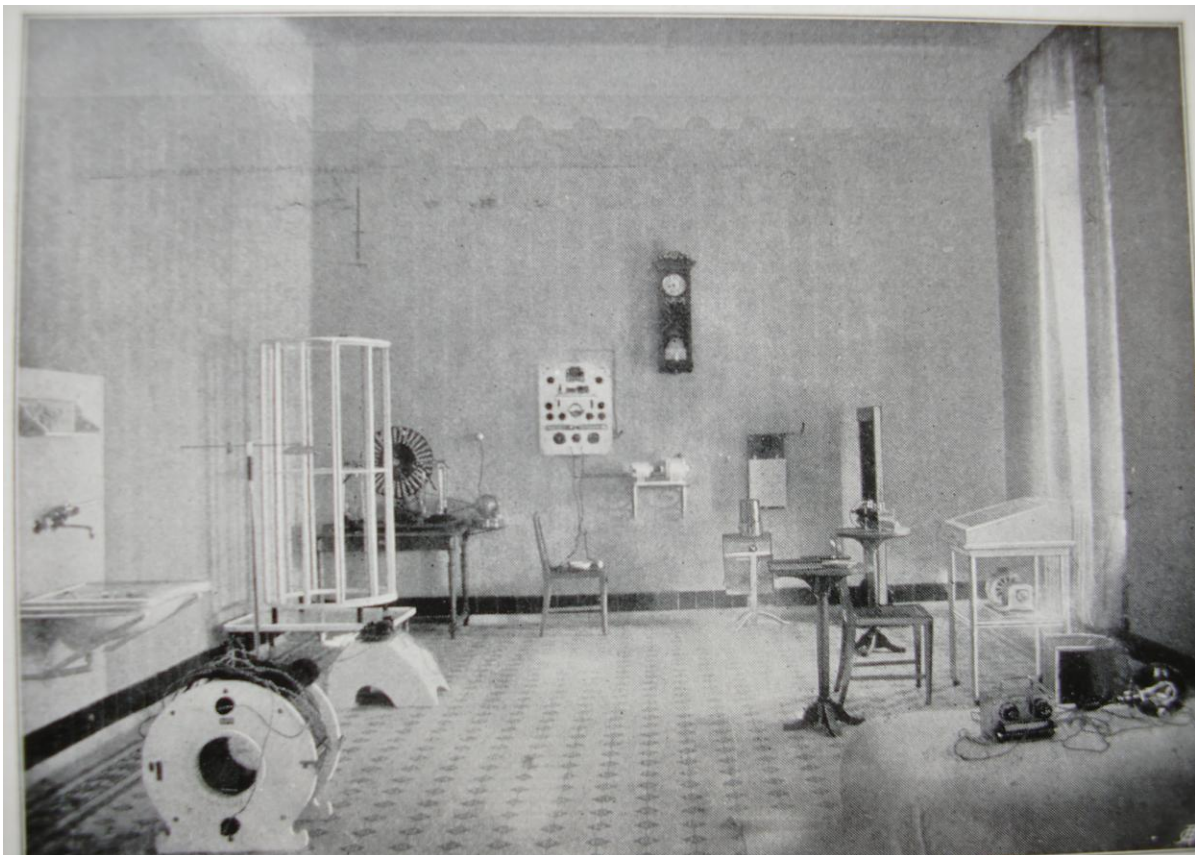
Wandelgang Sanatorium



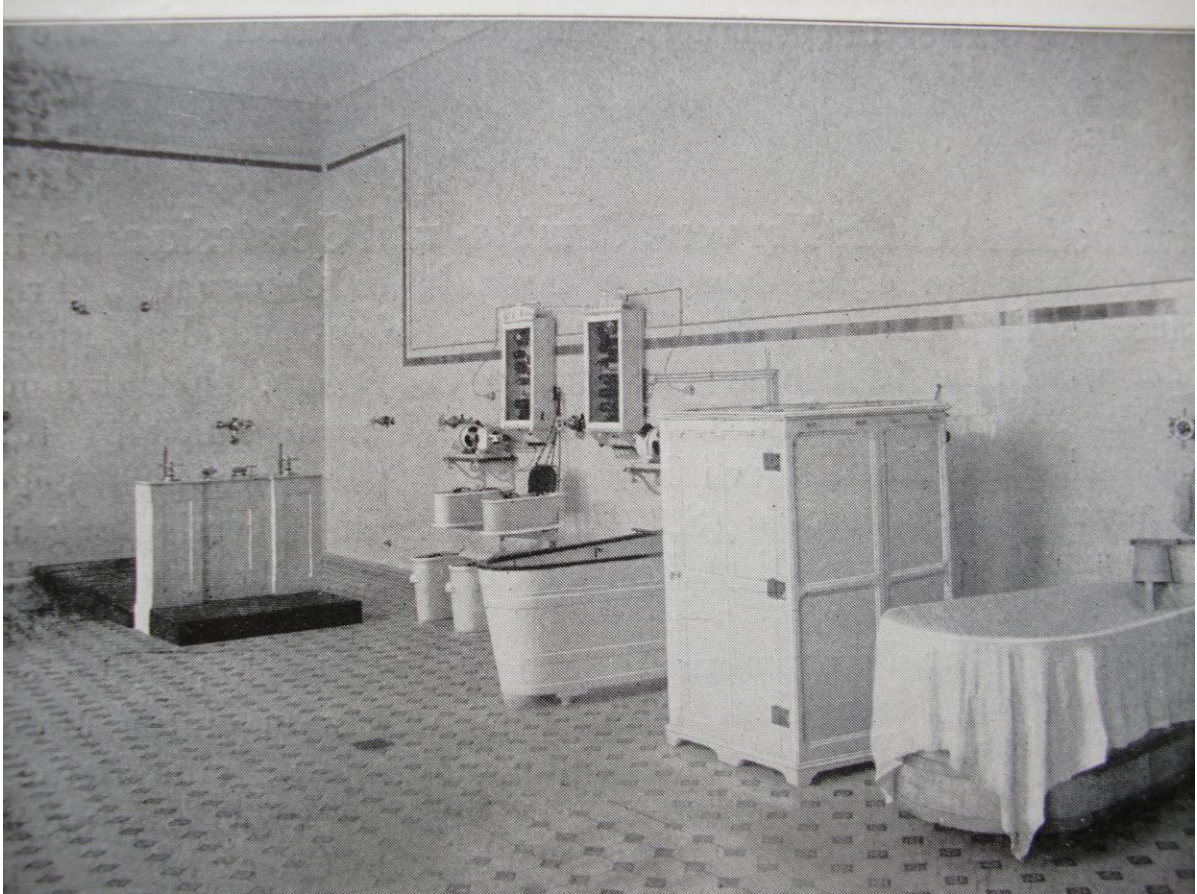
Winterschwimmbad Sanatorium



Mechanotherapie



Elektrotherapie



Hydrotherapie



Sonne luftbäder

Abstract

Die 1907 am Wiener Stadtrand eröffnete Heil- und Pflegeanstalt *Am Steinhof* lässt auf besondere Weise nach dem Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne fragen. Erstens verweist bereits die enorme Dimension der zum Zeitpunkt ihrer Gründung größten psychiatrischen Anstalt in Europa auf komplexe gesellschaftspolitische Kontexte, die zu deren Erbauung führten. Zweitens wird mit der herausragenden architektonischen Gestaltung der gesamten Anstaltsanlage die Aufmerksamkeit unweigerlich auf die Bedeutung ihrer Wirkung auf eine Öffentlichkeit gelenkt. Drittens stellte deren Gründung die nun endgültige Trennung von der Klinik als dem Ort der Forschung und Lehre dar. Diese Aufteilung bedingte die Existenz zweier zwar nicht unverbundener, aber dennoch voneinander weitgehend unabhängiger Ausrichtungen innerhalb einer Disziplin und führte zu Reflexionen und (Neu-)Definitionen des nun eigenständigen Wissensraumes.

Die Einrichtung dieser Institution erwies sich zudem als ein Brennpunkt vieler Fragen der Gesundheitspolitik. Konzeption und weitergehende Reformen der psychiatrischen Anstalt bis in die späten 1920er Jahre zeigen, dass hier vielfach Praxis- und Kompetenzfelder erst ausgehandelt werden mussten. Die vorliegende Arbeit folgt der Entwicklung der Institution *Am Steinhof* aus dem Blickwinkel einer Geschichte des