

Anstalt als sozialer Raum

**Gewährung und Entzug von Raum als Behandlungsmethode am
Beispiel der Privatheilanstalt Kennenburg / Esslingen 1876-1907**

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Universität Heidelberg

vorgelegt

von

KARIN LAUTERBACH

Erstgutachter:

Prof. Dr. med. Wolfgang U. Eckart (Heidelberg)

Zweitgutachter:

Prof. Dr. phil. Frank Engehausen (Heidelberg)

Konstanz, im Mai 2013



„...unter jedem Grabstein liegt eine Weltgeschichte...“

[Heinrich Heine]

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Quellen	3
1.1 Krankenakten	3
1.1.1 Krankenakten: Eingrenzung	7
1.1.2 Krankenakten: Aufbau	9
1.1.3 Krankenakten: Aktenbeispiel	11
1.1.4 Krankenakten: Quellenkritik	13
1.2 Visitationsberichte	17
1.3 Sonstige Quellen	20
2. Verortungen	23
2.1 Verortung Kennenburgs im württembergischen Anstaltswesen	24
2.2 Verortung Kennenburgs im Makrokosmos Gesellschaft	29
2.3 Verortung Kennenburgs im Mikrokosmos Anstaltsleben	35
3. Kennenburg	47
3.1. Kennenburg vor Dr. Landerer (1840-1875)	48
3.2. Kennenburg unter Dr. Landerer (1876-1907)	52
3.2.1 Dr. Paul Landerer	53
3.2.2 Die Anlage Kennenburg	57
3.2.2.1 Hauptgebäude – Oberhaus	58
3.2.2.2 Hauptgebäude – Unterhaus	62
3.2.2.3 Pavillon	65
3.2.2.4 Ökonomie	67
3.2.3 Personal	68
3.2.4 Patient/innen (1886)	71
3.2.4.1 Patient/innen (1886): Diagnosen	73
3.2.4.2 Patient/innen (1886): Hintergrund	77
3.3 Kennenburg nach Dr. Landerer (1907-1941)	82
4. Empirische Untersuchung	88
4.1 Stichprobe	88
4.1.1 Selektionskriterien	89
4.1.2 Von den Geschichten zur Geschichte	90
4.2 Einzelfälle	94
4.2.1 Selektionskriterien	95
4.2.2 Von den Punkten zu den Fällen	96

5. Kasuistische Untersuchung	100
5.1 Verlauf vor Aufnahme	101
5.1.1 Töchter	101
5.1.2 Bräute	104
5.1.3 Mütter	107
5.2 Aufnahme	110
5.3 Behandlung	114
5.3.1 Somatische Behandlung	116
5.3.1.1 Medikation	117
5.3.1.2 Ernährung	120
5.3.2 Psychische Behandlung	125
5.3.2.1 „Gehörige Strenge“	126
5.3.2.2 „Grösstmögliche Freiheit“	130
5.4 Reaktions-Typen	135
5.4.1 Ambivalenz	137
5.4.2 Widerstand	140
5.4.3 Anpassung	148
5.4.4 Dankbarkeit	151
5.5 Verlauf nach Entlassung	155
5.6 Vergleichsgruppe	162
5.6.1 Gruppen-Unterschiede	163
5.6.1.1 Kaum Zustandsverbesserungen	166
5.6.1.2 Kaum Krankheitseinsicht	168
5.6.1.3 Kaum Reaktionen	169
5.6.1.4 Kaum Verlegungen	171
5.6.2 Gruppen-Gemeinsamkeiten	172
6. Ergebnisse	175
6.1 Gewährung und Entzug von Raum als Behandlungsmethode	176
6.2 Weitere unspezifische Behandlungsmethoden	178
7. Zusammenfassung	181
Anhang	183
Literatur & Quellen	210
Literatur	210
Quellen	218
Software & Archive	222

Abbildungsverzeichnis

Abbildung	1.1a)	Staatsarchiv Ludwigsburg: Krankenakten Ausschnitt	3
	1.1b)	Staatsarchiv Ludwigsburg: Krankenakten Gesamtbestand	3
Abbildung	1.2	Typischer ‚Kopf‘ eines Aufnahmebogens	12
Abbildung	1.3	Erste Seite des Kennenburger Werbeprospekts	20
Abbildung	2.1	Zeitungsannonce Dr. Landerers aus dem Jahr 1892	28
Abbildung	3.1a)	Kennenburg unter Dr. Landerer	47
	3.1b)	Kennenburg 100 Jahre später	47
Abbildung	3.2a)	Landerer als Junge (um 1858/60)	53
	3.2b)	Dr. Paul Landerer (1843-1915)	53
Abbildung	3.3a)	Kennenburg unter Dr. Stimmel	57
	3.3b)	Kennenburg unter Dr. Landerer	57
Abbildung	3.4	„Situations-Plan“ der Heilanstalt Kennenburg von 1887	58
Abbildung	3.5a)	Sitzecke im Treppenhaus	59
	3.5b)	Gesellschaftssaal	59
Abbildung	3.6a)	Der „Wandelgang“	62
Abbildung	3.6b)	„Unterhaus“ mit Tobhöfen	62
Abbildung	3.7a)	„Pavillon“ im Weinberg	65
	3.7b)	„Doktorhaus“ auch „Gärtnerhaus“ oder „Pavillon“	65
Abbildung	3.8a)	Waschküche	67
	3.8b)	Küche	67
Abbildung	3.9a)	Patient Max Neuburger	72
Abbildung	3.9b)	Auszug aus der Krankentabelle von 1886	72
Abbildung	3.10	Herkunft der Kennenburger Patienten 1886	78
Abbildung	3.11	Erweiterung durch Dr. Reinhold Krauß	85
Abbildung	5.1a)	Emilie Maier: Schlafprotokoll	115
	5.1b)	Bertha Krieger: Gewichtsprotokoll	115
Abbildung	5.2	E. Zimmer: Medikation Mai/Juni 1903	117
Abbildung	5.3a)	Werbeplakat aus den 1880er Jahren	119
	5.3b)	Spätere Werbung mit Glasflaschen	119
Abbildung	5.4	Berechnung des zeitgenössischen Normalgewichts	123
Abbildung	5.5	Bertha Kriegers tägliche Diät	124
Abbildung	5.6	Elisabeth Zimmer: Menstruationsprotokoll	147
Abbildung	5.7	Postkarte der Patientin Anna Knewitz	152
Abbildung	5.8	Gewichtsverlaufskurve der Patientin Anna Knewitz	163

Graphikverzeichnis

Graphik	1.1	Alle Neuaufnahmen zwischen 1876 und 1931	6
Graphik	1.2	Alle Neuaufnahmen zwischen 1876 und 1931 nach Geschlechtern getrennt	7
Graphik	1.3	Anzahl der Neuaufnahmen zwischen 1876 und 1931 nach leitendem Arzt getrennt	8
Graphik	3.1	Diagnosen der Patient/innen 1886	73
Graphik	3.2	Aufenthaltsdauer der Patient/innen 1886 im Verhältnis zum Geschlecht	76
Graphik	3.3	Beruflicher Hintergrund der Patient/innen 1886	77
Graphik	3.4	Konfessionelle Verteilung der Patient/innen 1886	79
Graphik	3.5	Zustand bei Entlassung der Patient/innen 1886	80
Graphik	4.1	Anzahl Gesamtaufnahmen vs. daraus selektierte Akten mit verwertbarem Aufnahmebogen	91
Graphik	4.2	Anzahl der Gesamtaufnahmen vs. Anteil der daraus selektierten Akten mit verwertbarem Aufnahmebogen	93
Graphik	4.3	Stichprobe	94
Graphik	4.4	BMI-Veränderung während des Aufenthaltes	96
Graphik	5.1	Reaktionstypen auf die Gewährung von Raum	136

Tabellenverzeichnis

Tabelle	3.1	Patient/innenzahlen und Fachpersonal über drei Jahrzehnte im Vergleich	70
Tabelle	4.1	T-Test der Mittelwerte	98
Tabelle	5.1	Stammdaten der 10 Patientinnen des Typs ‚Zunahme‘	100
Tabelle	5.2	Stammdaten der 8 Patientinnen des Typs ‚Abnahme‘	162

Hinweis zu Originalzitate

Orthographische Besonderheiten, Auslassungen und Abkürzungen, Hervorhebungen bzw. Unterstreichungen sowie alle runden Klammern entstammen jeweils so den Originalzitate. Auf Hinweise wie [sic!] wird aufgrund der zahlreichen Besonderheiten verzichtet. Auslassungen oder Ergänzungen der Autorin werden durch eckige Klammern markiert.

Längere Zitate stehen stets als eigene Absätze. Generell wird Zitiertes *kursiv* gedruckt. Zitiertes steht in gewöhnlichen „Anführungszeichen“, Zitiertes innerhalb von Zitaten in »Sonderzeichen«. Eigene besondere Begriffe sind in ‚einfachen Anführungszeichen‘ gesetzt.

Einleitung

Ziel dieser Arbeit ist es, die Frage zu klären, mit welchen Methoden die private Heilanstalt für Geisteskranke Kennenburg bei Esslingen nahe Stuttgart am Ende des 19. Jahrhunderts Heilung erreichen konnte. Und das in einer Zeit, in der, so der Forschungskonsens, ein *therapeutischer Nihilismus* vorherrschte. Wie kann es daher sein, dass zu einer Zeit ohne kausale Therapie Familien für den Aufenthalt ihrer Angehörigen der Anstalt monatlich umgerechnet tausende Euro mit dem Anspruch zahlten, ihre Verwandten möglichst geheilt oder doch mindestens gebessert wieder abholen zu können? Die Frage an die Quellen lautet also: Wie gelang es in Kennenburg Ende des 19. Jahrhunderts, psychisch kranke Menschen zu heilen? Um diese Frage zu beantworten, ist die Arbeit folgendermaßen aufgebaut:

Im ersten Kapitel wird zunächst der Quellenkorpus vorgestellt, auf dem die Arbeit basiert: also die Gesamtquellenlage zu Kennenburg und meine Eingrenzungen. Außerdem wird der Quellentyp Krankenakte und seine Verwendung als historisches Material diskutiert werden.

Im zweiten Kapitel soll die Arbeit ‚verortet‘ werden, das heißt: Kennenburg soll seinen Ort in der Psychatriehistorie des späten 19. Jahrhunderts auf der Landkarte des prosperierenden zeitgenössischen Anstaltswesens, im Mikrokosmos des zeitgenössischen Anstaltslebens sowie im Makrokosmos der damaligen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen erhalten.

Im dritten Kapitel wird die 100-jährige Anstaltsgeschichte, angefangen von der Zeit als Wasserheilanstalt bis hin zur Heilanstalt für Nerven- und Gemütskranke, unter besonderer Berücksichtigung der Jahre unter der Leitung des Direktors Dr. Paul Landerer 1876 bis 1907 aufgearbeitet werden.

Im vierten Kapitel findet mithilfe sozialwissenschaftlicher Methoden eine statistische Auswahl derjenigen Akten statt, die später für Einzelfalluntersuchungen zu Verfügung stehen sollen. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf den objektiv messbaren Gewichtsveränderungen.

Im fünften Kapitel werden die Kennenburger Behandlungsmethoden intensiv an den vorher ausgewählten Krankenakten untersucht und vorgestellt. Unter Einbeziehung sowohl der Zeiten vor der Aufnahme und nach der Entlassung sowie des konkreten familiären Umfeldes und der diversen Reaktionstypen der Patientinnen soll Kennenburg hier ‚lebendig‘ werden.

Im sechsten Kapitel werden die Ergebnisse dieser Einzelfalluntersuchungen vorgestellt und dahingehend reflektiert werden, was am Kennenburger Behandlungskonzept erfolgreich war.

Im siebten Kapitel werden die Ergebnisse schließlich abschließend dahingehend diskutiert, ob die These des *therapeutischen Nihilismus* für Kennenburg bestätigt werden kann.

Der Aufbau dieser Arbeit ist dabei stark inspiriert von Volker Sellins Standardwerk: „Einführung in die Geschichtswissenschaft“.¹ Ermutigt durch die These des emeritierten Heidelberger Historikers über die Vielfältigkeit und Flexibilität der historischen Methoden, „daß die Originalität eines Historikers sich an seinen Fragestellungen zeige“ und „daß auch bei der Entwicklung unkonventioneller Methoden dem Einfallsreichtum der Erfindungsgabe keine Grenzen gesetzt sind“;² geht diese Dissertation methodisch den ungewöhnlichen Weg, in Patientinnenakten mit besonderer Gewichtsveränderungsdynamik,³ die in nachträglich berechneten Body Mass Index Angaben ausgewiesen wird,⁴ nach Indikatoren zu suchen, wie in einer Zeit der Spucknäpfe und Einläufe Heilung erreicht werden konnte.

Die Relevanz dieser Arbeit ergibt sich damit zusammenfassend vor allem in drei Gebieten: *erstens* in der Darstellung der Kennenburger Anstaltsgeschichte, zu der bis heute außer einem Büchlein des letzten Anstaltsinhabers Dr. Paul Krauß zum hundertjährigen Bestehen der Anstalt 1940 im Grunde keine aktuelle nennenswerte Forschungsliteratur vorliegt;⁵ *zweitens* in der Verwendung unterschiedlicher Methoden, um die Akten erst mit empirischen Mitteln auszuwählen und sie dann in einer detailgenauen Analyse kasuistisch auszuwerten, um die Frage nach Behandlungsformen, Reaktion der Patientinnen und Behandlungserfolg in Kennenburg und, soweit dies möglich ist, darüber hinaus beantworten zu können; und *drittens* in der Frage nach Heilung an sich. Meines Wissens ist diese einfache Frage neu. Die Literatur beschreibt Anstalten, Behandlungsformen, Machtverhältnisse, Einweisungspraktiken, Anstaltserleben, medizinische und gesellschaftliche Veränderungen und noch viele weitere Aspekte der Psychiatriegeschichte; dabei durchaus auch die Frage nach Heilungserfolgen, -quoten und -ambitionen, aber bislang fehlt nach meiner Kenntnis eine systematische Untersuchung, mit welchen Mitteln den damaligen Ärzten Heilung gelang.

Begrifflich gilt im Folgenden als geheilt, wer unter den historischen Maßstäben, also von den damaligen Psychiatern, als geheilt, respektive genesen aus Kennenburg entlassen wurde.

¹ Sellin (2008): Einführung in die Geschichtswissenschaft.

² Ebd., S. 95.

³ s. dazu Kapitel 4 Graphik 4.4.

⁴ Body Mass Index: Definition des Gewicht-Größe-Verhältnisses: [BMI = Gewicht (kg) / Größe (m)²]. Die Anwendung des BMI auf historische Daten ist dabei ausdrücklich keine Diagnose ex post, sondern lediglich eine differenziertere Maßangabe als allein das Körpergewicht, da es Gewicht und Größe in eine individuelle Relation zueinander setzt. Das historische Substrat bleibt davon unberührt. Die in der Anstalt Kennenburg stattfindende Gewichtsveränderung ist ein Phänomen, das mit der Berechnung der Differenz zwischen Aufnahme-BMI und Entlass-BMI gut beschreibbar ist. Heutzutage definiert die WHO krankhaftes Untergewicht als BMI ≤ 17,5; Normalgewicht ≤ 24,9. Diese Angaben sollen lediglich der Orientierung dienen; sie stellen jedoch kein Auswahlkriterium dar. Für die historische Bewertung des individuellen Gewichts als ‚krankhaft‘ sei auf eine zeitgenössische wissenschaftliche Vergleichsstudie im Kapitel 5.3.1.2 zur Ernährung der Patient/innen verwiesen. Diese Bewertungen orientieren sich ausschließlich an historischen Vergleichs-Maßstäben sowie am Urteil zeitgenössischer Ärzte; sie resultieren nicht aus den nachträglich berechneten BMI-Werten!

⁵ Krauß (1940): Kennenburg.

1. Quellen

„Quellen – viele Quellen, ganz verschiedene Quellen – aufmerksam zu lesen: Es gibt keine bessere Methode für den Historiker, die nötige Sensibilität für geschichtliche Lebenszusammenhänge zu entwickeln und das Auge zu schulen für Tatsachen, die andere übersehen. Kein noch so gutes Buch eines Historikers kann die unmittelbare Anschauung ersetzen, die aus der Lektüre der Quellen zu gewinnen ist. Es ist der Unterschied zwischen demjenigen, der im Reiseführer über Paris liest, und demjenigen, der in Paris lebt oder Paris besucht.“⁶

So Volker Sellin über den Wert eines intensiven Quellenstudiums. In der Tat lassen sich die historischen Lebenszusammenhänge einer Heilanstalt mit Ärzten, Patienten und Personal erst durch das Lesen zahlreicher Akten oder anderer Quellen annähernd begreifen und vor allem in ihrem Facettenreichtum, Nuancierungen und Abstufungen differenziert erkennen. Diese Arbeit zur Privatheilanstalt Kennenburg fußt im Gesamten auf folgenden Quellen: Krankenakten, Visitationsberichten, Prospekte und Bilder der Anstalt, Zeitungsartikel, zeitgenössische Fachliteratur sowie einem Gespräch mit dem Sohn des letzten Klinikleiters.

ABBILDUNG 1.1:

Staatsarchiv Ludwigsburg: a) Ausschnitt

b) Krankenakten Gesamtbestand



1.1 Krankenakten

Die Privatheilanstalt Kennenburg bestand gut einhundert Jahre von 1840 bis 1941. Danach wurde sie von der Eigentümerfamilie an die Stadt Esslingen verkauft. Die Krankenakten dieser einhundert Jahre landeten über Umwege schließlich in den Magazinregalen des Staatsarchivs Ludwigsburg – und zwar relativ original belassen. Das heißt, sie wiesen zwar keine größeren Schäden auf oder waren auch nicht akut von Verfall bedroht, ansonsten aber waren sie zum Zeitpunkt meiner Erhebung nicht besonders geordnet oder erfasst. Päckchenweise, mit Paketschnur gebündelt, füllten sie so 15,3 laufende Regalmeter.⁷

⁶ Sellin (2008): Einführung in die Geschichtswissenschaft, S. 53.

⁷ Bestand: PL 423 I: Privatheilanstalt Esslingen-Kenenburg, Patientenakten.

Diese 15,3 laufende Regalmeter galt es Aktenbündel für Aktenbündel zu systematisieren. Patientenbücher oder ähnliches, was mir dabei hätte helfen können, gab es nicht mehr.⁸ Bis auf eine rudimentäre Übersicht existierte auch kein aktuelles Findbuch, und so entschloss ich mich, schlichtweg alle Akten der 15,3 laufenden Meter zu erfassen und mir als Instrument für jede weitere inhaltliche Arbeit ein eigenes Findbuch zu erstellen. Dabei habe ich mich in diesem ersten Arbeitsschritt entschieden, nur die zentralsten Daten aufzunehmen:

- (1) Namen
- (2) Aufenthaltsdauer
- (3) Aktensignatur

Die zentrale Bedeutung von Namen und Aufenthaltsdauer ist, so denke ich, selbsterklärend. Die historische Signatur ist deshalb von Bedeutung, weil jeder Patient und jede Patientin bei der Aufnahme, gleichgültig ob Erst- oder Wiederaufnahme, in chronologischer Reihenfolge eine neue Aufnahme Nummer erhielt. Anhand der laufenden Nummer ist es daher möglich, trotz fehlender Patientenbücher einen Überblick über den Gesamtbestand zu erhalten.⁹ Mittlerweile wird der Bestand professionell archivarisches aufgearbeitet und in Datenbanken erfasst, doch bis zur Vollendung der internen Datenbank des Staatsarchivs Ludwigsburg war dieses, von mir selbst erstellte, Findbuch die einzige Möglichkeit, einzelne Akten von Kennenburger Patient/innen ausfindig zu machen. Was lediglich als wissenschaftliches Arbeitsinstrument gedacht war, hatte sich daher unter anderem auch bei externen Anfragen, etwa von Mitarbeiter/innen der Aktion »Stolpersteine«, als durchaus hilfreich erwiesen. Doch obwohl ich lediglich nach Name, Aufenthaltsdauer und passender Signatur suchte, erwies sich die Rekonstruktion oft genug als äußerst kompliziert. Die Historiker Heinrich Best und Wilhelm Heinz Schröder schrieben bereits 1988 zum Erfassungsproblem historischer Daten: *„Historische Daten sind [...] Nebenprodukte wirtschaftlicher, gesellschaftlicher und kultureller Prozesse. Weder ihre Produktion noch ihre Überlieferung unterliegen in der Regel einer wissenschaftlichen Kontrolle.“*¹⁰ Dementsprechend war es keine Seltenheit, etwa in ein und derselben Akte verschiedene laufende Nummern zu finden: eine auf dem Aktendeckel und eine abweichende auf dem Aufnahmebogen. Häufig fanden sich alte Nummern und Aufenthaltsdaten nur als Verweise auf neu angelegten Akten. Manchmal tauchten die dazu passenden Unterlagen an ganz anderer Stelle noch auf, manchmal blieben sie aber auch einfach verschwunden. Durch ständiges Abgleichen und Korrigieren gelang es schließlich aber doch, ein eigenes Findbuch über insgesamt 2218 Krankenakten zu erstellen.¹¹

⁸ Mittlerweile sind dem Archiv zwei Patientenbücher zugegangen. Jahrgänge 1932 bis 1941. Bestand: PL 423 II: Privatheilanstalt Esslingen-Kennenburg, Verwaltungsakten.

⁹ So bedeutet beispielsweise die laufende Nummer 1000, dass es auch 1000 Akten geben müsste. Werden dagegen nur 999 Akten gefunden, so muss eine Akte offenbar verloren gegangen sein.

¹⁰ Best & Schröder (1988): Quantitative historische Sozialforschung, S. 248.

¹¹ Ungeklärte Doppelungen der Aufnahme Nummern konnten insgesamt auf sechs reduziert werden.

Während dieses Prozesses der Gesamterfassung zeigte sich, dass in den 15,3 laufenden Regalmetern nicht die Akten der letzten zehn Klinikjahre von 1932-1941 enthalten waren. Diese galten als verschollen. – Als aber meine Recherchen fast beendet waren, tauchten die verschollen geglaubten Akten aus den 1930er Jahren doch noch auf. Sie befanden sich ihrerseits wiederum in den Krankenakten der Heilanstalt Winnental (heute Winnenden).

Dieser Bruch in der Archivierung erklärt sich meiner Einschätzung nach aus zwei Ursachen: Zum einen trat 1931 der älteste Sohn des Besitzers Reinhold Krauß – also Paul Krauß – als Oberarzt in Kennenburg ein. Sein Vater Reinhold Krauß blieb zwar Klinikleiter bis 1940,¹² aber Paul Krauß archivierte die Akten der Kranken, die er selbst behandelt hatte, gesondert. Im Sommer 1941 verkaufte er Kennenburg an die Stadt Esslingen. Aus einer Anweisung der Medizinalabteilung des württembergischen Innenministeriums aus dem Jahr 1941 geht zum anderen hervor, dass nach dem Verkauf der Privatklinik Kennenburg an die Stadt Esslingen, *„[d]ie Krankenakten [...] dorthin [Winnental (Anm. der Autorin)] übernommen werden [sollen], was deshalb sehr zweckmäßig ist, weil dort auch die Landeszentrale der erbbiologischen Bestandsaufnahme sowie die württ. Zählkartei untergebracht ist.“* Diese Anweisung galt außer für Kennenburg auch für weitere aufgelöste Anstalten.¹³ Die mehr als tausend Akten von Paul Krauß aus den Jahren 1932-1941 kamen also ebenso wie die dazugehörigen Aufnahmebücher nach Winnental, wo sie teils in andere Krankenakten eingeordnet wurden und im Laufe der Jahre in Vergessenheit gerieten, während bei der Auflösung Kennenburgs der ‚alte Rest‘, also die oben beschriebenen 15,3 laufenden Aktenmeter, wahrscheinlich einfach gebündelt eingelagert wurden. Aufgrund dieses Bruchs sind die insgesamt 1223 Akten ab 1932 weder Bestandteil dieser Arbeit noch Bestandteil der 15,3 laufenden Meter.

Hauptbestandteil der in Abb. 1.1b) gezeigten und von mir komplett erfassten 15,3 laufenden Meter Krankenakten aus dem Staatsarchiv Ludwigsburg sind die 55 Jahre zwischen 1876 und 1931, die von den beiden Besitzern und Chefärzten Dr. Paul Landerer und Dr. Reinhold Krauß maßgeblich geprägt worden sind.¹⁴ Reinhold Krauß war zwar Anstaltsleiter bis 1940, aber aufgrund der oben beschriebenen Archivierungshistorie endet meine Aktenerfassung mit dem Jahresende 1931. Der nach Signaturen ausgewiesene Gesamtbestand zwischen 1876 und 1931 umfasst 2288 Akten, von denen ich als ‚physisch existente‘ Akten 2218 und damit fast 97% in meinem Findbuch chronologisch belegen kann. Mit diesen 2218 Akten liegt – das ist in der Literatur der historischen Krankenaktenforschung durchaus ungewöhnlich – eine komplette Grundgesamtheit vor, also eine bekannte Population, die im weiteren Verlauf eingegrenzt werden und aus der eine repräsentative Stichprobe gezogen werden kann.

¹² Reinhold Krauß an die Medizinalabteilung v. 10.06.1940. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 410.

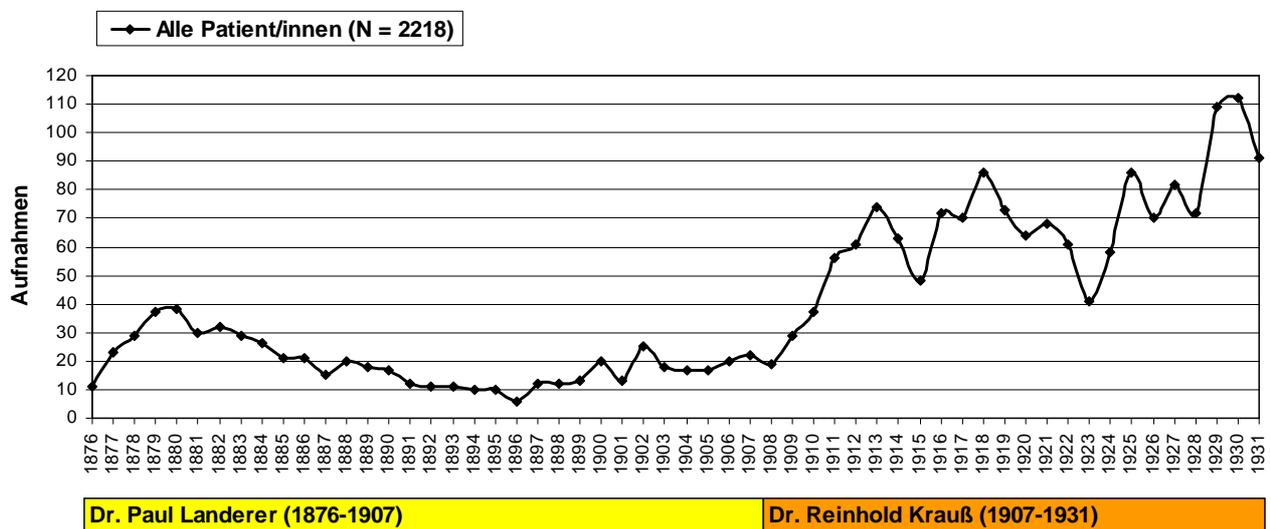
¹³ Briefwechsel zur Anstaltsauflösung: HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 414f.

¹⁴ 433 Akten aus den ersten Anstaltsjahren zwischen 1840 und 1875 sind aufgrund des häufigen Ärzteswechsels und der noch wenig standardisierten Form der Dokumentation völlig uneinheitlich geführt und oft sogar fast ganz leer. Diese 433 Akten sind daher nicht Bestandteil des Findbuchs.

Die folgende Graphik zeigt die Verteilung dieser 2218 Aufnahmen zwischen 1876-1931.

GRAPHIK 1.1:

Alle Neuaufnahmen (N = 2218) zwischen 1876 und 1931



N = 2218 bedeutet nicht, dass auch 2218 unterschiedliche Personen in Kennenburg waren. Die Zahl bezieht sich allein auf die Aufnahmen, nicht auf die absolute Patientenanzahl. Patient/innen, die zum wiederholten Male in Kennenburg aufgenommen wurden, bekamen jeweils eine neue Aufnahmenummer. Die meisten Patient/innen kamen zwar nur einmal, manche jedoch auch öfter – in der Regel aber selten häufiger als zwei- oder dreimal. Dann waren sie meist chronisch erkrankt und blieben entweder bis zu ihrem Tod in Kennenburg oder sie wechselten in eine preisgünstigere Anstalt.

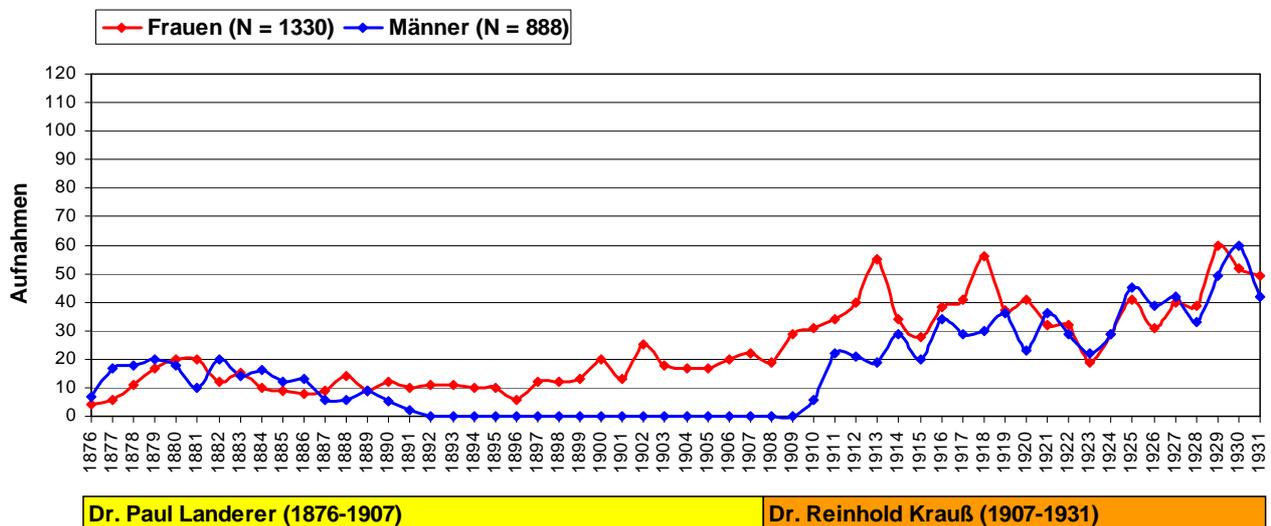
Deutlich wird in der Graphik jedoch auf den ersten Blick, wie klein die private Heilanstalt Kennenburg eigentlich war. Während in den großen staatlichen Anstalten mit mehreren hundert Betten eine ganz andere Aufnahme­frequenz herrschte, finden sich in Kennenburg Jahre, in denen insgesamt teils weniger als zehn Patient/innen neu aufgenommen wurden. Allein aus dieser graphischen Darstellung lässt sich bereits schon jetzt vermuten, dass Aufnahmen in Kennenburg ein besonderer Stellenwert in einer offenbar recht persistierenden Anstaltsgemeinschaft zukam. Trotz des Ausbaus der Anstalt unter Dr. Landerer auf bis zu 40 Betten verflacht die Kurve der Neuaufnahmen nach einem Maximum zu Beginn der 1880er Jahre im weiteren Verlauf sichtlich. Erst mit dem Wechsel der Leitung im Jahr 1907 verändert sich die Aufnahmekurve. Dr. Krauß vergrößert die Anstalt bis 1912 auf 76 Betten, und die Aufnahmen steigen unter seiner Leitung wieder rapide an.¹⁵

¹⁵ Krauß (1940): Kennenburg, S. 34.

Die folgende Graphik zeigt die Geschlechterverteilung der Aufnahmen zwischen 1876-1931.

GRAPHIK 1.2:

Alle Neuaufnahmen (N = 2218) zwischen 1876 und 1931 nach Geschlechtern getrennt



Bei Graphik 1.2 fällt auf, dass nicht nur die absolute Zahl der Aufnahmen unter Dr. Krauß wieder ansteigt, sondern dass 18 Jahre lang – zwischen 1892 und 1910 – die Besitzer überhaupt keine männlichen Patienten mehr aufgenommen haben. Zu den Gründen, warum Dr. Landerer sich letztendlich gegen die Behandlung männlicher Patienten entschied, ist leider nichts bekannt. Sicher ist aber, dass er Kennenburg ab 1892 konsequent nur noch als „Heilanstalt für weibliche Seelengestörte aus vermögenden und gebildeten Ständen“¹⁶ bewirbt. Erst Dr. Reinhold Krauß baut unmittelbar nach der Übernahme der Klinikleitung ein neues Männerhaus und beginnt ab 1910 wieder mit der Behandlung männlicher Kranker.

1.1.1 Krankenakten: Eingrenzung

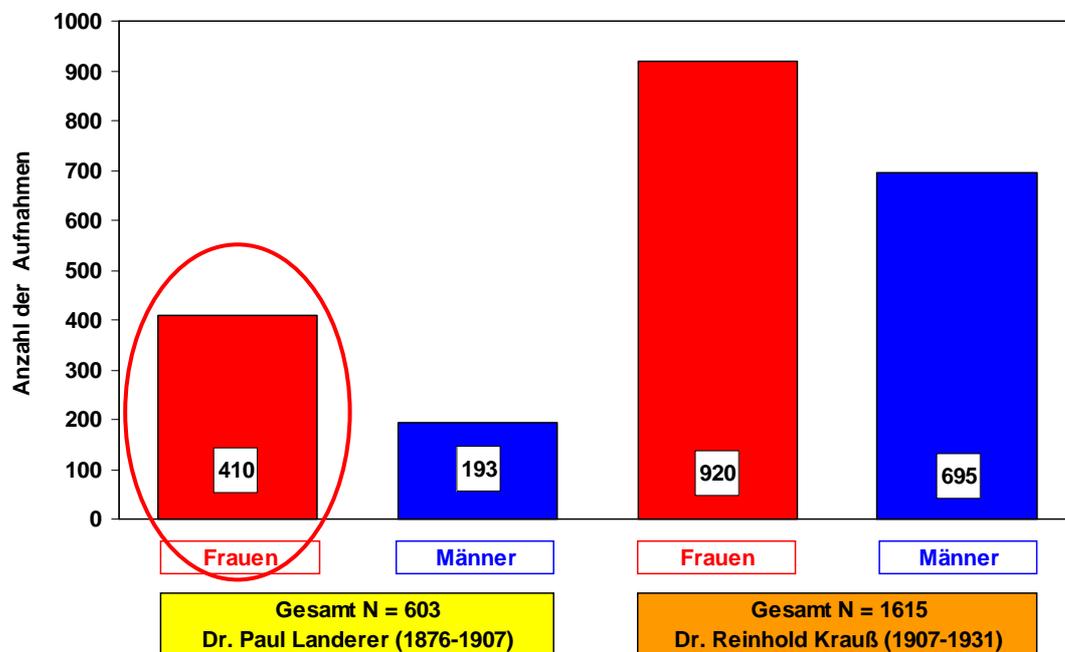
Nach diesem Überblick über den Gesamtbestand muss eine Eingrenzung erfolgen. Insbesondere die erfassten 2218 Krankenakten sind für eine Auswertung viel zu umfassend. Am sinnvollsten erscheint es, in einem ersten Schritt den historischen Gegebenheiten zu folgen und den Aktenbestand rein quantitativ nach den beiden Anstaltsleitern aufzuteilen. Dann entfallen auf die Zeit Dr. Landerers 603 Akten und auf die Zeit Dr. Krauß' 1615 Akten. Beide Bestände können in sich als geschlossen betrachtet werden. Da mich inhaltlich aber, wie eingangs beschrieben, die Frage interessiert, wie in der Zeit des so genannten *therapeutischen Nihilismus* dennoch Heilung erreicht werden konnte, entscheide ich mich in einer ersten Eingrenzung für den Aktenbestand Dr. Landerers.

¹⁶ Anzeige 1892. Stadtarchiv Esslingen, Bestand HAK 1. Vom Archiv ohne Quellenangabe erworben.

Die folgende Graphik zeigt im Kreis die Eingrenzung des Aktenbestandes:

GRAPHIK 1.3:

Anzahl der Neuaufnahmen zwischen 1876 und 1931 nach leitendem Arzt getrennt



Wie der Kreis zeigt, entscheide ich mich darüber hinaus in einer weiteren Eingrenzung für den Aktenbestand der Frauenpopulation unter Dr. Landerer. Der Grund dafür liegt in der eben ausgeführten Aufnahmepolitik Landerers, der sich entschieden hatte, ab 1892 bis zum Ende seiner Leitungstätigkeit im Jahr 1907 keine männlichen Patienten mehr aufzunehmen. Ein Geschlechtervergleich ist aufgrund des großen statistischen Bias daher ausgeschlossen.

Der ‚Verlust‘ der anderen Akten mag drastisch erscheinen, ist aber nicht zuletzt statistische Notwendigkeit. Inhaltlich beginnt mit der neuen Klinikleitung unter Dr. Krauß eine neue Zeit. Für jeden und jede, der oder die selbst an einer weiteren wissenschaftlichen Erarbeitung der Kennenburger Akten interessiert ist, sei gesagt, dass sowohl die Person Dr. Reinhold Krauß als auch dessen Behandlungsmethoden sowie dessen Korrespondenz eine wahre Fundgrube für jede weitere Untersuchung bietet. Krauß hat, ein nicht zu unterschätzendes Detail, vom ersten Tag seiner Leitung an mit Schreibmaschine und Durchschlägen gearbeitet. Somit sind seine Akten leicht lesbar und die ein- wie ausgehende Korrespondenz ist vollständig erhalten. Diese geschlossene Zeit seines jahrzehntelangen Wirkens liegt bis dato weitgehend unberührt in den Archivregalen.¹⁷

¹⁷ Aber Vorsicht: Zum einen sind die Aktenmengen sehr umfangreich, zum anderen braucht es für die zahlreichen handschriftliche Notizen, zum Beispiel für die Gesprächsprotokolle im Rahmen der kathartischen Methode, trotzdem sehr viel Übung im Lesen!

1.1.2 Krankenakten: Aufbau

Nach diesem Überblick über den erfassten Gesamtbestand von 2218 und meine getroffene Eingrenzung auf 410 Akten nun zu einer detaillierteren Beschreibung des Aktenaufbaus:

Formal betrachtet sind Krankenakten semistandardisierte Dokumente, die eine bestimmte Funktion haben: die Dokumentation des somatischen und psychischen Ist-Zustandes einer Patientin respektive eines Patienten, die Aufnahme der entsprechenden Anamnese sowie die Beschreibung des Krankheitsverlaufs während des Aufenthaltes in Kennenburg. Standardisierte Patientenbögen, wie wir sie aus heutigen Krankenhäusern kennen, sind erst die Produkte einer inzwischen fast zweihundertjährigen Entwicklungsgeschichte. Ende des 19. Jahrhunderts gleichen Krankenakten oft eher ‚Sammelmappen‘ für diverse Schriftstücke. Sie „stellen“, so die Historiker/innen der schweizer Studie: Zwang zur Ordnung, „heterogene, vielstimmige, sich gegenseitig ergänzende, oft auch lückenhafte und widersprüchliche Dokumente dar. Sie sind das Resultat einer medizinisch-administrativen Praxis, von den Aufgaben und Ordnungsprinzipien der Institution geprägt“.¹⁸ Der Historiker Joachim Radkau bezeichnet Krankenakten als „Fundgrube“ mit entscheidenden Vorteilen.