Wissens und richtet den Fokus auf die psychiatrische Praxis. Die historische Analyse der überwiegend auf die Versorgung ausgerichteten Anstalt zielt somit weniger auf ein akademisch etabliertes Wissen, sondern lenkt den Blick vielmehr auf grundlegende Strukturen der Systematisierung und die Organisation der sozialen und institutionellen Praktiken. Die nun gänzlich von der klinischen Psychiatrie getrennten Heil- und Pflegeanstalten *Am Steinhof* erweisen sich als ein Ort, an dem ein an die Institution gebundenes Alltagswissen, ein implizites Handlungswissen, ein auf Erfahrung basierendes Behandlungswissen, ein Wissen um Vorstellungen geistiger Gesundheit und Krankheit inklusive aller ihrer vielfältigen Übergangs- und Grauzonen, ein Regulierungswissen und nicht zuletzt ein Verwaltungswissen angewandt, verändert und auch in andere Bereiche weiter transferiert wurde.

Abstract

When founded in 1907, the hospital for mentally ill *Am Steinhof* at the outskirts of Vienna was the biggest institution of its kind in Europe. The modernist approach shows in the enormous dimension of the institution and the architecturally outstanding design of the building itself which points to a complex socio-political context. The foundation of the asylum also entailed the final separation of the clinic from the academic field of clinical psychiatry, concerned as it was with research and teaching. This development into two independent functions within one medical discipline demanded reflections upon and (re)definitions of the newly created knowledge space.