„Gegenüber dem Gros der heutigen Krankenblätter besitzen die Patientenakten aus den Jahrzehnten um 1900 für den Historiker entscheidende Vorteile. Auf der einen Seite war damals die Bürokratisierung des Anstaltsbetriebes schon soweit vorangeschritten, daß viel Papier produziert wurde; auf der anderen Seite zeigte die Professionalisierung der Psychiatrie noch erhebliche Mängel. Daher ist der »ärztliche Blick« längst nicht die einzige Sichtweise, die die Akten bieten. [...] Viele damalige Ärzte fixierten die Gespräche nicht von vornherein auf bestimmte Punkte, die als pathologisch relevant galten. [...] Nur aus den Originalakten bekommt man ein Gefühl dafür, daß man medizinische Wahrnehmungsmuster nicht mit der ursprünglichen Erfahrung des Leidens verwechseln darf.“¹⁹

Obwohl der physische Zustand der einzelnen Krankenakten sehr unterschiedlich sein kann, bestehen die Kennenburger Krankenakten in der Regel aus folgenden Unterlagen:²⁰

Aufnahmebogen

In Literatur und Quellen auch als Krankenjournal bekannt. Der Aufnahmebogen enthält auf dem ‚Kopf‘ des Bogens alle wichtigen Daten der Patient/innen, außerdem die Anamnese, den Status, also den momentanen Gesundheitszustand, auch „status“, „status praesens“ oder „status receptionis“ genannt sowie weitere unregelmäßige Einträge über den Verlauf des Aufenthaltes. Anders als bei anderen zeitgenössischen Akten üblich, gehören Diagnose beziehungsweise die Entlassart (geheilt/ungeheilt etc.) nicht zum festen Bestandteil der Kennenburger Dokumentation.

¹⁸ Meier et al. (2007): Zwang zur Ordnung, S. 91f.

¹⁹ Radkau (1998): Das Zeitalter der Nervosität, S. 78f.

²⁰ Nachzulesen ist die komplette Liste aller Bescheinigungen, die die Patienten bei ihrer Aufnahme in Kennenburg vorzulegen hatten, auch noch einmal im Anhang unter den „Aufnahme-Bedingungen“ der beiden Anstaltsprospekte (B.2 und B.5). Ebenfalls im Anhang befinden sich beispielhaft auch die vollständigen Unterlagen der Patientin Marie Bauscher (A.0-A.8).

Ärztliches Zeugnis

Eine Beschreibung der Störung, ihrer Art und Dauer durch den bisher behandelnden Arzt. Das ärztliche Zeugnis kann ein hingeworfener Zettel oder ein seitenlanges Dokument sein. Es ist in keiner Weise standardisiert und sieht bei jedem Patienten anders aus.

Einwilligungsurkunde

Eine amtlich beglaubigte Urkunde, in der die nächsten Angehörigen der Patient/innen ihre Zustimmung zur Aufnahme in die Heilanstalt erteilen. Wichtiges Dokument für die Anstaltsleitung, weil es zugleich eine verbindliche Erklärung für die Bezahlung der Kosten darstellt.

Heimatschein

Galt ursprünglich für alle Patient/innen außerhalb Württembergs, also beispielsweise für Bayern, Preußen, Baden etc. Gilt später nur noch für Ausländer außerhalb des Dt. Reichs.

Geburts- oder Taufschein

Fehlt häufig in den Akten. Wurde offenbar oft nur eingesehen und wieder zurückgegeben.

Zeugnis der Ortspolizeibehörde

Höchst umstrittenes Dokument. Gewünscht waren Angaben über Wohnort, Stand und Familienverhältnisse sowie über die „*Thatsache des gestörten Geisteszustandes*“.²¹ Zahlreiche Angehörige weigerten sich dieses Zeugnis beizubringen. Gegen Ende des 19. Jahrhunderts bewilligt das Medizinal-Kollegium daher Ausnahmeregelungen und Dispense.²²

Medizinische Dokumente

Gesonderte Gewichtsvermerke oder Medikamentenlisten liegen in unstandardisierter Form den Akten teilweise bei. Später auch Menstruationsprotokolle, rudimentäre Laborwerte etc.

Ego-Dokumente

Meist Briefe von Patient/innen, die die Ärzte aber nicht zum Abschicken ‚freigegeben‘ haben. Manchmal Gedichte, selten Zeichnungen, unter Dr. Krauß auch Selbstberichte der Kranken. Häufig wohl ‚obligatorische‘ Dankesbriefe. Teils aber auch nach Jahren noch Patientenbriefe.

Korrespondenz

Gesammelt wurden alle Briefe, Telegramme etc., die an die Anstaltsleitung gerichtet waren. Oft viel Material, da quasi jede Kleinigkeit, beispielsweise Ankunftszeiten, schriftlich einging. In der Korrespondenz spiegelt sich aber auch das soziale Umfeld, aus dem die Patient/innen stammten. Die Zeit vor und während der Aufnahme sowie nach der Entlassung lässt sich, wie in Kapitel 5 gezeigt werden wird, anhand der Korrespondenz oft gut nachvollziehen.

²¹ Dazu im Anhang unter den „Aufnahme-Bedingungen“ des zweiten Anstaltsprospekts (B.5).

²² Dazu auch Belege in diversen Visitationsberichten:

Visitationsbericht v. 01.10.1897. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 253.

Visitationsbericht v. 30.08.1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 277.

1.1.3 Krankenakten: Aktenbeispiel

Eine der ersten Akten, die mir bei meinen anfangs noch recht wahllosen Recherchen zur Heilanstalt Kennenburg im Staatsarchiv Ludwigsburg zufällig in die Hände fiel, war die Akte der 28-jährigen Patientin Marie Bauscher aus Hanau. Inhaltlich war es wohl diese eine Akte, die den Anstoß gab, die gut fünfzehn Meter Aktenmaterial zu erfassen und damit insgesamt über 2000 Menschenschicksale zu katalogisieren. Damals wusste ich zwar noch nicht, wie staubig, lang und mühevoll die Ersterfassung eines kompletten Archivbestandes werden würde, aber ich ahnte bereits, dass ich mit Marie Bauscher den Anfang eines roten Fadens in den Händen hielt und dass ich mehr von ihr und von ihren Mitpatient/innen wissen wollte. Das erste, was mir an Marie Bauscher auffiel, waren drei Dinge: ihr Gewicht, ihr familiärer Hintergrund und ihr tadelloses Benehmen, das sie zu einer „Musterpatientin“ macht:

Marie Bauscher kommt im Sommer 1881 nach Kennenburg. Sie ist 1,70m groß, wiegt 42,9kg und hat damit einen Body Mass Index (BMI)²³ von 14,8. Ein Dreivierteljahr später verlässt sie Kennenburg aber „[v]ollkommen genesen“ mit einer Zunahme von 19,4kg, was einer prozentualen BMI-Veränderung von 45% auf 21,5 zum Aufnahme-BMI entspricht. Eine klare Diagnose kann Dr. Landerer nicht stellen. Eigentlich gilt sie als hereditär schwer belastet: „Mutter u. Bruder [...] starben geisteskrank, ein anderer Bruder ist geisteskrank der Vater, wie es scheint, s. sonderbar“, heißt es in der Anamnese, aber sie verlässt die Anstalt gesund mit dem abschließenden Kommentar: „Ein ausgeprägtes psychisches Leiden lag nicht vor.“²⁴ Ihr familiärer Hintergrund scheint nicht ganz einfach zu sein: Seit dem Tod von Mutter und Bruder und der Unterbringung eines weiteren Bruders lebt sie allein bei ihrem Vater, den der einweisende Arzt als „despotischen“ Mann beschreibt, dem die Tochter, wie er vermutet, wohl „aus Furcht“ eine „ganz verborgen[e] und geheim gehalten[e] [...] platonische Liebe“ verschweigt, was der Arzt aber „nicht für ein ätiologisches Moment“ hält.²⁵

Zusammengefasst sehen wir in Marie Bauscher eine Patientin, die, nach heutigem Verständnis, stark untergewichtig selbst in die Anstalt „verlangt[]“ und dort schnell und deutlich zunimmt, die als erblich vorbelastet gilt, Kennenburg aber ohne diagnostizierte psychische Störung völlig genesen verlässt und die ihrem Vater vermutlich aus Angst eine Liebesbeziehung verheimlicht, was ihrem Arzt aber als Krankheitsursache nicht plausibel erscheint. Während des Aufenthalts zeigt sie sich „als wahre Musterpatientin, die Alles, was der Arzt sagt, für ein Evangelium hält“. Was die Behandlung betrifft, so vermutet Landerer, dass sie es gewohnt sei, „mit vielen Medicinen behandelt zu werden“. Daher sei sie nun „sehr erstaunt, daß sie fürs erste nur zu Bette liegen soll, doch fügt sie sich willig.“²⁶

²³ Body Mass Index: Definition des Gewicht-Größe-Verhältnisses: $[BMI = \text{Gewicht (kg)} / \text{Größe (m)}^2]$. Zur Verwendung des BMI als historische Methode s. ausführliche Erklärung in Anmerkung 4.

²⁴ Akte Bauscher, Verlauf.

²⁵ Akte Bauscher, Krankengeschichte des einweisenden Arztes.

²⁶ Akte Bauscher, Status.

Dieses Schicksal einer Patientin mit schwierigem häuslichen Hintergrund, die in Kennenburg aber regelrecht ‚aufblüht‘, wie dies auch ihre eigenen Briefe belegen,²⁷ die später einen österreichischen Grafen heiraten und als fast 50-jährige Frau noch einmal Erholung in Kennenburg suchen wird und die über Jahrzehnte mit der Familie ihres Arztes Kontakt hält, hat mich neugierig gemacht und dazu geführt, gezielt nach einem Zusammenhang von Gewichtsveränderungen und Heilungserfolg zu suchen.

ABBILDUNG 1.2:

Typischer ‚Kopf‘ eines Aufnahmebogens. Hier: oberer Teil der Akte Marie Bauscher

600	<i>Bauscher, Maria Rechtsanwältstochter aus Hanau</i>
<i>aufg. d. 18. VII. 81</i> <i>entl. d. 31. III. 82.</i>	<i>28 J. alt, evgl, ldtg.</i>
	<i>Körperlänge = 170 Ctm</i> <i>Gewicht b. d. Aufn. = 42,9 Kgr.</i> <i>„ „ „ Entl. = 62,3 Kgr.</i>

Hier auszugsweise der ‚Kopf‘ des Aufnahmebogens von Marie Bauscher mit allen für mich zentralen Daten: der laufenden Nummer (600), ihrem Namen (Bauscher, Marie), dem Beruf des Vaters (Rechtsanwältstochter), dem Ort (aus Hanau), ihrem Alter (28 J. alt), Konfession (evgl) und Familienstand (ldg.), dem Tag ihrer Aufnahme (aufg. d. 18. VII 81) und dem Tag ihrer Entlassung (entl. d. 31. III 82), ihrer Körperlänge (170 Ctm) und ihrem Gewicht bei der Aufnahme (42,9 Kgr.) bzw. bei der Entlassung (62,3 Kgr.). Diese ‚Kopfdaten‘ ziehen sich so, relativ unverändert, durch die drei Jahrzehnte unter der Leitung Dr. Landerers 1876 bis 1907. Das Gewicht wird dabei aber erst mit Beginn der 1880er Jahre relativ regelmäßig aufgeführt. Die Behandlung selbst wird in den Anfangsjahren kaum dokumentiert, später dann im Fließtext in den Krankenjournalen und schließlich als extra beigelegter Behandlungskatalog.

Neben dem Aufnahmekopf folgen Einträge wie Anamnese, Status und Verlauf, die zwar immer eine ähnliche Struktur hatten, aber letztendlich von der Zeit und Gründlichkeit des protokollierenden Arztes abhingen. Wichtig werden diese Einträge, die über die rein Kopfdaten hinausgehen, im vierten Kapitel werden, wenn es in der empirischen Untersuchung um Vergleichbarkeit zwischen den Akten gehen wird. Kontrolliert wurde die Aktenführung regelmäßig durch die Visitatoren des Stuttgarter Medizinal-Kollegiums. Die Visitationsberichte werden noch vorgestellt werden. Hier aber zunächst zur Quellenkritik.

²⁷ Belege dafür finden sich auch in ihrer zweiten Akte – dann als Gräfin Ferrari (geb. Marie Bauscher).

1.1.4 Krankenakten: Quellenkritik

Wer mit psychiatriehistorischen Krankenakten arbeiten will, sollte zuallererst den Beitrag: „Die Krankengeschichte als Quelle“ von Ulrike Hoffmann-Richter und Asmus Finzen lesen.²⁸ Kompetent und umfassend führen die beiden Autoren in die Breite und Tiefe einer üblichen psychiatrischen Krankenakte ein: Wie sie entsteht, wer sie liest, was sie alles leisten muss; all das wird kompakt und verständlich für die ‚moderne‘ Krankenakte vorgestellt. In dieser ist

„ein wichtiges Grundprinzip [...], daß nur »das Besondere« vermerkt wird. [...] [D]as Übliche, das Normale, die Gepflogenheiten [...] [müssen] dem Leser bekannt sein [...]: Zu einer späteren Untersuchung muß deshalb in irgendeiner Weise ein Mitglied der Klinik hinzugezogen werden. Interpretationen von außen ohne interne Rückfragen oder Beratung führen in aller Regel zu Mißdeutungen und Fehlinterpretationen.“²⁹

Bei einer möglichen „späteren Untersuchung“ dachten die Autoren wohl in erster Linie an „sekundäre Leser“ wie etwa Polizei, Staatsanwaltschaft oder Anwälte, die das psychiatrische Fachwissen nicht mit den „Professionellen“ beziehungsweise den „Mitbehandelnden“ teilen.³⁰ Wenn also die Autoren die Gefahr von „Mißdeutungen und Fehlinterpretationen“ bereits bei zeitgenössischen Nicht-Professionellen sehen – um wie viel höher ist diese Gefahr dann, wenn zwischen Entstehung und Interpretation mehr als ein Jahrhundert vergangen ist? Diese Frage hat auch Thomas Beddies beschäftigt, als er gemeinsam mit Andrea Dörries und anderen in einem von der DFG geförderten Projekt tausende Patientenakten der Wittenauer Heilstätten in Berlin untersuchte. Beddies sagte dazu auf einer Tübinger Tagung:

„Problematisch ist zweifellos die häufig kaum durchschaubare Gemengelage von Schein und Sein in diesen Unterlagen. Stellt man an das eine Ende einer »Skala historischer Rationalisierbarkeit« etwa den komplett ausgefüllten und gut lesbaren Laborzettel [...], so gehört an das andere Ende vielleicht die in allen Einzelheiten geschilderte soziale Erfolgsgeschichte eines Patienten, die sich letztlich als Größenwahnvorstellung eines Paralytikers herausstellt. [...] Bezeichnend ist dabei auch die häufig vielfache Brechung der Informationen (»Hausarzt gibt an, der Bruder des Patienten habe ihm berichtet, dass schon der Vater stark getrunken habe, auch soll die Mutter nervös gewesen sein«). Den Schwierigkeiten der Erfassung gerade auch der nicht verifizierbaren Sozialdaten und Lebensgeschichten [...] konnte letztlich nur auf einem Wege begegnet werden. Es wurde entschieden, den Angaben der Patienten und den Angaben der Angehörigen grundsätzlich zu glauben. Ergaben sich unauflösbare Widersprüche in den Angaben, so wurden diese nicht verwertet.“³¹

Beddies entschied sich also, Patienten und Angehörigen bis zum Beweis des Gegenteils grundsätzlich zu glauben. Ein pragmatischer Zugang, den Sozialpsychologen auch als „Theorie der automatischen Akzeptanz“ kennen.³² Danach glauben wir in einem ersten Schritt zunächst alles, was wir sehen und hören, und beurteilen beziehungsweise deakzeptieren erst später. Für die Auswertung psychiatrischer Krankenakten bedeutet dies:

²⁸ Hoffmann-Richter & Finzen (1998): Die Krankengeschichte als Quelle.

²⁹ Ebd., S. 286.

³⁰ Ebd., S. 290.

³¹ Beddies (2002) [Tagungsbericht]: Zur Methodologie, S. 6.

³² Aronson et al. (2004): Sozialpsychologie, S. 88.

Wenn man nicht grundsätzlich das Quellenkorpus Krankenakte ablehnt, bleibt kaum eine Alternative, als zunächst, genau wie Beddies, den Angaben zu glauben und dann, wie bei jeder anderen Quelle auch, in jedem Einzelfall die kritische Frage zu stellen, *„wieweit das Stück als Erkenntnisquelle taugt, was man also daraus entnehmen kann und was nicht.“*³³

Neben den Personen, die zur Entstehung einer Akte beigetragen haben, Anstaltsärzte, Hausärzte, Patienten, Angehörige etc., kommt mit dem Leser, der Leserin eine weitere dazu: *„Die Aussagefähigkeit einer Quelle hängt freilich auch davon ab, was der Historiker aus ihr herauslesen möchte, das heißt, welche Fragen er an sie stellt. Quellen sprechen nur, wenn man sie befragt, und sie sprechen so oder anders, je nach dem, wie man sie befragt.“*³⁴ Quellen sind nicht in sich objektiv ‚wahr‘, sondern werden je nach Leser/in anders gewertet. Die Quellenarbeit mit psychiatrischen Krankenakten gleicht damit, um ein Bild zu benutzen, einem permanenten ‚Drahtseilakt‘: Wie Seiltänzer müssen Historiker/innen jeden einzelnen Schritt, jede einzelne Quelle abtasten und vorsichtig auf ihre Belastbarkeit hin überprüfen sowie ihr Urteil sorgfältig ausbalancieren, bevor sie belastbare Aussagen wagen dürfen. Einfach der *„»patient’s view«*³⁵ zu folgen, mag zwar verlockend sein, kann aber meiner Meinung nach allzu schnell im Absturz enden! So missversteht meiner Ansicht nach etwa Karen Nolte die Rolle der Krankheitseinsicht im psychiatrischen Urteil, wenn sie schreibt:

*„Bei psychiatrischen Gutachten [...] über die Zurechnungsfähigkeit einer Delif[n]quentin entwickelte sich die kommunikative Verweigerung einer Patientin zu ihrem persönlichen Nachteil, da Anstaltspsychiater im Geiste der »moralischen Therapie« die Mitarbeit und Krankheitseinsicht der Explorandinnen stillschweigend zur Voraussetzung für ein günstiges Gutachten machten.“*³⁶

Der hier entstehende Eindruck, dass Krankheitseinsicht in einem pädagogisch-, kooperativen Sinne als Voraussetzung für eine günstige Beurteilung in einem Gutachten zu verstehen sei, missversteht die Tatsache, dass Krankheitseinsicht bis heute eine zentrale diagnostische Komponente darstellt. Es ist, um dies kurz näher zu erläutern, für Patient und Behandelnden tatsächlich ein bedeutender Unterschied, ob dem Patienten bzw. der Patientin in irgendeiner Form bewusst ist, an einer Krankheit zu leiden, deren Symptom es beispielsweise ist, Suizidgedanken zu entwickeln, dann kann auch eine Behandlung in welcher Form auch immer stattfinden – oder ob der- bzw. diejenige distanzlos auf dem Standpunkt beharrt, sich selbst töten zu wollen, dann muss dieser Mensch be- und geschützt werden. Eine fehlende Krankheitseinsicht nun nachträglich als ‚bewusst‘ gewählte *„kommunikative Verweigerung“* zu interpretieren und deshalb die damaligen Anstaltsärzte, bei aller sicher berechtigten Kritik, aus der Gegenwart *„stillschweigend“* zu kritisieren, wäre meiner Ansicht nach eine solche Fehlinterpretation.

³³ Sellin (2008): Einführung in die Geschichtswissenschaft, S. 49.

³⁴ Ebd.

³⁵ Nolte (2006) [Tagungsbericht]: Querulantenwahnsinn, S. 397.

³⁶ Nolte (2003): Gelebte Hysterie, S. 309.

Der Psychiater und Psychotherapeut Theo R. Payk schreibt zur fehlenden Krankheitseinsicht in einem aktuellen Lehrbuch:

„bei fehlender Krankheitseinsicht [handelt es sich] um eine krankheitsbedingte Unfähigkeit, das eigene veränderte Befinden und Erleben als Ausdruck einer psychischen Erkrankung einzuschätzen. [...] Keine oder verminderte Krankheitseinsicht haben [...] in erster Linie manische, psychotische und Suchtpatienten.“³⁷

Payk rät, dass bei fehlender Krankheitseinsicht und mangelnder verlässlicher Kooperation im Falle von Selbst- oder Fremdgefährdung: *„zum Schutz des Betroffenen oder anderer Personen Maßnahmen zur Zwangsunterbringung und -behandlung notwendig werden.“³⁸*

Fehlende Krankheitseinsicht bedingt damit essentiell die Diagnose und weitere Behandlung. Dies liest sich nicht nur in modernen Lehrbüchern so, dies schreibt bereits Emil Kraepelin: *„Gemein ist allen Wahnzuständen, daß die Idee geistiger Gesundheit trotz tiefgreifenden psychischer Störung, die »Mangel an Krankheitseinsicht« und die aus ihr erwachsende Therapieresistenz nachgerade als kennzeichnend bezeichnet werden muß.“³⁹*

Die subjektive Überzeugung, geistig gesund zu sein, kann also in „allen Wahnzuständen“ gerade das komplette Gegenteil bedeuten: Man hält sich für gesund und ist es gerade nicht. Dazu noch einmal Theo R. Payk:

„Bisweilen können Wahn und normale Wahrnehmung anscheinend problemlos nebeneinander im Sinne einer »doppelten Buchführung« bestehen. Die Betroffenen wickeln einerseits ihren normalen Alltag ab; daneben besteht andererseits ein – meist abgeschlossenes – Wahnsystem wie eine zweite Realität. Der offenbar problemlose Wechsel zwischen den verschiedenen Lebenswelten wirkt auf den Betrachter bisweilen irritierender als das Verharren in einem geschlossenen Wahngebäude.“⁴⁰

Zur Interpretation von historischen psychiatrischen Krankenakten, und um diese geht es hier, ist es daher von immenser Bedeutung, solche psychopathologischen Phänomene zu kennen und auch anzuerkennen. Meiner Meinung nach grenzt es geradezu an Fahrlässigkeit, Patientenzitate oder Zitate über Patienten kommentarlos zu übernehmen. In der Quellenkritik zu historischen Krankenakten muss auch die Anmerkung gestattet sein, dass Historiker/innen zwar gerne versichern, dass sie die „*pathologischen Entitäten*“⁴¹ des ‚Wahnsinns‘ selbstredend nicht abstreiten wollen und dass sie, wie etwa Jakob Tanner, für einen „*pragmatisch-empirische[n] Zugang, der zunächst einmal feststellt, dass es in allen modernen Gesellschaften mental disorders gibt*“⁴², plädieren.

³⁷ Payk (2010): Psychopathologie, S. 109.

³⁸ Ebd.

³⁹ Eckart (2000): Vom Wahn zum Wahnsinn, S. 18.

Eckart bezieht sich hier auf die 5. Auflage des Lehrbuchs für Studierende und Ärzte, S. 144-157 v. Emil Kraepelin (1896). Ähnlich argumentiert Kraepelin bereits in seinem, Compendium der Psychiatrie (1883), z.B. im Kapitel: Melancholie mit Wahnideen, S. 203-208.

⁴⁰ Payk (2010): Psychopathologie, S. 257.

⁴¹ Tanner (2005): Der »fremde Blick«, S. 59.

⁴² Ebd.

So auch Cornelia Brink, die sich dezidiert dagegen ausspricht:

„die Geisteskrankheit als pathologisches Faktum zu negieren, als existierte keine Materie – wie etwa Nervenzellen – für psychische Erkrankungen. Ebenso wenig soll bestritten werden, es gäbe Menschen, deren Denken, Fühlen oder Handeln die Anderen in ihrer Umgebung in einer Weise befremden, verstören, ängstigen oder gefährden können, so dass keine Kommunikation mehr möglich und die soziale Ordnung bedroht scheint.“⁴³

Aber ähnlich den Autoren, die noch bis heute ihren Texten eine Fußnote voranstellen, dass ‚selbstverständlich mit allen männlichen Formen stets auch die weiblichen mitgedacht seien‘, und die dabei doch vergessen oder ignorieren, dass es stets die männlichen Formen sind, die sich damit immer aufs Neue ins Gehirn einprägen, während die weiblichen, nie gelesen, nie gesprochen, nie den Lesefluss unterbrechend, so auch nie mitgedacht werden können – ähnlich diesen Autoren scheint auch die Akzeptanz psychopathologischer „Entitäten“, nachdem diese in der Einleitung ‚abgehakt‘ wurden, im weiteren Verlauf zu verschwinden: nicht mitgedacht, nicht mitgesprochen, selten den Lesefluss unterbrechend.⁴⁴ Und mit dem Verschwinden der Psychopathologie kann bei Autor/innen und Leser/innen gleichermaßen leicht ein ‚antipsychiatrischer Affekt‘ entstehen. Vermutlich waren damalige Patient/innen kaum ausnahmslos nur „angeblich“ psychopathologisch auffällig und die Anstaltspsychiater und Verwaltungsbeamten dementsprechend nicht zwangsläufig „zynisch“, „paternalistisch“ oder *ignorant*.⁴⁵ Vermutlich liegt die individuelle ‚Wahrheit‘, die aber aus den Quellen erst mühsam herausgearbeitet werden muss, irgendwo in der großen Grauzone dazwischen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Krankenakte, vorsichtig und bewusst verwendet, durchaus eine eindrückliche, spannende und unendlich vielschichtige Quellengattung darstellt, dass sie aber, soviel hat die bisherige Darstellung gezeigt, nicht leichtfertig als Quelle herangezogen werden darf. Sollen Aussagen getroffen werden, die über rein statistische Berechnungen wie im Kapitel 4 dieser Arbeit hinaus gehen, muss sie, und genau dies wird im Kapitel 5 geschehen, Einzelfall für Einzelfall kritisch geprüft und in ihrem individuellen Kontext verortet werden, damit ihre jeweilige Belastbarkeit sichtbar wird.

Nach diesen Gedanken zur Bewertung und Auswertung der psychiatrischen Krankenakten ist damit diese Quellengattung hinreichend beschrieben. Im Folgenden sollen die weiteren Quellen, auf denen diese Arbeit basiert, vorgestellt werden.

⁴³ Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 16.

⁴⁴ Heise (2000): Sind Frauen mitgemeint? Heise konnte in ihrer empirischen Studie belegen, „dass generisch maskuline Formen zu mehr Repräsentationen männlicher Personen führten“. Mehr zur Geschichte des Generischen Maskulinums bei Lisa Irmen & Vera Steiger (2005).

⁴⁵ Nolte (2006) [Tagungsbericht]: Querulantenwahnsinn, S. 400 bzw. 404. Nolte bezieht sich hier auf einen Briefwechsel zwischen einer ehemaligen Patientin der Irrenheilanstalt zu Marburg mit dem zuständigen Landesdirektor, der, nach Nolte, zunächst eine: „Strategie des Ignorierens“ verfolgte, der Patientin aber „schließlich doch noch, allerdings in paternalistischer Manier“ antwortete.

1.2 Visitationsberichte

Visitationen sind offizielle Besuche eines amtlich bestellten Arztes, der die Heilanstalten während des laufenden Betriebs zu kontrollieren hatte. Jede Anstalt brauchte zum Betrieb auch eine Konzession. Fielen Anstalten bei den Visitationen allerdings negativ auf, wie etwa Kennenburg vor Dr. Landerer, konnte diese Konzession auch wieder entzogen werden.

Zuständig für die Privatanstalt Kennenburg war das Königliche Oberamtsphysikat Esslingen. Während nach Angaben von Angela Roth, die „*Staatlichen Irrenanstalten [...] etwa alle 2 bis 3 Jahre von Mitgliedern der Aufsichtskommission ohne Vorankündigung visitiert [wurden]*“,⁴⁶ machte sich der so genannte „*Oberamtsphysikus*“ mindestens einmal im Jahr auf, um in Kennenburg nach dem Rechten zu sehen. In den Jahren 1876 bis 1907 sind es vor allem zwei Esslinger Ärzte, die regelmäßig kommen: bis 1883 Dr. Kapff und danach Dr. Spaeth. Diese beiden Ärzte schreiben nach ihren Besuchen Berichte und schicken diese ihrerseits an ihre vorgesetzte Behörde, also an das Königliche Medicinal-Collegium mit Sitz in Stuttgart, das dem Ministerium des Inneren unterstellt ist. Dort entscheiden ebenfalls wieder Ärzte, ob bei dem Betrieb der Anstalt alles rechtens ist oder ob bestimmten Problemen genauer nachgegangen werden muss und wann der Bericht schließlich ‚ad acta‘ abgelegt werden kann.

In unregelmäßigen Abständen, anfangs nur alle paar Jahre, später dann auch jährlich, besuchten auch Ärzte des Königlichen Medicinal-Collegiums selbst die Heilanstalt. Diese besonderen Visitationsberichte erinnern in ihren Verlaufsschilderungen teils an Szenen aus der ‚Feuerzangenbowle‘, wenn dort der Oberschulrat überraschend zum Unterrichtsbesuch erscheint und Direktor und Belegschaft in Aufregung versetzt. Für das dritte Kapitel zur Geschichte Kennenburgs bilden diese Visitationsberichte die wesentliche Quellengrundlage.

Mindestens einmal im Jahr, später in der Regel sogar einmal im Winter-, einmal im Sommerhalbjahr und, wenn jemand aus dem Medicinal-Collegium kam, auch bis zu dreimal im Jahr, hatte Dr. Landerer also mit einer Visitation zu rechnen. Nie wusste er vorab wann, denn das Überraschungsmoment gehörte zum Visitationsprogramm unabdingbar dazu: „*ohne daß der Director der Anstalt und dessen Personal davon Kenntniß erhalten konnten*“,⁴⁷ ist das Prinzip der Kontrolleure. Konkret dauerte so ein Besuch meist mehrere Stunden. Unter der Führung Dr. Landerers bzw., in dessen Abwesenheit, seines Assistenzarztes machten sich die Visitatoren ein gründliches Bild der Anstalt. Dabei schauten sie nach Allem: nach dem Zustand der Gebäude, nach den sanitären Anlagen, nach den Kranken, nach dem Arzt- und Pflegepersonal, nach den Dokumenten, den Vorratsräumen, den Matratzen etc. Kein Bereich, der nicht in den Berichten auftaucht. Zwar sind diese Berichte unstandardisiert, dennoch scheint es mir, als arbeiteten sie offenbar einen klaren Kriterienkatalog ab.

⁴⁶ Roth (1999): *Würdig einer liebevollen Pflege*, S. 37.

⁴⁷ Visitationsbericht v. 30.08.1877. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 191.

Hier eine Übersicht über die in meinen Augen wesentlichsten Visitationen:

Baulicher Zustand

Die Visitation beginnt im Grunde schon vor der Haustür. In welchem Zustand ist die Anlage, wie gepflegt, wie seit der letzten Visitation umgebaut bzw. erweitert, wie viele Gebäude existieren aktuell zu welchem Zweck? Vom Großen zum Kleinen arbeiten sich die Visitatoren so vom Gesamtkomplex bis zu den einzelnen Krankenzimmern, Öfen und Bädern vor.

Sauberkeit

Dieser Aspekt ist im Zeitalter der Spucknapfe und Sickergruben immer zentral. Ob es um die Hygiene der Zimmer, Betten oder sanitären Anlagen geht oder um Küche, Wäsche und Vorratskammern. Reinlichkeit, frisches Wasser und gute Luft sind bei jeder Visitation Thema.

Patient/innen

Ebenso wie die Gebäude werden auch die Patient/innen zunächst von außen begutachtet. Ihre Anzahl, aber auch ihre Kleidung, ihre Sauberkeit oder ihr Ernährungszustand. Anschließend prüfen die Visitatoren anhand der Akten und im persönlichen Gespräch mit den Patienten, ob auch niemand zu Unrecht in der Anstalt festgehalten wird. So heißt es etwa in einem Bericht von 1878: *„Es haben sich weder Kranke vorgefunden, deren Aufnahme nicht ordnungsgemäß [...] stattgefunden hätte, noch solche, welche entweder nicht geisteskrank sind, noch als geheilt hätten entlassen werden sollen.“*⁴⁸

Gesunde Menschen – festgehalten in der Anstalt – das soll auf jeden Fall vermieden werden. Deswegen untersuchen die Visitatoren im Zweifelsfall eine Patientin oder einen Patienten noch einmal selbst, falls das beiliegende ärztliche Zeugnis fehlen oder unklar sein sollte: *„Eine eingehende Untersuchung dieser Kranken konnte mit Bestimmtheit feststellen, daß dieselbe an Zwangsvorstellungen mit hypochondrisch melancholischer Grundlage leidet; ihre Aufnahme in die Anstalt erscheint demgemäß als vollständig begründet.“*⁴⁹

Die Patienten sind bei den Visitationen also keinesfalls nur Statisten. Ganz im Gegenteil: Die Visitationen dienen vor allem ihrem Schutz. Dementsprechend ernst nehmen die Visitatoren das persönliche Gespräch: *„mit sämtlichen Kranken gesprochen und ihnen dabei Gelegenheit gegeben, etwaige Wünsche und Klagen vorzubringen.“*⁵⁰ Tatsächlich äußern bei einer solchen Gelegenheit einmal *„2 Kranke weiblichen Geschlechtes [...] den Wunsch der Entlassung in die Heimat.“*⁵¹ Bei einer der beiden Frauen stimmt der Visitor offenbar auch einer Beurlaubung als Entlassvorbereitung zu, da wesentliche Besserung eingetreten sei.⁵²

⁴⁸ Visitationsbericht v. 17.07.1878. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 193.

⁴⁹ Visitationsbericht v. 27.08.1892. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 238.

⁵⁰ Visitationsbericht v. 11.05.1905. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 300.

⁵¹ Visitationsbericht v. 27.10.1894. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 240.

⁵² Ebd.

Allerdings haben die Visitatoren in einer Anstalt auch immer wieder mit psychopathologisch bedingten, übertriebenen Beschwerden zu tun. So lebt etwa ein allen Behörden bekannter Dauerpatient, Herr Karl Bädeker, seit über zwanzig Jahre recht luxuriös in Kennenburg, was ihn aber nicht davon abhält, sich bei jeder Gelegenheit gründlich zu beschweren: „(Bädeker) wiederholt seine schon schriftlich dem Oberamtsarzt zugestellten Beschwerden über das ärztliche [...] Personal, das er in geheimnißvollen Andeutungen des Sadismus bezichtigt, sowie über die durchaus mangelhafte staatliche Controlle der Irrenanstalten“⁵³ In seinem Fall notieren die Visitatoren zwar noch seine Klagen, gehen ihnen aber nicht mehr nach.

Personal

Besonders das so genannte „Wart- und Pflegepersonal“, das direkten Kontakt mit den Patienten hat, wird begutachtet. Wie viele Pflegekräfte sind vorhanden, wie sind sie ausgebildet, wie gehen sie mit dem Patienten um und wie lange sind sie schon in der Anstalt? Aber auch die Ärzte, also Landerer selbst und die jeweiligen Assistenzärzte, werden im Umgang mit ihren Patienten beobachtet und bewertet.

Dokumentation

Hier kontrollieren die Visitatoren alle schriftlichen Unterlagen – nicht nur die Krankenakten. Kontrolliert wird auch, ob alle geforderten Dokumente vorhanden sind, ob Fluchtversuche oder Todesfälle rechtzeitig den Aufsichts-Behörden angezeigt und die Austritte ungeheilter Patienten den entsprechenden Oberämtern gemeldet wurden.

Besonderheiten

Eine Besonderheit ist z.B. ein selten erteilter offizieller „Rezess“ – eine Ordnungswidrigkeit wie etwa das unrechtmäßige Abmessen offener Medikamente durch eine Wärterin:

*„Ich beantrage folgenden Rezess:
Die in der Anstalt seither übliche Dispensierung stark wirkender Arzneimittel wie Trional, Veronal etc durch eine Oberwärterin ist nicht statthaft. [...] Derartige Arzneimittel sind [...] gebrauchsfertig in Form von abgewogenen Einzelgaben aus einer Apotheke zu beziehen.“⁵⁴*

Ein solcher Rezess durfte von Landerer nicht ignoriert werden und wurde bei der folgenden Visitation weiter beobachtet: „Der Rezess vom letzten Jahre wird streng befolgt.“⁵⁵

Gesamteindruck

Abschließend fassen die Visitatoren ihre Eindrücke meist noch einmal kurz zusammen: Wie Dr. Landerer ihrer Meinung nach die Anstalt führt, wie Kennenburg aktuell auf sie wirkt und ob es irgendwelche Beanstandungen gibt. Teils liegt den Visitationsberichten auch mal eine Patientenliste oder ein Speiseplan bei – solche Zusätze sind aber zufällig und selten.

⁵³ Visitationsbericht v. 11.05.1905. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 300.

⁵⁴ Ebd.

⁵⁵ Visitationsbericht v. 21.06.1906. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 302.

1.3 Sonstige Quellen

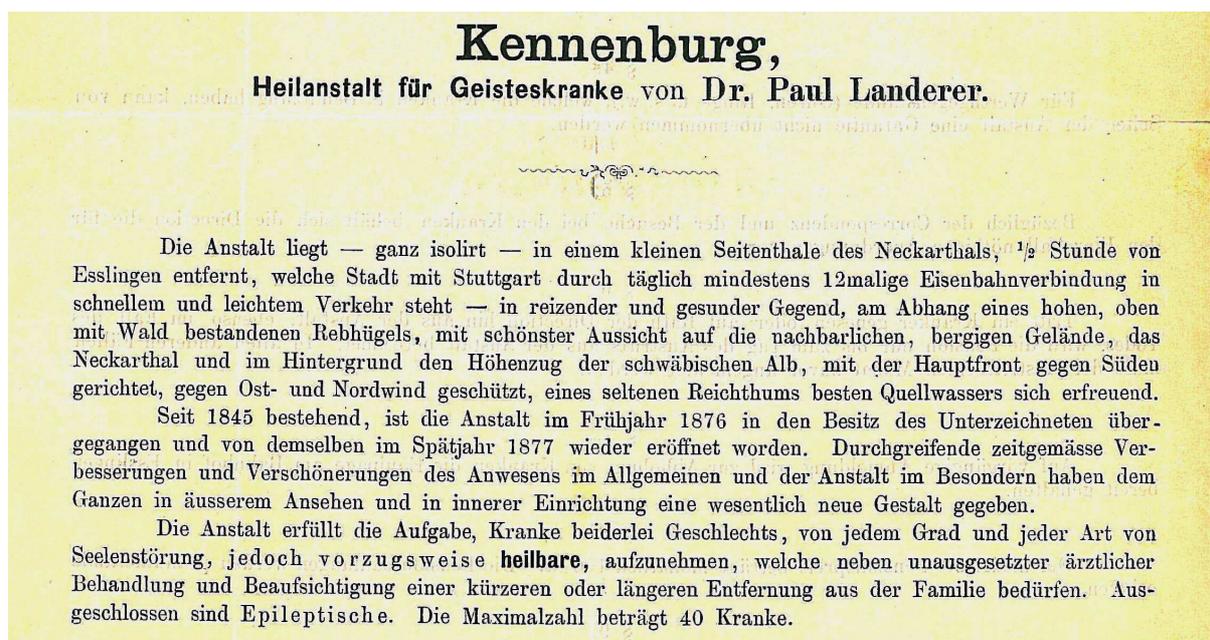
Krankenakten und Visitationsberichte bilden – mit großem Abstand – die Hauptquellen dieser Arbeit: die Krankenakten als Primärquellen direkt aus dem Anstaltsalltag und die Visitationsberichte als Sekundärquellen, die einen wertenden Blick von außen auf diesen Alltag werfen. Darüber hinaus stütze ich mich noch auf fünf weitere Quellentypen: Zwei Anstaltsprospekte, Bilder, Gesprächsnotizen, zeitgenössische Fachliteratur sowie einige wenige Zeitungsartikel.

Prospekte

Unter Dr. Landerer wurden zwei Kennenburger Werbeprospekte aufgelegt. Interessierte Kranke respektive deren Angehörige konnten sich so vorab ein Bild von der Anstalt machen. Beide Prospekte, der eine aus den 1880er Jahren, der andere von 1900, ähneln sich sehr.