The dissertation traces the historical development of the Viennese mental hospital and follows research questions concerning the knowledge of the 'modern psychiatry' in its practice. The establishment of this very institution is crucial to many issues of health care policy of that era. Both the conceptual design and the ongoing reforms of the psychiatric care until the late 1920s shows that the fields of practice had to be mediated with various other areas of competence. The historical analysis of the mental home focuses less on academically established knowledge but rather on the powerful structures of the social and institutional practices. From the vantage point of a history of knowledge there occurs an implicit instructional knowledge, a practical knowledge on psychiatric treatment, a certain knowledge about mental sanity and insanity, including all its grey areas, as well as regulatory and administrative practice.

Curriculum Vitae

Mag. phil. Sophie Ledebur, geb. am 17. August 1971 in Horn.

Seit 02 / 2009 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am DFG-Projekt `Kulturen des Wahnsinns´. Schwellenphänomene der urbanen Moderne; Teilprojekt D: `Psychopathologische Grenzzustände als kultureller Schwellenraum. Psychiatrische Diagnosen der Berliner Universitätsnervenklinik, 1880-1930´

Von Oktober 2010 – Januar 2011 Writing-up-Fellowship am Max-Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte, Abt. III

2006 - 2009 Mitglied des Graduiertenkollegs „Naturwissenschaften im historischen Kontext“ an der Universität Wien.

- SoSe 2009 Mitarbeit an der Konzeption und Organisation der Vorlesungsreihe des Initiativkollegs: „Entwerfen, Verwerfen, Rest. Wissenschaftsgeschichte zwischen materieller Praxis, selektiver Verwertung und archäologischer Rekonstruktion“
- SoSe 2007 Tutorin im Guided-Reading-Kurs, parallel zur Ring-Vorlesung „Wissen-Macht- Wissensmacht“ von Prof. Carola Sachse und Prof. Mitchell Ash.

2006 Stipendiatin des Wiener Krankenanstaltenverbundes

2005 Mitarbeiterin des Forschungsprojektes des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin „Frauen im Wiener Gesundheitssystem während der NS-Zeit“

2004 Mitarbeit am Forschungsprojekt des Wiener Instituts für Geschichte der Medizin und des Vereins für Sozialgeschichte der Medizin: „Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum ‚Am Wienerwald‘“

Privater Auftrag für eine Familienforschung (Bericht im Ausstellungskatalog s.u.)

1996 – 2003 Studium der Geschichte an der Universität Wien. Abschluss des Studiums mit der Diplomarbeit: „Die Miasmentheorie. Ätiologie im 18. und 19. Jahrhundert“

1996 und 1997 Geburt einer Tochter und eines Sohnes

1994 – 1995 Intensivkrankenpflege an der Herz-Thorax-Chirurgie im AKH, Wien

1991 – 1994 Ausbildung zur diplomierten Krankenpflegerin (Wien, Rudolphinerhaus)

Publikationen:

Gemeinsam mit Volker Hess: Taking and Keeping. A note on the emergence and function of hospital patient records. In: Journal of the Society of Archivists 32 (2011) 21-32

Gemeinsam mit Volker Hess: Psychiatrie in der Stadt. Die Poliklinik als urbaner Schwellenraum. In: Volker Hess, Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.), Kulturen des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne (Köln 2011; in Vorbereitung)

Schreiben und Beschreiben. Zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten. In: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 34 (2011) 102-124

Hebephrenie – Dementia praecox – Schizophrenie. Ein Fallbeispiel stationärer psychiatrischer Versorgung 1900-1931. In: Thomas Brandstetter, Dirk Rupnow, Christina Wessely (Hg.), Sachunterricht. Fundstücke aus der Wissenschaftsgeschichte (Wien 2008)

Die österreichische Irrenrechts- und Strafrechtsreformbewegung und die Anfänge eines eugenischen Diskurses in der Psychiatrie um 1900. In: Gerhard Baader, Veronika Hofer, Thomas Mayer (Hg.), Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900-1945 (Wien 2007)

Die historischen Lebens- und Arbeitswelten der Pflegenden der Wiener psychiatrischen Anstalten Am Steinhof im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. In: Eberhard Gabriel (Hg.), 100 Jahre Gesundheitsstandort Baumgartner Höhe. Von den Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof zum Otto Wagner-Spital (Wien 2007)

Zur Geschichte der Hebammen in Wien während der NS-Zeit. In: Ingrid Arias (Hg.), Im Dienste der Volksgesundheit. Frauen. Gesundheitswesen. Nationalsozialismus (Wien 2006)

Armut und Alter. Eine überblicksartige Darstellung der Wiener Armenpflege. / Arbeit als Gegenleistung für Armenunterstützung. Beide Artikel in: Ingrid Arias, Sonia Horn, Michael Hubenstorf (Hg.) „In der Versorgung“. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“ (Wien 2005)

Die Villa Freiland und ihre Bewohner im Spiegel der Briefsammlung. In: „an/sammlung an/denken“. Ein Haus und seine Dinge im Dialog mit zeitgenössischer Kunst. Ausstellungskatalog, Hg.: Cornelia Meran (Salzburg 2005)