ABBILDUNG 1.3:

Erste Seite des Kennenburger Werbeprospekts aus den 1880er Jahren (Ausschnitt)



Beide Prospekte betonen die isolierte, idyllische und dennoch verkehrsgünstige Lage Kennenburgs sowie das Selbstverständnis der Anstalt als Heil-Anstalt. Im Unterschied zum ersten Prospekt betont der zweite jedoch die ausschließliche Aufnahme weiblicher Kranker. Aus den Prospekten lassen sich auch die psychiatrischen und psychotherapeutischen Konzepte der ärztlichen Leitung herauslesen. Im Kapitel 5 wird auf diese Konzepte ausführlich eingegangen werden. Weil insbesondere von Dr. Landerer schriftliche Quellen zu seinem Behandlungskonzept fehlen, sind die Prospekte wichtige Anhaltspunkte.⁵⁶

⁵⁶ Beide Prospekte im Anhang B.1-B.6.

Bilder

Da ein Bild bekanntlich häufig mehr sagt, als ‚tausend Worte‘, habe ich, wo immer es ging, Fotos, Gemäldeabbildungen bzw. Zeichnungen von Kennenburg und Dr. Landerer eingefügt. Sehr aufschlussreich ist ein Anlageplan Kennenburgs, der im Kapitel 3 gezeigt werden wird. Ich halte Bilder für eindrückliche Quellen, doch auch hier gilt es quellenkritisch zu bedenken: Für wen sind die Bilder gemacht, aus welchem Grund und was sollte der Betrachter möglichst dabei denken. Bilder von Patient/innen sind aus der Zeit leider kaum vorhanden.

Gesprächsnotizen

Obwohl Dr. Landerer kinderlos stirbt, lässt sich doch von einem ‚Familienbetrieb‘ sprechen. Sein Nachfolger, Dr. Reinhold Krauß, heiratet eine Nichte Landerers, Agnes Landerer, und verbindet damit die Familien Landerer/Krauß. Dessen Sohn – Dr. Paul Krauß – tritt 1931 als Oberarzt in Kennenburg ein und übernimmt später die Leitung der Anstalt. Mit dessen Sohn wiederum – dem Psychiater Herrn Dr. Burkhard Krauß – also dem Ur-Groß-Neffen von Dr. Paul Landerer, habe ich am 10. Oktober 2008 anlässlich der Eröffnung des Archivs im Christophsbad Göppingen ein Gespräch über seine Vorfahren geführt. Burkhard Krauß konnte sich selbst noch gut an seine Großeltern Reinhold und Agnes Krauß erinnern und darüber hinaus an deren Bild von Dr. Landerer, wie es in der Verwandtschaft tradiert wurde.

Zeitgenössische Fachliteratur

Wesentliche Quellen, um das medizinische Wissen der Kennenburger Zeit besser verstehen und einordnen zu können, waren für mich unter anderem folgende zwei Lehrbücher: einmal *„Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“* von Wilhelm Griesinger (1845) sowie das *„Compendium der Psychiatrie“* von Emil Kraepelin (1883). Beide Bücher sind jeweils Standardwerke für Generationen von *„Studierende[n] und Aerzte[n]“* gewesen. Darüber hinaus finden sich die Kraepelinschen Klassifikationsgrundlagen bis heute in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO.

Neben diesen beiden ‚Klassikern‘ waren für meine Untersuchungen zur Gewichtszunahme vor allem Arbeiten interessant, die dazu einen zeitgenössischen Maßstab liefern konnten. Eine Dissertation von 1887 *„Ueber den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Abnahme des Körpergewichts“* stellt etwa einen Zusammenhang zwischen Moral und Körpergewicht her. Mit dieser These setzt sich wiederum ein Artikel von 1906 auseinander: *„Die Inanition im Verlaufe von Geisteskranken und deren Ursachen“*. Hier finden sich auch Umrechnungsangaben für das damalige Durchschnittsgewicht, so dass damit tatsächlich eine zeitgenössische Vergleichsgruppe zu den Kennenburger Patientinnen existiert.

Zeitungsartikel

Sie spielen in meiner Arbeit nur eine untergeordnete Rolle. Verwendet habe ich u.a. einen Bericht vom Besuch des Königs, eine Werbe-Announce sowie den Nachruf auf Dr. Landerer.

Fehlende Quellen

Trotz 15,3 Regalmetern Krankenakten, trotz zahlreicher Visitationsberichte, trotz der übrigen Quellen wie Bilder, Prospekte und zeitgenössischer Literatur sind einige Quellen entweder verloren gegangen oder haben nie existiert. So fehlen, wie eingangs bereits erwähnt, die Aufnahmebücher der Kennenburger Patient/innen bis ins Jahr 1932. Lediglich aus dem Jahr 1886 existiert eine einzelne Patientenliste mit den Gesamtaufnahmen für das ganze Jahr. Die Patient/innen dieser Liste werden im Kapitel 3 näher vorgestellt werden. Ebenso fehlt eine Hausordnung. Es fehlen auch konzeptionelle Schriften von Dr. Landerer persönlich. Seine Dissertation „*Zur Casuistik der Addison'schen Krankheit*“ bietet inhaltlich keine Hilfe bei der Annäherung an die Kennenburger Behandlungskonzeption. Es fehlen auch Rechnungsbücher oder ähnliches, die über die ökonomischen Verhältnisse der Anstalt hätten Auskunft geben können. Insgesamt lässt sich sagen, dass meinem Eindruck nach die Heilanstalt Kennenburg außerhalb des Esslinger Ortsteils und der direkten Verwandtschaft Landerer/Krauß überraschend schnell in Vergessenheit geraten ist, was mit Landerers Kinderlosigkeit, der Familienstruktur und der Tatsache zusammenhängen mag, dass die Göppinger ‚Schwesteranstalt‘ eigentlich immer größer und erfolgreicher als Kennenburg war. Doch dazu im Kapitel 3 dann mehr. Im Anschluss folgt zunächst die Verortung der Arbeit.

2. Verortungen

„Wissenschaft ist einem unendlichen Gespräch vergleichbar, das über alle Grenzen hinweg geführt wird. Wenn jemand sich eines Tages dazu entschließt, über einen bestimmten Gegenstand wissenschaftlich zu arbeiten, so bedeutet dies, daß er sich in dieses Gespräch einschalten möchte. Die Gesprächspartner, die er dort antrifft, heißen im allgemeinen jedermann herzlich willkommen, der mit neuen Ideen oder mit neuem Material in das Gespräch eintritt, aber sie werden ungehalten, wenn der Neuankömmling Dinge vorträgt, die sie längst erörtert und abgehakt haben.“⁵⁷

Auch wenn Sellin hier sicher das Idealbild des freien wissenschaftlichen Diskurses zeichnet, so ist es tatsächlich manchmal hilfreich, komplexe Vorgänge wie etwa die wissenschaftliche Diskussion in einem einfachen Bild zusammenzufassen. Stellen wir uns also einmal, um mit dieser von Sellin vorgeschlagenen Metapher weiterzudenken, die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Psychiatriehistorie gemeinsam debattierend an einem Tisch vor: Zunächst lässt sich feststellen, dass dieser Tisch gar nicht so unermesslich groß wie in anderen Wissenschaftsbereichen wäre, was vermutlich damit zusammenhängt, dass die wissenschaftliche Beschäftigung mit der Psychiatriegeschichte noch keine übermäßig lange Tradition besitzt. Dies könne so nicht behauptet werden, werden nun diejenigen am Tisch einwenden, die die Geschichte der Psychiatrie als Teil der Medizingeschichte – oder noch umfassender – als Teil der Philosophie, der Theologie und anderer wissenschaftlicher Disziplinen sehen und sie damit bis in die Zeiten eines Galens oder Hippokrates oder noch früher zurückreichen lassen wollen. Unter dieser Perspektive wäre der Tisch, der dann etwa von den Vertretern der Säftelehre der Antike über die Exorzisten des Mittelalters bis hin zu den Psychiatern der Zeitgeschichte reichen würde, allerdings unübersehbar groß. Deutlich übersichtlicher wird die Runde schon, wenn man die Zeitrechnung der modernen Psychiatriegeschichte mit dem Meilenstein der französischen Revolution und den folgenden bedeutenden Vertretern Pinel und Esquirol beginnen lässt. Dann begänne die Psychiatriegeschichte, so wie wir sie heute verstehen, mit der Trennung von Kriminalität und Krankheit, also mit der Errichtung eigener Irrenanstalten vor etwa 200 Jahren. Das wissenschaftliche Gespräch, in das sich diese Dissertationsschrift einschalten möchte, umfasst nur einen kleinen Ausschnitt aus diesen zweihundert Jahren: Die Tischrunde ist begrenzt auf die Vertreter/innen der Psychiatriehistorie, die sich zeitlich mit den Dekaden des Fin de siècle, inhaltlich mit der Etablierung psychiatrischer Anstalten und methodisch mit der quantitativen und qualitativen Analyse psychiatrischer Krankenakten befassen. Am Gesprächsprozess dieses Tischabschnittes möchte diese Arbeit teilhaben. Hier hofft die Arbeit, neues Material, neue Gedanken und nicht zuletzt Ideen für eine neue Methodik vorstellen zu dürfen und willkommen geheißen zu werden. In diesem Sinne sollen die Ansätze der Arbeit auf den folgenden Seiten im Einzelnen weiter verortet werden.

⁵⁷ Sellin (2008): Einführung in die Geschichtswissenschaft, S. 120.

2.1 Verortung Kennenburgs im württembergischen Anstaltswesen

Einigkeit herrscht in der Forschung darüber, dass sich Ende des 19. Jahrhunderts geradezu von einem „Anstaltsboom im Kaiserreich“ sprechen lässt.⁵⁸ Immer neue Anstalten in staatlicher oder privater Trägerschaft entstanden und waren, kaum eröffnet, bereits bis zu ihren Kapazitätsgrenzen oder häufig auch darüber hinaus belegt. Dennoch konnten die Anstalten nur einen Bruchteil der als behandlungsbedürftig geltenden Menschen aufnehmen. Cornelia Brink gibt dazu in ihrer 2010 erschienenen Habilitationsschrift „Grenzen der Anstalt“ einen umfassenden Überblick und weist auf regionale Unterschiede zwischen Patienten- respektive Anstaltszahlen in den deutschen Provinzen hin.⁵⁹ Speziell für Württemberg nennt Sylvelyn Hähner-Rombach für das Jahr 1853 die Zahl von lediglich 7% Aufnahmekapazität.⁶⁰ Nach Ansicht Bernd Walters befand sich die Institution Irrenanstalt zu der Zeit noch in einer:

„schwierigen Situation. Vom Staat noch nicht als umfassende Fürsorgeeinrichtung entdeckt, rang sie um Anerkennung und Vertrauen zum propagierten Therapie- konzept. Der Mangel an wissenschaftlicher Begründung, die Brutalität der Mittel und die Belegungssituation, kurz gesagt: die Erfahrung der Unheilbarkeit stand dabei den eigenen Ansprüchen ständig im Weg.“⁶¹

Entwickelt hatte sich das psychiatrische Anstaltswesen überhaupt erst aus der Trennung von Kriminalität und Krankheit, für die Philippe Pinels 1793 im Pariser Hôpital Bicêtre erfolgte legendäre Befreiung von den Ketten auf Basis des veränderten Welt- und Menschenbildes der französischen Revolution ein – wenn nicht der – entscheidende Durchbruch war.⁶² Wilhelm Griesinger, selbst großer Reformers und ab 1865 Inhaber des ersten Lehrstuhls für Psychiatrie und Neurologie an der Charité,⁶³ sieht in Pinels „grossen friedlichen Reformen“, wie er es nennt, den „Anstoss für die Umgestaltung der ganzen Irrenbehandlung.“⁶⁴ Bei der Betonung dieser Reformansätze ist nicht zu vergessen, dass zwar die Ketten wegfielen, andere Zwangsmittel wie die Verwendung der Zwangsjacke und Douche auf ärztliche Anordnung aber durchaus als statthafte Behandlungsmethoden erhalten blieben.⁶⁵ Fundamentale Neuerung dieser Zeit sind nicht so sehr revolutionäre Behandlungsmethoden, sondern zunächst die grundlegende Sondierung behandlungswürdiger Krankheiten an sich. So wird die Irrenanstalt als solche, wie es der Medizinhistoriker Ackerknecht beschreibt, für „Pinel [...] zum Hauptmittel der Therapie. [...] Pinel wie Esquirol und seine Schüler waren tief von der absoluten Notwendigkeit durchdrungen, den Kranken rechtzeitig von seiner Familie zu isolieren, da diese ihn nicht richtig pflegen könne und ihn nur unnötig aufrege.“⁶⁶

⁵⁸ Kapitelüberschrift bei Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 109.

⁵⁹ Ebd., S.109ff.

⁶⁰ Hähner-Rombach (1995): Arm, weiblich – wahnsinnig?, S. 16.

⁶¹ Walter (1993): Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch, S. 69.

⁶² Schott & Tölle (2006): Geschichte der Psychiatrie, S. 244ff.

⁶³ Zu dieser neuen Kombination s. Ebd., S. 68 und 521.

⁶⁴ Griesinger (1871): Die Pathologie und Therapie, S. 521.

⁶⁵ Ackerknecht (1985): Kurze Geschichte der Psychiatrie, S. 44.

⁶⁶ Ebd., S. 44f.

Während die beschriebene Absonderung der Kranken von der Gesellschaft und ihre Isolation in eigenen Institutionen von Pinel und Esquirol sowie zahlreichen zeitgenössischen Ärzten als empfehlenswerter und unabdingbarer Schritt zur Genesung favorisiert wurde, sah der französische Philosoph Michel Foucault einhundertfünfzig Jahre später in der Trennung von „*Wahnsinn und Gesellschaft*“ geradezu eine „*Verschwörung*“ des „*Nicht-Wahnsinns*“. Zwar hatte bereits Esquirol „*ausführlich [...] das seither nicht zur Ruhe gekommene Problem, ob die Geisteskrankheiten in unserer Gesellschaft anwachsen*“, diskutiert, und auch die ältere deutsche Historiographie griff die Frage kritisch auf: „*[w]enn nämlich die Zivilisation Geistesstörungen verursacht, dann ist das Land mit den meisten Kranken auch das zivilisierteste*“⁶⁷, so Ackerknecht, aber Foucault zielte auf eine viel radikalere Geschichtsschreibung ab:

*„Die Geschichte dieser anderen Art des Wahnsinns ist zu schreiben, – dieser anderen Art, in der die Menschen miteinander in der Haltung überlegener Vernunft verkehren, die ihren Nachbarn einsperrt, und in der sie an der gnadenlosen Sprache des Nicht-Wahnsinns einander erkennen.“*⁶⁸

Obwohl das Original „*Histoire de la folie*“ zwar auf eine historische Untersuchung verweist, zählt für Foucault allein die „*Geste, die den Wahnsinn abtrennt, und nicht die Wissenschaft, die in der nach der einmal vollzogenen Trennung wiedereingetretenen Ruhe entsteht*“.⁶⁹ Für Foucault hat sich die konstitutive Geste der Abtrennung bereits lange vor Pinel vollzogen: „*Die Ernennung Pinels beweist für sich allein, daß die Anwesenheit der Irren in Bicêtre bereits ein medizinisches Problem geworden ist.*“⁷⁰ Auf der Suche nach dem Ursprung des Wahnsinns will Foucault sich nicht der „*Sprache der Psychiatrie [...] über den Wahnsinn*“ bedienen, vielmehr sucht er nach seinen Ursprüngen „*unterhalb der Sprache der Vernunft*“.⁷¹

Foucault schreibt als Philosoph und nicht, „*um die Berufshistoriker zufriedenzustellen*“.⁷² Man mag dies wie der Bielefelder Historiker Hans-Ulrich Wehler kritisieren oder Foucaults „*produktive[r] Witterung für Probleme*“⁷³ Respekt zollen – in der gängigen Historiographie drängt sich aber mitunter tatsächlich der Eindruck auf, als würden Foucaults Gedanken zur „*Diskursanalyse als Ausweis dessen benutzt, daß man postmodern und »up to date« ist*“⁷⁴,

⁶⁷ Ebd., S. 49.

⁶⁸ Foucault (franz. 1961; dt. 1973): *Wahnsinn und Gesellschaft*, S. 7.

⁶⁹ Ebd.

⁷⁰ Ebd., S. 488.

⁷¹ Ebd., S. 8f.

⁷² Wehler (1998): *Die Herausforderung der Kulturgeschichte*, S. 88.

⁷³ Ebd., S. 92.

⁷⁴ Ebd., S. 48. Wehler, der von sich sagt, alle ins Deutsche übersetzte Werke Foucaults mehrfach gelesen zu haben, (Ebd., S. 46), zählt vermutlich zu Foucaults schärfsten Kritikern. Im o.a. Buch, (Ebd., S. 91), finden sich abschließend u.a. folgende „kritische[] Überlegungen“: „Wegen der erkenntnistheoretisch abstrusen Prämissen seiner »Archäologie« und »Genealogie«, wegen der zahlreichen Mängel seiner Vorstellung von Diskursanalyse, wegen seines undifferenzierten Machtbegriffs, wegen der Verweigerung diskussionsfähiger normativer Auskünfte, wegen der systematischen und historischen Defizite seiner Diagnose der »Disziplinargesellschaft«, wegen der endlosen Mängelserie seiner sogenannten empirischen Studien ist Foucault ein intellektuell unredlicher, empirisch absolut unzuverlässiger, kryptonormativistischer »Rattenfänger« für die Postmoderne.“

wie Hans-Ulrich Wehler dies Ende der 1990er Jahre insbesondere bei Vertreter/innen eines kulturgeschichtlichen Ansatzes kritisiert. Um diesen Eindruck hier gar nicht erst aufkommen zu lassen, sei gesagt, dass ich bei der Verortung Kennenburgs die Trennung von Wahnsinn und Vernunft a priori annehme und diese nicht weiter am Foucault'schen Modell sich verdichtender Machtstrukturen problematisiere, sondern im Folgenden Kennenburg rein historisch im vorhandenen württembergischen Anstaltswesen seinen Platz zuweisen möchte.

In Württemberg zeigte sich die Trennung von Kriminalität und Krankheit konkret in der Auflösung des Ludwigsburger Tollhauses aus der Gemeinschaftsanstalt „Armen-, Waisen-, Zucht-, Arbeits- und Tollhaus“ im Jahr 1812 und der Verlegung der 46 Kranken in die erste württembergische Staatsirrenanstalt Zwiefalten, die mit diesen 46 Patienten ihren Anfang nahm.⁷⁵ Angela Roth gibt in ihrer Dissertation zur württembergischen Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert einen schönen Überblick über die ab 1812 einsetzende rasante Entwicklung des württembergischen Anstaltswesens.⁷⁶ Vier Jahre nach dieser ersten staatlichen Anstaltsgründung hatte sich, ihrem Bericht nach, die Patientenzahl in Zwiefalten nämlich bereits nahezu verdoppelt, und es bedurfte weiterer Anstalten. Als Ergebnis der Diskussion über die Trennung heil- bzw. unheilbarer Kranker wurde mit Winnenthal die erste ausdrückliche Heilanstalt Württembergs für 100 Patient/innen eröffnet. *„Mit der Eröffnung von Winnenthal 1834 wurde Zwiefalten zur reinen Pflegeanstalt für die als unheilbar erachteten Kranken.“*⁷⁷ Danach sollte es in Württemberg noch einmal gut vierzig Jahre dauern, bis dann 1875 die *„Königliche Heil- und Pflegeanstalt“* Schussenried mit 300 Plätzen eröffnete.

*„Dadurch war die zuvor so leidenschaftlich vorangetriebene Trennung von heilbar und unheilbar Kranken wieder aufgehoben. Auch Winnenthal erhielt 1875 die Bezeichnung »Heil- und Pflegeanstalt« und damit die Verpflichtung, auch als unheilbar erachtete Kranke aufzunehmen. Lediglich Zwiefalten blieb weiterhin reine Pflegeanstalt.“*⁷⁸

In dieser Situation erwirbt Paul Landerer 1875 die kleine Anstalt Kennenburg bei Esslingen und baut sie zu einem exklusiven ‚Nischen‘-Angebot für Angehörige der vermögenden Stände aus. Während, wie im folgenden Kapitel 3 noch ausführlicher gezeigt werden wird, sein Vater, der Gründer der Göppinger Anstalt Christophsbad, an einer Magenerkrankung leidet, die bald schon tödlich enden wird; während die Nachfolge in der heimatlichen Anstalt noch nicht eindeutig geregelt ist und während seine Verwandten wirtschaftlich nach der Eröffnung der Schussenrieder Anstalt und dem damit verbundenen Wegbrechen eines großen Teils der bisherigen Staatspfleglinge, die etwa zwei Drittel des Göppinger Patientenanteils ausgemacht hatten, zu kämpfen haben, renoviert Paul Landerer Kennenburg zu

⁷⁵ Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege, S. 16. Zur Weiterentwicklung bzw. Auflösung der anderen Abteilungen siehe auch die online Bestandsangaben des Staatsarchivs Ludwigsburg.

⁷⁶ Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege, S. 16-20.

⁷⁷ Ebd., S. 17.

⁷⁸ Ebd., S. 18.

einem Schmuckstück der besonderen Art, mit kostbaren Deckengemälden, hochwertigem Mobiliar und einem eindrucksvollen Park und verlangt als monatlichen Mindestsatz Preise, die etwa den Höchstsätzen anderer Anstalten wie z.B. des Christophsbades entsprechen.⁷⁹

In einer Zeit, in der die bestehenden Staatsanstalten ihre Kapazitäten immer mehr erweitern, in der der württembergische Staat in seiner Not, die wachsende Zahl psychisch Kranker unterzubringen, mit Privatirrenanstalten eigene Verträge abschließt, so dass nach Angaben von Roth allein die privaten Anstalten in Göppingen, Pfullingen und Gmünd insgesamt schließlich „über 1.000 Kranke, davon [...] ca. 70 Prozent Staatspfleglinge“ versorgten, in der weitere „Kranke [...] im Bürgerhospital Stuttgart untergebracht“ wurden, bis dieses schließlich „ebenfalls völlig überlastet war“ und in der zu Beginn der 1890er Jahre zuerst im ehemaligen Prämonstratenserkloster Weissenau bei Ravensburg die vierte, 1904 in Weinsberg mit 500 Betten die fünfte Staatsirrenanstalt und dazwischen 1894 in Tübingen die erste württembergische psychiatrische Universitätsklinik eröffnet wurden,⁸⁰ in dieser Zeit also nimmt Kennenburg maximal 40 Kranke auf, erreicht diese Zahl ohnehin nur in Ausnahmefällen und begrenzt das Angebot ab 1892 sogar nur noch auf Angehörige des weiblichen Geschlechts.

„Wie groß die Not in dieser Zeit war, kann man auch an der großen Anzahl der ab der Mitte des 19. Jahrhunderts eröffneten privaten Anstalten für Schwachsinnige und Epileptiker ablesen, die ja ursprünglich auch zum Klientel der Irrenanstalten gehört hatten. Es handelt sich um die Anstalt Mariaberg für Schwachsinnige und Epileptische (ca. 160 Plätze), die Heil- und Pflegeanstalt Stetten im Remstal (500 Plätze), die Anstalt Pfingstweide bei Tettnang für männliche Epileptiker (ca. 50 Plätze), die Pflege- und Bewahanstalt für Unheilbare in Liebenau (500 Plätze), die Anstalt Heggbach im Kreis Biberach und das Heim für weibliche Schwachsinnige des Diakonissenhauses in Schwäbisch Hall (350 Plätze).“⁸¹

Während, wie Roth hier zusammenfassend darstellt, der Anstaltsboom auch auf den privaten Sektor übergreift und diverse Häuser oft in kirchlicher Trägerschaft sich der Pflege der meist als unheilbar geltenden Kranken widmen, nimmt Landerer sich in Kennenburg die Freiheit, „vorzugsweise heilbare“ Kranke aufzunehmen, wie er es in seinem Mitte der 1880er Jahre erschienen Anstaltsprospekt schreibt.⁸² Die abgebildete Zeitungsannonce auf der nächsten Seite zeigt die weitere Eingrenzung auf „weibliche Seelengestörte aus vermögenden und gebildeten Ständen“ sowie den Ausschlussvorbehalt epileptischer Kranker. Kennenburg ist damit ganz bewusst nicht Teil des prosperierenden Anstaltswesens. Landerer nimmt weder Staatspfleglinge auf noch erweitert er zu irgendeiner Zeit die Kapazitäten seiner Anstalt. Er setzt im Gegenteil ganz auf die ‚Marktlücke‘ heilbarer, reicher, gebildeter erkrankter Frauen.

⁷⁹ Zur Angabe, dass im Christophsbad etwa zwei Drittel Staatspfleglinge untergebracht waren, s. Lang (2002): 150 Jahre Christophsbad Göppingen, S. 45. Zum Preisvergleich s. Ebd., S. 48. Lang führt für das erste Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts drei Verpflegungsklassen auf, die teuerste betrug 6,50 Mark pro Tag. Im Prospekt von 1900 nennt Landerer einen Minimal-Pensionssatz von mtl. 200,- Mark, was umgerechnet genau dem Tageshöchstsatz v. Göppingen entsprechen würde.

⁸⁰ Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege, S. 18.

⁸¹ Ebd., S. 18f.

⁸² Erster Prospekt Landerers. Vermutl. Mitte d. 1880er Jahre. Stadtarchiv Esslingen, Bestand HAK 4.

ABBILDUNG 2.1:

Zeitungsannonce Dr. Landerers aus dem Jahr 1892

Kennenburg bei Esslingen am Neckar.

Heilanstalt für weibliche Seelengestörte aus vermögenden und gebildeten Ständen.

Besteht seit 1845.

Bestimmt f. höchstens
— 40 Kranke. —

Zwei Aerzte.

Der Unterzeichnete bringt hiermit ergebenst zur öffentlichen Kenntnis, dass in seiner Heilanstalt von jetzt an nur noch weibliche Kranke Aufnahme finden. — Epileptische Kranke sind nach wie vor von der Aufnahme ausgeschlossen. Ausführliche Prospekte stehen zu Diensten.

Dr. Paul Landerer, Direktor der Heilanstalt Kennenburg (Württbg.) (326)

Allerdings wäre es verfehlt, daraus die Hypothese abzuleiten, diese Klientel wäre dann vermutlich wohl auch weniger krank – Kennenburg mithin wohl eher eine Art ‚Sanatorium‘ für Damen der besseren Stände, die zu Hause vielleicht: „*die Illusion harmonischen, hierarchischen Glücks der bürgerlichen und noch mehr der kleinbürgerlichen Familie*“ störten.⁸³ Eines der entscheidenden Alleinstellungsmerkmale der Privatheilanstalt Kennenburg war, wie in den Kapiteln 3 und 5 noch näher ausgeführt werden wird, die Verfügbarkeit über geschlossene Überwachungsabteilungen für ruhige und unruhige Kranke sowie über Zellen mit entsprechenden Tobhöfen bei gleichzeitigem Bestehen eines gutbürgerlichen Ambientes.

Bei der Verortung Kennenburgs im Anstaltswesen ist es daher wichtig, darauf hinzuweisen, dass in eben dieser Kombination aus luxuriöser Umgebung und scharfen Überwachungseinrichtungen ein gewisser Seltenheitswert in der damaligen Anstaltsszenerie gegeben war. Eine der wenigen Anstalten, die meiner Einschätzung nach in etwa die gleiche ‚Marktlücke‘ besetzte wie Kennenburg, war die schweizerische Anstalt Bellevue der Familie Binswanger in Kreuzlingen am Bodensee, die von 1857 bis zur Auflösung 1980 in Familienbesitz bestand und laut den Autor/innen der Tübinger Forschungsgruppe⁸⁴ etwas „*Besonderes*“ war.

⁸³ Walter (1996): Psychiatrie und Gesellschaft, S. 125.

⁸⁴ Die Akten des Bellevue werden vom Tübinger Universitätsarchiv verwahrt und vom dortigen Institut für Ethik und Geschichte der Medizin in Dissertationen in jeweils Fünfjahreszeiträumen untersucht.

„Binswangers Anstalt »Bellevue« in Kreuzlingen war in der Tat eine außergewöhnliche Klinik, eine Gemeinschaft von Patienten und Therapeuten, die mehr einer großen Familie als einer Institution glich. Dort ließen sich Schriftsteller und Künstler behandeln, dorthin gaben Medizinprofessoren ihre Familienangehörigen, dorthin überwiesen Ärzte wie Sigmund Freud und Eugen Bleuler Patienten.“⁸⁵

Kennenburg hat, obwohl in Preis und Größe in etwa vergleichbar,⁸⁶ zwar meiner Ansicht nach nie einen ähnlichen Status in mondäner Lebensform und Prominenz seiner Patienten erreichen können, wie sich dies für das Bellevue belegen lässt – die Gründe dafür können nur vermutet werden und sollen im Verlauf der Arbeit noch klarer herausgearbeitet werden –, allerdings verfügte Kennenburg, wie Paul Krauß, der letzte Anstaltsbesitzer, vermutete, über: *„als meines Wissens erste ihrer Art in Deutschland – eine kleine Überwachungsabteilung“⁸⁷*, die Landerer seinen Angaben zufolge bereits 1879 einrichtete. Während das Bellevue zwar auch die ganze Breite der damaligen psychiatrischen Diagnosen behandelte, konnten akut tobsüchtige Patient/innen aber dann doch teils *„nicht mehr im Bellevue versorgt werden“⁸⁸*, sondern mussten in andere Anstalten verlegt werden. Zu Beginn der 1880er Jahre baut Robert Binswanger, der zweite Anstaltsleiter des Bellevue, dann auch zwei geschlossene Häuser und 1907 zusätzlich noch eine *„geschlossene[] Abteilung für männliche Kranke“⁸⁹*. Neben Kennenburg existiert damit im württembergischen Anstaltswesen außer dem allerdings schweizerischen Bellevue kaum eine vergleichbare Anstalt.

2.2 Verortung Kennenburgs im Makrokosmos Gesellschaft

So einig sich die Forschung über die Tatsache des Anstaltsbooms im späten 19. Jahrhundert ist, so verschieden sind die Gründe, die dafür genannt werden. Schon Landerers Zeitgenossen suchten nach Erklärungen und fanden sie, wie etwa Ministerialdirektor Glockner in seiner Festrede zur Eröffnung der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz im Jahr 1913, in der allgemeinen gesellschaftlich erhöhten Sensibilität für psychische Störungen sowie in der Weiterentwicklung der psychiatrischen Wissenschaft:

„Die Gründe der erwähnten Zunahme der Geisteskranken, insbesondere in unseren staatlichen Anstalten, die in gar keinem Verhältnis steht zu der Zunahme der Bevölkerung, liegen wohl nicht in einer Zunahme der absoluten Zahl der Geisteskranken. Die Entwicklung unserer Verhältnisse mag dazu geführt haben, daß mancher, der in früheren Zeiten gar nicht als geisteskrank aufgefallen wäre, heute als solcher behandelt wird; auch hat die Vertiefung der psychiatrischen Wissenschaft zweifellos die Grenzlinie zwischen Geisteskranken und Gesunden etwas verschoben, so daß mancher, an dessen geistiger Gesundheit zu zweifeln früher niemand Anlaß fand, heute zu den Geisteskranken gerechnet wird.“⁹⁰

⁸⁵ Moses & Hirschmüller (2004): Binswangers psychiatrische Klinik, S. 5.

⁸⁶ Ebd., Zu den Kosten S. 110; zur Größe S. 98-102.

⁸⁷ Krauß (1940): Kennenburg, S. 31.

⁸⁸ Moses & Hirschmüller (2004): Binswangers psychiatrische Klinik, S. 193.

⁸⁹ Moses (2002) [Tagungsbericht] Teil I: Das Tübinger Projekt, S. 17.

⁹⁰ Glockner (1913): Eröffnung der [...] Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz, S. 548f.

Diese Verschiebung der „Grenzlinie zwischen Geisteskranken und Gesunden“, von der Glockner spricht, ist ein gesamtgesellschaftlich, rechtlich, medizinisch und philosophisch hoch komplexes Phänomen, das auch der Historiker Clemens Wischermann in seinem Vortrag „*Psychatriegeschichte als Teil der Gesellschaftsgeschichte*“ zur Auftaktveranstaltung des Jubiläumsjahres zum 100-jährigen Bestehen der ehemaligen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz, dem heutigen Zentrum für Psychiatrie Reichenau, aufgreift. Wischermann sieht in der unklaren Grenzziehung zwischen Normalität und abweichendem Verhalten einen Grund für den oft schwierigen Umgang mit psychiatrischen Anstalten vor der Psychiatriereform der 1970/80er Jahre. Anders als nach diesen Reformbemühungen, in denen eine Integration und Inklusion psychisch Kranker in die Gesellschaft angestrebt worden sei, habe im späten 19. Jahrhundert ein Paradigma der Separation und fürsorglichen Verwahrung gegolten.⁹¹

Von einer „*Fürsorgepflicht*“ spricht auch Bernd Walter und beschreibt für das Kaiserreich eine Verschiebung der gesellschaftlichen Wahrnehmung psychisch Kranker: „*Während früher der Irre nur als einzelner präsent war und eher sein individuelles Schicksal betroffen machte, wurde er nun als soziales und gesellschaftliches Problem wahrgenommen.*“⁹² Cornelia Brink betont, dass letztendlich die „*politische Entscheidung*“ zur gesetzlich verpflichtenden Unterbringung zur Alternativlosigkeit der Anstaltsfürsorge geführt habe.⁹³ Staatliche Einweisungspolitik⁹⁴ und medizinische Entwicklung bedingen, wie Bernd Walter zusammenfassend beschreibt, gemeinsam den rasanten Ausbau des Anstaltswesens: „*Die Fürsorge für Geisteskranke wurde als eigenständiges Aufgabenfeld anerkannt und neben das medizinisch-therapeutisch geprägte Wahrnehmungsraster der Psychiater gestellt.*“⁹⁵

Wie sehr das gesellschaftliche Menschenbild die Anstaltspolitik prägt, lässt sich auch an den Diskussionen der Gegenwart zeigen: Die gesellschaftliche Betonung individueller Rechte führt derzeit in der Rechtsprechung zur Stärkung des Rechts auf Selbstbestimmung psychisch Kranker. Zwangsmedikation gegen den Willen der Patienten gilt als unzulässig.⁹⁶ In Folge dessen befinden sich die Psychiatrien einmal mehr im Umbruch, da die Personalschlüssel für die gestiegenen Anforderungen nicht mehr ausreichen. Gleichzeitig besteht für die psychiatrischen Krankenhäuser eine Aufnahmepflicht, so dass es auf den Stationen leicht zu Aggressivität, Versorgungsengpässen und Sicherheitsmängeln kommen kann. Psychiatrie, Gesellschaft, Recht, Ethik und Wirtschaft sind also eng miteinander verwoben.

⁹¹ Ich danke Herrn Prof. C. Wischermann für den Gedanken der mehrfachen Paradigmenwechsel zwischen Kaiserreich und Psychiatriereform. Unveröffentlichter Vortrag v. 09.01.2013.

⁹² Walter (1993): Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch, S. 74.

⁹³ Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 114f. (Novelle zum Unterstützungswohnsitzgesetz v. 1891).

⁹⁴ Blasius sieht in der staatlichen Einweisungspolitik des Kaiserreichs einen „Sanktionsmechanismus“. Durch Veränderungen der staatl. Bürokratie sei seit den 1880er Jahren die Tendenz entstanden: „Anstalten dem Sicherheits- und Ordnungskalkül der Bürokratie unterzuordnen und sie damit ihrem ursprünglichen Heilzweck zu entfremden.“ Blasius (1994): »Einfache Seelenstörung«, S. 81.

⁹⁵ Walter (1993): Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch, S. 78. Darin auch zu Blasius S. 79.

⁹⁶ Urteile des Bundesverfassungsgerichts v. 23.03.2011 und des Bundesgerichtshofs v. 17.07.2012.

Über diese enge Verflechtung ist in den vergangenen zweihundert Jahren der ‚modernen‘ Psychiatriegeschichte viel nachgedacht und geschrieben worden. Verwiesen sei hier etwa auf die Habilitationsschrift von Doris Kaufmann, die die „»Erfindung« der Psychiatrie“ als Gegenentwurf zur aufgeklärten „bürgerliche[n] Selbsterfahrung“ in Deutschland für die Jahre 1770 bis 1850 beschreibt,⁹⁷ auf die bereits erwähnte Habilitationsschrift von Cornelia Brink, die auf Kaufmann aufbauend das Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland für die Jahre 1860-1980 beschreibt,⁹⁸ auf die, allerdings auf Westfalen begrenzte, Habilitationsschrift von Bernd Walter, der „Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne“ zwischen „Kaiserreich und NS-Regime“ untersucht,⁹⁹ und nicht zuletzt auf die umfangreiche philosophisch-historische Diskussion etwa von Max Weber, Erving Goffman oder auch von Michel Foucault, deren diverse Ansätze zum Verhältnis von Gesellschaft und psychiatrischen Anstalten Jakob Tanner zusammenfassend beschreibt.¹⁰⁰ Es kann als unzweifelhaft gelten, dass Umbrüche im Makrokosmos Gesellschaft eine Entsprechung im Mikrokosmos psychiatrischer Anstalten finden. Von welcher Art diese Entsprechung jeweils ist, ob Anstalten in enger Homologie zu Gesellschaftsmodellen zu verstehen sind oder ob sie in einem eher antagonistischen Verhältnis zur Gesellschaft stehen, kann, meiner Ansicht nach, nicht pauschal, sondern muss im Hinblick auf die jeweilige konkrete Anstalt beantwortet werden.

Die Verortung im württembergischen Anstaltswesen hat bereits gezeigt, dass Dr. Landerer seine Anstalt in Größe und Konzeption entgegen dem allgemeinen Trend ausrichtet. Während er in der ersten Hälfte seiner Direktorenzeit noch heilbare Kranke beiderlei Geschlechts aufnimmt, spezialisiert er sich in der letzten Dekade des ausgehenden 19. Jahrhunderts ausschließlich auf weibliche Kranke aus vermögenden, gebildeten Ständen. Der Makrokosmos, dem diese Patientinnen entstammen, ist, nach Hans-Ulrich Wehlers Gesellschaftsgeschichte, ohnehin ein sehr begrenzter: „Um zunächst die Größenordnung zu verdeutlichen: Numerisch stellte das Bürgertum [...] einen im Grunde genommen relativ kleinen Anteil der Reichsbevölkerung. Seinen Doppelkern bildete bekanntlich das Wirtschafts- und Bildungsbürgertum“,¹⁰¹ so Wehler und rechnet im Folgenden zur wirtschaftsbürgerlichen Klasse für das Jahr 1870 drei bis vier – für das Jahr 1913 maximal vier bis fünf Prozent der Erwerbstätigen. Für das Bildungsbürgertum nennt Wehler Zahlen von unter einem Prozent. „Berücksichtigt man die Familienangehörigen, gewinnt man mit Hilfe strenger Abgrenzungskriterien für beide Formationen in den letzten Friedensjahren eine absolute Zahl von 3.6 bis 3.8 Millionen Menschen – das waren nur rund sechs Prozent der Bevölkerung!“¹⁰²

⁹⁷ Kaufmann (1995): Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die »Erfindung« der Psychiatrie.

⁹⁸ Brink (2010): Grenzen der Anstalt.

⁹⁹ Walter (1996): Psychiatrie und Gesellschaft.

¹⁰⁰ Tanner (2005): Der »fremde Blick«.

¹⁰¹ Wehler (1995/2008): Deutsche Gesellschaftsgeschichte 1849-1914, S. 712.

¹⁰² Ebd., S. 713.

Wie im Kapitel 3 zur Geschichte Kennenburgs noch differenzierter ausgeführt werden wird, lässt sich das Kennenburger Klientel sowohl innerhalb dieser sechs Prozent als auch in den Randgebieten zum süd- und westdeutschen Adel verorten, der, nach Wehler, aus Adeligen bestand, die ihre „überkommene, auf bäuerlicher Rentenzahlung beruhende arbeitsfreie Existenz unter modernen Bedingungen fort[setzten], indem sie ihr Grundeigentum verpachtete[n], den Gewinn aus der »Bauernbefreiung« lukrativ anlegte[n] und ihr Einkommen durch den traditionellen Staatsdienst in Verwaltung, Heer und Diplomatie aufbesserte[n]“.¹⁰³ Dementsprechend finden sich in Kennenburg Angehörige von Fabrikbesitzern ebenso wie von Privatiers, Bankdirektoren, Universitätsdozenten, Richtern, Offizieren und Gutsbesitzern. Damit trifft Wehlers Analyse zur Klassenhomogenität auf das Kennenburger Klientel voll zu:

„Die Nahaufnahme ergibt, daß die Binnenhomogenität der Oberklassen im Wirtschaftsbürgertum zunahm, während in seinen mittleren und unteren Klassen die Kohäsion deutlich schwächer ausgeprägt blieb. Die Außengrenzen, welche die Oberklassen vom Adel und Bildungsbürgertum jahrzehntelang getrennt hatten, verloren streckenweise, [...] einen Großteil ihrer scharfen Konturen. Gegenüber anderen Bürgerformationen dagegen wurden sie selbstbewußter und strenger betont, und die langlebige dichotomische Abgrenzung vom Proletariat nahm währenddessen ohnehin noch an haß- und furchterfülltem Insistieren auf sozialer Distanz zu.“¹⁰⁴

Bei der Verortung Kennenburgs im gesellschaftlichen Makrokosmos ist also festzuhalten, dass Landerers ‚Kundinnen‘ – und nichts anderes waren die Frauen aus den vermögenden Familien – neben ihrem weiblichen Geschlecht und ihren Störungsbildern wenig mit etwa den Patientinnen der Königlichen Pflegeanstalt Zwiefalten gemein hatten, die Sylvelyn Hähner-Rombach in ihrer Arbeit: „Arm, weiblich – wahnsinnig?“ beschreibt. Die private Heilanstalt Kennenburg war darauf angewiesen, wie Cornelia Brink es für Privatanstalten generell formuliert, „aus der Versorgung ihrer Patienten Gewinn zu ziehen“.¹⁰⁵ Ihre Patienten stammten aus einer kleinen, elitären Schicht, zu deren Selbstverständnis es gehörte, sich von denjenigen Schichten, die die Staatsanstalten frequentierten, möglichst zu distanzieren. „Nichts führt mithin leichter in die Irre“, so Wehler zur gängigen Sichtweise auf das späte 19. Jahrhundert, „als die vage Vorstellung vom sogenannten »bürgerlichen Zeitalter«“.¹⁰⁶ Kennenburg war zu keiner Zeit Teil der staatlichen Einweisungs- und Fürsorgepolitik. Fragt man nach der Art der Entsprechung des Mikrokosmos Kennenburg mit dem Makrokosmos der Oberklassen, bei deren Mitgliedern Landerer für seine Heilanstalt warb, so lässt sich schon jetzt vermuten, dass Kennenburg, so die Hypothese, sowohl in seiner architektonischen Infrastruktur als auch seiner psychiatrischen Praxis in enger Homologie und nicht im Antagonismus zum Wertehimmel seiner favorisierten Gesellschaftsklasse stand.¹⁰⁷

¹⁰³ Ebd., S. 810.

¹⁰⁴ Ebd., S. 713f.

¹⁰⁵ Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 111.

¹⁰⁶ Wehler (1995/2008): Deutsche Gesellschaftsgeschichte 1849-1914, S. 713.

¹⁰⁷ Der Gedanke der Homologie findet sich unter Bezug auf Foucault bei Tanner (2005): Der »fremde Blick«, S. 55.

Innerhalb dieses Wertehimmels nahm die Familie den wohl prominentesten Rang ein. Landerers Patent/innen sind eben diejenigen Mitglieder der Familien, die dem Nimbus einer vermeintlich heilen Welt nicht entsprechen können. Sie sorgen für Risse in den Fassaden. Die Fassaden aber, das Wahre der Dehors, wie es bei Thomas Mann in den Buddenbrooks heißt, war für das Bürgertum entscheidend: *„Die Familie fungierte als private Binnensphäre, die von der Öffentlichkeit streng getrennt gehalten wurde“*, meint Hans-Ulrich Wehler.¹⁰⁸ Christian Buddenbrook, der jüngere Bruder des späteren Senators Thomas Buddenbrook, ist ein solcher Riss in der Fassade der reichen Kaufmannsfamilie aus Lübeck. Vorlage für die Romanfigur war ein Onkel von Thomas Mann – Friedrich Mann. Und eben dieser Friedrich Mann ist einer der allerersten Patienten, die Landerer in seiner Heilanstalt 1876 behandelt.¹⁰⁹ Im Roman heißt es über Christian Buddenbrook:

„Manchmal finde ich Christian ein bißchen sonderbar« [...] »Ja«, sagte Tom [...]. »Christian ist herzlich indiskret [...]. Ihm fehlt etwas, was man das Gleichgewicht, das persönliche Gleichgewicht nennen kann. Einerseits ist er nicht imstande, taktlosen Naivitäten anderer Leute gegenüber die Fassung zu bewahren [...] Aber andererseits kann er auch in der Weise die Contenance verlieren, daß er selbst in das unangenehmste Ausplaudern gerät und sein Intimstes nach außen kehrt. [...] Es liegt so viel Schamlosigkeit in solcher Mitteilerei«¹¹⁰.

An der Schnittstelle Friedrich Mann, alias Christian Buddenbrook, mit Kennenburg werden die Normvorstellungen der Familien sichtbar, die ihre Angehörigen nach Kennenburg gaben: Contenance, Diskretion und Zurückhaltung wahren, keine physischen oder psychischen Intimitäten ausplaudern, im Gleichgewicht bleiben und sich nicht schamlos verhalten, solche Werte waren es, die verletzt wurden und die dazu führten, dass Menschen, die ihre ‚Fassung‘ verloren, an Orte wie Kennenburg gebracht wurden, um diese dort möglichst wiederzuerlangen. Manfred Hettling schreibt über die bürgerliche Lebensführung:

„Es reichte nicht aus, in einer bestimmten sozialen Position geboren zu sein, um Bürger zu sein. [...] Entscheidend war vielmehr das Erlernen einer spezifischen Lebensführung. Diese war nicht mehr im Detail vorgegeben [...]. Statt dessen setzte die bürgerliche Lebensführung eher Barrieren, die nicht überschritten werden durften, wollte der einzelne gesellschaftlichen Sanktionen entgehen“¹¹¹.

Es liegt auf der Hand, dass die „Barrieren“, von denen Hettling spricht, für die Frauen der Oberklasse noch einmal ungleich höher lagen. Im Zuge der entstehenden innerhäuslichen Frömmigkeit oblag es den Frauen, wie Rebekka Habermas es beschreibt, das eigene Heim *„in einen Hort reiner Sittlichkeit und gefühlsintensiver Moralität umzugestalten.“¹¹²* Habermas nennt überdies die ihrer Ansicht nach entscheidenden Veränderungen privater Religiosität:

¹⁰⁸ Wehler (1995/2008): Deutsche Gesellschaftsgeschichte 1849-1914, S. 191.

¹⁰⁹ Akte Friedrich Mann. Dazu mehr bei Blöcker (2005): Christian Buddenbrook zur Kur.

¹¹⁰ Mann (1901/1931): Buddenbrooks, S. 254f.

¹¹¹ Hettling (2000): Die persönliche Selbständigkeit, S. 58.

¹¹² Habermas (2000): Rituale des Gefühls, S. 175.

Die Verlegung religiöser Feiern in den häuslichen Bereich galt für das protestantische Bürgertum.

*„Blieben die herkömmlichen frommen Praktiken des Innerhäuslichen erhalten und kann auch nicht unbedingt davon gesprochen werden, daß nun häufiger gebetet, gesungen oder Erbauliches vorgelesen wurde, so läßt sich doch eine entscheidende Veränderung beobachten: [...] Diese religiösen Praktiken dienen nun in erster Linie dazu, die Familie in eine gefühlvolle, sentimentalisierte Stimmung zu versetzen, die in vielem an die durch Taufen und Heiraten evozierten Gefühle erinnern. An die Stelle des ermahnenden Wortes trat die Rührung“.*¹¹³

Gefühle, sogar durchaus starke Gefühlsregungen, waren im 19. Jahrhundert unter gewissen formalisierten Randbedingungen gestattet. Frömmigkeit etwa diente nach Habermas dazu: *„die Privatsphäre mit Leben zu füllen und mit Gefühl zu tränken“.*¹¹⁴ Dagegen wurde im Alltag *„vom Bürger Selbstbeherrschung und Kontrolle des Trieb- und Gemütslebens erwartet“.*¹¹⁵ Kurzum: die Religion wurde vom aufgeklärten Bürgertum ersetzt. Manfred Hettling spricht von einer *„Legitimierung des neuen gesellschaftlichen Moralsystems als Religionssubstitut“* und meint damit die Überhöhung scheinbar ‚naturegebener‘ Werte, die nun helfen sollten, Orientierung und Sinn in einer säkularen Welt im industriellen Fortschrittwandel zu stiften.¹¹⁶

Um Kennenburg in diesem Kapitel im Makrokosmos Gesellschaft zu verorten, ist es wichtig, den zeitgenössischen Wertehimmel zu kennen, um einschätzen zu können, welche Barrieren Landerers Patient/innen überschritten, bevor sie nach Kennenburg kamen. Wenn wir davon ausgehen können, dass Landerers Klientel, wie bereits erwähnt, den Oberklassen entstammte und wenn innerhalb dieser Klassen die Familie eine herausragende Position einnimmt und wenn, wie hier gezeigt, innerhalb der Familien den Frauen die Aufgabe zufällt, die Familie als *„Hort reiner Sittlichkeit“*¹¹⁷ zu gestalten, dann liegt die Vermutung nahe, dass Landerers Patientinnen mit den hohen gesellschaftlichen Ansprüchen an die Schaffung und Wahrung einer *„Familienideologie“*, die sich in der, im 19. Jahrhundert weit verbreiteten und überaus populären, graphischen Darstellung der ‚Heiligen Familie‘ zur religiösen Erbauung *„in einer stark idealisieren, wirklichkeitsfernen Häuslichkeit“*¹¹⁸ überfordert waren. Die jungfräuliche Maria, der treusorgende Josef, das göttliche Kind stellten in idealisierter Form die Anforderungen der Belle Epoque an ein perfekt inszeniertes Familiennidyll dar. Zu Recht fragt Bernd Walter: *„Welchen Platz hatte der Geisteskranke in einer bürgerlichen Lebenswelt mit ihrem Hang zur Privatheit, mit Dienstpersonal und sichtbarem Luxus; störte er nicht die Illusion harmonischen, hierarchischen Glücks der bürgerlichen [...] Familie?“*¹¹⁹ Im Kapitel fünf wird versucht werden, die familiären Hintergründe einiger Patientinnen detailliert zu untersuchen, um zur Rolle der Familien ein klareres Bild zu gewinnen. Im Folgenden soll es aber zunächst um die Verortung Kennenburgs im Anstaltsleben gehen.

¹¹³ Ebd., S. 176f.

¹¹⁴ Ebd., S. 191.

¹¹⁵ Wehler (1995/2008): Deutsche Gesellschaftsgeschichte 1849-1914, S. 192.

¹¹⁶ Hettling & Hoffmann (2000): Zur Historisierung bürgerlicher Werte, S. 9.

¹¹⁷ Habermas (2000): Rituale des Gefühls, S. 175.

¹¹⁸ Lexikon für Theologie und Kirche (1995), Bd. 4, S. 1278.

¹¹⁹ Walter (1996): Psychiatrie und Gesellschaft, S. 125.

2.3 Verortung Kennenburgs im Mikrokosmos Anstaltsleben

„Im 19. Jahrhundert wäre es einer vermögenden Familie kaum in den Sinn gekommen, ihre erkrankten Mitglieder einer karitativen oder öffentlichen Krankenanstalt anzuvertrauen“,¹²⁰ schreibt Edward Shorter in seiner Untersuchung zu Heilanstalten in privater Trägerschaft und pointiert damit anschaulich die sozialen Unterschiede, die Kennenburg von staatlichen Anstalten unterschieden. Die Verortung Kennenburgs in den vorangegangenen Kapiteln im gesellschaftlichen Makrokosmos wie auch im württembergischen Anstaltswesen hat gezeigt, wie stark sich sowohl Anstalt als auch Klientel von dem Gros staatlicher Anstaltsfürsorge des Kaiserreichs unterscheiden. Es stellt sich die Frage, ob und in welcher Weise Kennenburg auch im Anstaltsalltag von der üblichen Behandlungspraxis abweicht.

In der Literatur ist es inzwischen gang und gäbe, vom Anstaltseintritt als „*Eintritt in eine »totale Institution«*“¹²¹ zu sprechen. Dieser Begriff geht auf den amerikanischen Soziologen Erving Goffman zurück, der Mitte der 1950er Jahre selbst im Zuge einer Feldstudie eine zeitlang mit Patient/innen des St. Elizabeths Hospital in Washington D.C. zusammenlebte und über diese Zeit seine bekannten Milieustudien „*Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*“ verfasste.¹²² Das Schlagwort der »totalen Institution« scheint zu wirkmächtig zu sein, um es nicht oft schlankerhand aus den Maßstäben eines anderen Kontinents und einer anderen Zeit herauszulösen und auf psychiatrische Anstalten des deutschen Kaiserreichs zu übertragen.¹²³ Im Kapitel 5 werden Goffmans Reaktionstypen verglichen mit den Reaktionen der Kennenburger Patientinnen ausführlich diskutiert werden, vorab jedoch schon einmal so viel: Für die Zeit unter Dr. Landerer kann ich Goffmans These einer übermächtigen Anstaltshierarchie, deren Interesse im Identitätsverlust ihrer Insassen liegt, so für Kennenburg nicht zustimmen, da hinter den Kennenburger Patient/innen, anders als in den von Goffman beschriebenen Institutionen, zahlungskräftige Verwandte standen, die einen demütigenden Umgang des Personals mit ihren Kranken nicht unwidersprochen hingenommen, sondern im Zweifelsfall ihre Angehörigen einfach abgeholt hätten.

Hand in Hand mit dem Begriff der »totalen Institution« geht häufig der Begriff der „*Internierung*“. Nolte spricht sogar von „*willkürliche[r] Internierung zuvor »unbescholtener« Bürger in psychiatrische Institutionen*“.¹²⁴ Die hier mitschwingende Konnotation von Willkürherrschaft und Machtmissbrauch in der psychiatrischen Anstaltsbehandlung kann ich für Kennenburg ebenfalls nicht übernehmen.

¹²⁰ Shorter (1996): Heilanstalten, S. 321.

¹²¹ So etwa Ankele (2008): Begrenzter Raum, S. 20 oder Burkhardt (2003): Krank im Kopf, S. 200.

¹²² Goffman (engl. 1961; dt. 1973): Asyle, S. 7.

¹²³ Positives Gegenbeispiel: Kaufmann (1995): Aufklärung, S. 196f. Kaufmann wendet sich gegen die „Gleichsetzung der Irrenanstalten mit den anderen v. Goffman genannten Institutionen“ u. lehnt die „zentrale Zweckbestimmung“, die „»Auslöschung des alten Selbst der Insassen«“, jedenfalls für die „frühe psychische Heilanstalt“ ab.

¹²⁴ Nolte (2006) [Tagungsbericht]: Querulantenwahnsinn, S. 396.

Während die Zeitgenossen stets von einer möglichst frühen Anstaltsbehandlung als bestem Therapeutikum ausgingen, wie dies auch etwa Ministerialdirektor Glockner im Jahr 1913 bei der Eröffnung der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz betont: *„denn es kann doch auch dem Laien nicht zweifelhaft sein, daß eine moderne Irrenanstalt, [...] für die Heilung einer beginnenden Psychose viel günstigere Bedingungen bietet als eine Verpflegung in der Familie oder in Erholungsheimen, Sanatorien und dergleichen“*¹²⁵, scheint in unseren Köpfen, die geprägt sind von den Bildern der Anstaltspsychiatrie der 1960/70er Jahre,¹²⁶ die schließlich zur Psychiatrie-Enquete und zur Reform der Psychiatrien führte,¹²⁷ die geprägt sind auch von den Bildern der nationalsozialistischen ‚T4‘-Aktion¹²⁸ sowie von den Berichten der ‚Irrenbroschüren‘ der ‚antipsychiatrischen‘ Bewegung um die Wende zum 20. Jahrhundert¹²⁹ das *„Elend der Anstaltspsychiatrie“*¹³⁰ feste Realität geworden zu sein.

Dabei gibt es Ansätze, die beispielsweise zeigen, *„dass Ende des 19. Jahrhunderts nur offen fremd- oder selbstgefährdendes Verhalten zur Anwendung mechanischer Zwangsmittel führte, während im 20. »schon« lautes Schreien als nicht tolerabel eingestuft wurde.“*¹³¹ Sammet, der sich hier auf eine Fallstudie von Robert Esther bezieht, verweist in seinem Beitrag zu Wilhelm Griesinger und dem *„non restraint-System“* außerdem auf den *„Mentalitätswandel, der eine veränderte Sensibilität gegenüber Gewalt allgemein wie gegenüber Zwangsmitteln im besonderen signalisierte.“* Griesingers *„liberal-humanitäre“* Ideen jedoch, etwa gegen die *„Gewalt gegen den Körper [...] die Güte des Worts“* zu setzen, werden meiner Ansicht nach leider oft nicht ausreichend in ihrer visionären Kraft gewürdigt, sondern lediglich als Beispiel sich verändernder *„Disziplinartechniken“* bewertet.¹³² Griesinger selbst schreibt über seine Visionen zur freien Behandlung:

*„Geduld und Milde ohne strenge Befehle, ohne heftige Worte oder gar Drohungen; Nachgiebigkeit in Allem was dem Kranken nicht schadet, ohne Trachten nach pedantischer Uniformität; specielle Erforschung der dem einzelnen Kranken Unruhe machenden Momente und Wegräumung derselben; Beschäftigung, Unterhaltung und Zerstreung, und zwar in bestimmt individualisirender Auswahl für Jeden; reichliche, mannigfaltige Nahrung, bei vielen Kranken mit kleinen Mengen von Spirituosen; gute Kleidung, ein gutes Lager; ein bequemes Zusammensein mit Kranken, die zu einander passen.“*¹³³

Für Staatsanstalten scheinen solche Visionen tatsächlich kaum umsetzbar gewesen zu sein.

¹²⁵ Glockner (1913): Eröffnung der [...] Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz, S. 549.

¹²⁶ Eine anschauliche Reportage dazu von Wallraff (1987): Als Alkoholiker im Irrenhaus.

¹²⁷ Mehr zur Psychiatrie-Enquete bei: Brink (2010): Grenzen der Anstalt. In dieser Habilitationsschrift findet sich ein kompletter Überblick von der „Etablierung der geschlossenen Anstalt“ über die div. „Krisen“ bis hin zur „Öffnung der Anstalten“ in Deutschland 1860-1980.

¹²⁸ Mehr dazu bei: Rotzoll [Hrsg.] (2010): Die nationalsozialistische ‚Euthanasie‘-Aktion ‚T4‘.

¹²⁹ Mehr dazu bei: Brink (2002): „Nicht mehr normal und noch nicht geisteskrank...“.

¹³⁰ Rotzoll et al. (2004): Frauenbild und Frauenschicksal, S. 47.

¹³¹ Sammet (2003): Ökonomie, Wissenschaft und Humanität, S. 99.

Sammet zitiert hier Robert J. Esther (1997): Use of physical restraints, S. 92.

¹³² Sammet (2003): Ökonomie, Wissenschaft und Humanität, S. 108f.

¹³³ Griesinger (1872): Die freie Behandlung, S. 327.

Privatanstalten mussten jedoch um ihre vermögenden Kunden werben. Landerer tat dies mit einer „*psychischen Behandlung, welche das grösstmögliche Mass von Freiheit erstrebt*“.¹³⁴ Aufgrund des deutlich erhöhten Personalschlüssels und den gestiegenen Anforderungen war die „*Frage des Non-Restraint und der freien Behandlung [...] vor Allem eine Geldfrage*“¹³⁵, wie auch Griesinger einräumt. Aber „*besonders der gute Ruf der Anstalt*“, der durch die Non-Restraint Behandlung erworben werden könne, zöge dann auch vermögendere Kranke an.¹³⁶

Es lässt sich, da eigene Dokumente Landerers weitgehend fehlen, nicht eindeutig belegen, ob Landerer Griesingers Ausführungen kannte. Landerers Angaben im Anstaltsprospekt lassen diesen Schluss aber zu, wenn er dort von „*sorgfältiger Individualisierung*“ auf der Basis „*allgemein anerkannte[r] therapeutische[r] Grundsätze[r]*“ spricht, die jeweils „*ganz nach Massgabe des Krankheitsfalls*“ angewendet werden würden.¹³⁷ Der Personalschlüssel in Kennenburg war, wie im folgenden Kapitel 3 noch näher ausgeführt werden wird, um ein vielfaches höher als in Staatsanstalten. So kam in Kennenburg auf ein Dutzend Patient/innen ein Arzt und auf etwa zwei Patienten eine Pflegekraft. Teils reisten Landerers ‚Kundinnen‘ ohnehin mit eigenem Wartpersonal an, das mindestens so lange blieb, bis sich die Damen mit der neuen Umgebung vertraut gemacht hatten. So schickt etwa der Vater der Patientin Marie Bauscher aus Hanau, die im ersten Kapitel bereits kurz vorgestellt wurde, deren Dienstmädchen Caroline als Begleitung mit nach Kennenburg, die so lange bleiben sollte, bis „*das Dienstpersonal der Anstalt mit der Verpflegung- und Behandlungs-Weise [...] bekannt*“ gemacht worden ist.¹³⁸ Ähnlich hohe Personalschlüssel werden auch aus der Heilanstalt Bellevue der Familie Binswanger in Kreuzlingen berichtet.¹³⁹ Nur unter diesen ausnehmend guten Bedingungen war es Landerer möglich, seine Kranken, wie von Griesinger gefordert, ohne drastische mechanische Zwangsmittel zu behandeln, die häufig noch in staatlichen Anstalten Anwendung fanden und teils bis heute unsere Psychiatrievorstellungen prägen.¹⁴⁰

Am bekanntesten sind dabei wohl die Fixierungsmaßnahmen zur Bändigung unruhiger Patient/innen wie etwa Zwangsjacken oder andere reißfeste Kleidung mit teils angenähten Ärmeln, Handschuhe, die einerseits eine mögliche Selbstverletzung der Kranken verhindern, ihnen aber gleichzeitig noch einen gewissen Bewegungsspielraum gewähren sollten oder Zwangsstühle und (Bett-) Gurte, die ebenfalls die Bewegungsfreiheit einschränkten.¹⁴¹

¹³⁴ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

¹³⁵ Griesinger (1872): Die freie Behandlung, S. 327.

¹³⁶ Griesinger (1872): Weiters über psychiatrische Kliniken, 312.

¹³⁷ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

¹³⁸ Akte Bauscher, Brief d. Vaters v. 18.07.1881.

¹³⁹ Dissertationen zur Erschließung des Binswanger Nachlasses für die Zeit zwischen 1886-1900: Kaspar Domeyer (2004), Amei Fischer (2004) und Ibolya Stollwerck (2007).

¹⁴⁰ Die Idee des Non-Restraint stammt ursprünglich aus England und wurde maßgeblich von Wilhelm Griesinger und Ludwig Meyer im deutschen Sprachraum bekannt gemacht.

¹⁴¹ Eine zusammenfassende Übersicht über die üblichen Behandlungskonzepte und -methoden in der Psychiatrie des 19. Jhdts. findet sich auch bei Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege, S. 23ff.

Darüber hinaus waren Wasserbehandlungen, sowohl als Zwangs- oder Strafmaßnahmen, aber auch als Hydrotherapiemaßnahmen weit verbreitet. So berichtet Monika Ankele von der Kraepelin'schen Behandlungsmethode der Dauerbäder, die mindestens mehrere Stunden, in ihrer Extremform angewandt aber auch Tage dauern konnte, wobei die Patient/innen in dem warmen Wasser, unter entsprechender Beobachtung, sogar aßen und schliefen.¹⁴² In den meisten Anstalten wurden die Wasserbehandlungen aber weniger lang und oft als normale warme Wannenbäder, früher auch als Deckelbäder durchgeführt; üblich waren auch kalte Duschen oder nasse Einwicklungen, wie dies die schweizer Studie zur Psychiatrie im Kanton Zürich berichtet.¹⁴³ Die Studie definiert diese Methoden als „*mechanische Massnahmen*“, um sie von den späteren Kuren, die etwa ab dem ersten Weltkrieg Anwendung fanden, und der ab Mitte der 1950er Jahre dominierenden Psychopharmakabehandlung abzugrenzen.¹⁴⁴

Wesentlicher Bestandteil dieser Maßnahmen war auch die weit verbreitete Versetzung der Patient/innen auf andere Abteilungen. Berichte darüber finden sich vielfach in der Literatur. Häufig werden diese Versetzungen zu den Zwangs- oder Strafmaßnahmen gezählt. So heißt es dazu etwa in der o.g. Studie: *„Zu den »Zwangsmitteln« gehörten zum Beispiel Isolierung und Versetzung in eine »unruhige« Abteilung oder in eine halboffene Isolationszelle.“*¹⁴⁵ Ähnliches schreibt auch Ankele über die Badische Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen: *„Die Zeit, welche die Patientinnen [...] in einem Gebäude bzw. auf einer Abteilung verbrachten, konnte unterschiedlich lang sein und hing von mehreren Faktoren ab – unter anderem fanden Verlegungen auch als Disziplinierungsmaßnahme Anwendung.“* Ankele berichtet von einer Patientin, die *„während ihrer Internierung in Emmendingen immer wieder zwischen Wachsaal, Einzel- bzw. Isolierzimmer und der ruhigen Abteilung wechseln“* muss. Ankele sieht in darin auch eine Erschwernis für die *„Eingewöhnung der Patientinnen“*.¹⁴⁶

Die vorliegende Arbeit will genau diese Verlegungspraxis, die es in Kennenburg ebenso wie im Bellevue und in nahezu allen zeitgenössischen Anstalten gab, näher in den Blick nehmen. Gewährung und Entzug von Raum soll in dieser Dissertation als Behandlungsmethode gezielt untersucht werden. Fraglich erscheint mir nämlich, ob eine *„Eingewöhnung“*, von der Ankele spricht, überhaupt als Wert damaliger Anstaltsbehandlung gelten kann oder ob nicht vielmehr mit den häufigen Verlegungen einer Hospitalisierung gezielt entgegengearbeitet wurde, indem sich die Patient/innen ihren ‚Raum‘ als Gratifikation für normentsprechendes Verhalten stets aufs Neue erst wieder ‚verdienen‘ mussten und konnten.

¹⁴² Ankele (2009): Alltag und Aneignung, S. 73. Ankele weist darauf hin, dass bereits unter Kraepelins Zeitgenossen die Extremform der Dauerbäder nicht unumstritten war und sich Belege finden, dass das übermäßig lange Verweilen im Wasser auch gesundheitsschädliche Folgen haben konnte.

¹⁴³ Meier et al. (2007): Zwang zur Ordnung, S. 103.

¹⁴⁴ Ebd., S.101-114 „Psychiatrische Massnahmen“.

¹⁴⁵ Ebd., S. 103. Die Autor/innen weisen darauf hin, dass das Burghölzli diese Maßnahmen selbst als so genannte »Zwangsmittel« verstand und entsprechend in den Jahresberichten dokumentierte.

¹⁴⁶ Ankele (2009): Alltag und Aneignung, S. 86.

Anders scheint es mir kaum erklärbar zu sein, dass sich in der Zeit des so genannten *therapeutischen Nihilismus* viele der zeitgenössischen Psychiater dennoch als engagierte Ärzte sahen, die ihre Anstalten meist nicht als reine Pflege-Asyle verstanden wissen wollten. Viele andere Therapiemaßnahmen standen ihnen außer der genannten Hydrotherapie auch kaum zur Verfügung, wie dies ebenfalls die genannte schweizer Studie beschreibt: *„Somatische Behandlungsverfahren spielten bis zum Ersten Weltkrieg noch eine kleine Rolle – angewandt wurden vor allem Klistiere, Abführmittel, Opium, Morphinum und Chloralhydrat.“*¹⁴⁷ Der Medizinhistoriker Erwin Ackerknecht schreibt über die Psychiater um 1900:

*„Der Psychiater von 1900 war in keiner besonders glücklichen Lage. Er konnte Psychosen besser klassifizieren und prognostizieren als es seine Vorgänger vor hundert Jahren gekonnt hatten. Aber seine ärmlichen Behandlungsmethoden und seine Kausalunkenntnis waren immer noch dieselben. In einer Anstalt oder Klinik wirkend, sah er nur schwere und oft hoffnungslose Psychosen. [...] Sein Patient war ein Gefangener. Er selbst war in gewisser Weise ein Gefangener, ein Gefangener des schwierigen Gegenstandes, den er sich gewählt hatte.“*¹⁴⁸

Kraepelins Systematik hatte zwar Ordnung in die Fülle der Krankheitsbilder und -begriffe gebracht, dennoch herrschte, wie vielfach beschrieben wird, eine pessimistische Stimmung: *„»Wir wissen viel und können wenig«*, zitiert Cornelia Brink den zeitgenössischen Psychiater Georg Dobrick,¹⁴⁹ und Bernd Walter spricht angesichts der in Fachzeitschriften teils heftig geführten Debatte über Sinn, Profil und Zukunft der Anstaltsbehandlung bzw. -pflege von *„der rigorosen Entzauberung der therapeutischen Möglichkeiten.“*¹⁵⁰

In den Arbeiten zur Privatanstalt Bellevue findet sich das Wort Nihilismus dagegen nicht. Zum therapeutischen Instrumentarium des Anstaltsgründers Ludwig Binswanger heißt es:

*„Das zentrale Element seines Anstaltskonzepts bestand in der Ausgestaltung des therapeutischen Milieus als therapeutische Gemeinschaft unter patriarchalischer Leitung. Hierzu gehörten eine feste Haus- und Tagesordnung, die von den Patienten einzuhalten ist, disziplinatorische Maßnahmen bei Zuwiderhandlung und die Regelung der Kontakte zur Außenwelt durch den behandelnden Arzt. Ludwig Binswanger maß der »Soziotherapie« hohen Stellenwert bei. Hierzu zählten Spaziergänge und auch größere Ausflüge in die Umgebung, Gartenarbeit, Sport, auch das gesellige Beisammensein mit gemeinsamer Lektüre und Musik.“*¹⁵¹

Ganz ähnlich sieht das therapeutische Milieu Kennenburgs aus. Während in den öffentlichen Anstalten eher die Arbeitstherapie stattfand, die aber durch Platzmangel und Überbelegung teilweise gar nicht durchgeführt werden konnte,¹⁵² verbrachten die privaten Patient/innen ihre Mußestunden mit Aktivitäten wie Kegeln, Spazierengehen, Malen, Musizieren oder Lesen.

¹⁴⁷ Meier et al. (2007): Zwang zur Ordnung, S. 103.

¹⁴⁸ Ackerknecht (1985): Kurze Geschichte der Psychiatrie, S. 81.

¹⁴⁹ Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 127. Darin: Dobrick (1910/1911): Ketzergedanken eines Psychiaters, S. 393.

¹⁵⁰ Walter (1993): Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch, S. 84f.

¹⁵¹ Moses (2002) [Tagungsbericht] Teil II: Das Tübinger Projekt, S. 12.

¹⁵² s. dazu u.a. Ankele (2009): Alltag und Aneignung, S. 75 und 86.

Die Anbindung an die Familie des ärztlichen Direktors und Inhabers der Heilanstalt spielte innerhalb der Privatanstalten Bellevue und Kennenburg eine ganz zentrale Rolle. Dies zeigt sich in vielen Belegen der Dissertationsarbeiten über den Nachlass der Familie Binswanger:

„Die weniger schwer kranken der meist gebildeten und wohlhabenden Patienten fanden sich gemeinsam mit den Ärztefamilien zur gemeinsamen Tafel zusammen, bewohnten die selben Gebäude und machten gemeinsam Ausflüge usw. Alle Familienmitglieder sollten bei der Behandlung der Kranken unterstützend wirken. Besonders jüngere Familienangehörige sah Binswanger gerne als Bewohner des Bellevue, weil von ihnen ein besonders frischer Zug auf die Kranken übergehe.“¹⁵³

So schickt Robert Binswanger seine vierjährige Tochter Anna zu bettlägerigen Nervenkranken und bindet auch seine Mutter und Schwester aktiv in die Patientenpflege mit ein.¹⁵⁴ Paul Landerer verhält sich seinen Patient/innen gegenüber ähnlich. Zwar hat er keine Kinder, aber seine Frau Emilie scheint sich sehr engagiert zu haben. Eine besondere Ehre für Patienten und Familien ist beispielsweise die Einladung zum Tee in die Direktorenwohnung.

Bei der Verortung Kennenburgs im Anstaltsleben verhält sich Landerer seinen Patient/innen gegenüber also nicht anders als andere Arztkollegen, die in ihren Anstalten Kranke der besseren Stände behandeln. So wie die Binswanger-Ärzte im Bellevue eine Gemeinschaft schufen, *„die mehr einer großen Familie als einer Institution glich“¹⁵⁵*, so besteht auch Christian Roller, Leiter der ‚modernen‘ Heil- und Pflegeanstalt Illenau in Baden auf einer *„Residenzpflicht“* aller Angestellten, wie Marga Maria Burkhardt in ihrer Dissertation schreibt, wodurch *„nicht zuletzt [...] der berühmte »Illenauer Geist« geschaffen“* wurde.¹⁵⁶ Auch in der Illenau findet *„einmal in der Woche je ein Kränzchen für Männer und für Frauen statt“*, auch hier für die gebildeten Kranken, ohne Wartpersonal, dafür aber mit Ärzten und Geistlichen.¹⁵⁷

Dass der alltägliche Umgang mit psychiatrischen Patient/innen zum Leben vieler Arztfamilien selbstverständlich dazu gehörte, war zwar einerseits im 19. Jahrhundert keine Seltenheit – Paul Landerer selbst wuchs im Christophsbad, der Anstalt seines Vaters in Göppingen, auf, Robert Binswanger erlebte den Umgang mit Patienten zunächst in der Anstalt Münsterlingen, die sein Vater Ludwig leitete und ab 1857 schließlich im Bellevue, Ludwig Binswanger hatte wiederum bei einem der berühmtesten Anstaltsdirektoren Württembergs, Albert Zeller, in Winnenthal hospitiert, dessen Familie ebenfalls *„eng in das Anstaltsleben integriert [war], Kranke gingen in der Wohnung ein und aus“¹⁵⁸* – aber andererseits konnten die Direktoren des späten 19. Jahrhunderts wie etwa Ernst Zeller, der Sohn Albert Zellers, durch die gestiegenen Patientenzahlen *„dem alten Hausvaterideal unmöglich mehr gerecht werden.“¹⁵⁹*

¹⁵³ Domeyer (2004): Bellevue 1886-1890, S. 71.

¹⁵⁴ Ebd., S. 70f.

¹⁵⁵ Moses & Hirschmüller (2004): Binswangers psychiatrische Klinik, S. 5.

¹⁵⁶ Burkhardt (2003): Krank im Kopf, S. 53.

¹⁵⁷ Ebd., S. 207.

¹⁵⁸ Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege, S. 62.

¹⁵⁹ Ebd.

Mit dem beschriebenen Anwachsen der öffentlichen Anstalten konnten die Direktoren die frühere individualisierte Behandlungsform mit enger Familienanbindung nicht mehr leisten und entfernten sich oft analog zur zunehmenden Verwaltungstätigkeit von ihren Kranken.

Anders Robert Binswanger und Paul Landerer, die sich ihren handverlesenen Patient/innen hingebungsvoll widmen, mit ihnen Zeit verbringen und ihnen das eigene Familienleben als Ersatz und Vorbild anbieten konnten. Diese Bindung und Sonderbehandlung war eine Form von Therapie, die sich die Patient/innen nicht nur durch Geld erkaufen, sondern vor allem durch ‚passendes‘ Verhalten erarbeiten konnten, wie in Kapitel 5 noch gezeigt werden wird. Sowohl Kennenburg als auch das Bellevue vertraten einen dezidierten Heilungsanspruch. Über Staatsanstalten werden hoffnungslos niedrige Zahlen genesen Entlassener berichtet, so etwa von Cornelia Brink, die von einer Heilungsquote von unter zehn Prozent ausgeht: *„Mit der Vervierfachung der Patientenzahl in den preußischen Irrenanstalten etwa ging ein Rückgang der (ohnehin niedrigen) Heilungsquote von 8,08 [...] auf 4,37 Prozent einher.“*¹⁶⁰ Im dritten Kapitel werden dagegen Zahlen aus dem Bellevue und Kennenburg genannt, die deutlich höher liegen. Doch unabhängig ob private oder öffentliche Anstalt – für beide fasst Angela Roth das gemeinsame Konzept der psychiatrischen Behandlung treffend zusammen:

*„So sehr sich auch die Methoden unterscheiden, so liegt ihnen doch dasselbe Therapiekonzept zugrunde: die Rückführung des »Irren« zur Ordnung und Vernunft, also letztlich eine Umerziehung. Diesem Grundgedanken folgen die Psychiker wie die Somatiker, die Anhänger der Zwangsmittel wie die Verfechter des No-restraint gleichermaßen. Voraussetzung für eine derartige Behandlung ist die Überzeugung, daß der Irre die Möglichkeit hat, sein Verhalten zu ändern und seinen Wahnsinn zugunsten der Vernunft aufzugeben. [...] Die Behandlung der Geisteskranken rückt damit deutlich in die Nähe der Kindererziehung.“*¹⁶¹

Inhaltlich unterscheidet sich in diesem Punkt auch Kennenburg nicht von anderen Anstalten. Wie im fünften Kapitel noch herausgearbeitet werden wird, aber von dem Medizinhistoriker Erwin Ackerknecht bereits angedeutet wurde, fehlten dem Psychiater um 1900 trotz seines Wissens in Diagnose und Prognose meist die Mittel, Psychosen wirksam zu therapieren. Doris Kaufmann berichtet für das frühe 19. Jahrhundert noch von einer Episode aus Zwiefalten, als sich der damalige zuständige Arzt Dr. Andreas Elser im Umgang mit den zwei *„»stärksten Schreyerinnen auf dem Weibergange«“* nicht anders zu helfen wusste, als eine offenbar psychotische Mitpatientin als ‚Gegenmittel‘ zu instrumentalisieren: *„»Wenn sie es gar zu arg machen, läßt man die tolle G. aus ihrer Zelle, worauf jene mäuschenstille werden und sich vor Schrecken in ihre Zellen flüchten.«“* Kaufmann berichtet auch die Reaktion des Medizinalkollegiums: *„»Im Allgemeinen ist es nicht gerade zu verwerfen, daß ein unbändiger Irrer mittelst das Schreckens, den ihm ein anderer verursacht, zur Ruhe gebracht werde.“*¹⁶²

¹⁶⁰ Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 120. Brink bezieht sich hier auf Angaben Hermann Grunaus.

¹⁶¹ Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege, S. 27f.

¹⁶² Kaufmann (1995): Aufklärung, S. 210f. Berichtet wird aus einem Briefwechsel über Dr. Elser.

Ende des 19. Jahrhunderts sind solche Methoden, insbesondere in den Privatheilanstalten, aber nicht mehr denkbar. Gleichwohl sahen sich die Patient/innen mit psychotischen, aggressiven, lauten, unreinen und zum Teil ganz und gar nicht mehr ‚gesellschaftsfähigen‘ Mitkranken konfrontiert. In der Literatur finden sich zahlreiche Berichte entsetzter Patient/innen, die überzeugt sind, in der falschen Abteilung, nämlich bei den ‚Irren‘ gelandet zu sein, während man selbst doch gar nicht krank sei und entlassen werden wolle.¹⁶³

Kennenburg macht sich dieses Unwohlsein der Patient/innen, die sich selbst zu den ‚vernünftigen‘ unter den ‚unvernünftigen‘ zählen, als Motivationsstrategie zu Nutze. Bei diesen Patient/innen konnten pädagogische Behandlungsmaßnahmen, wie sie auch im Rahmen der zitierten ‚Kindererziehung‘ gebräuchlich waren, als therapeutische Mittel angewandt werden. Landauf und landab wird daher in den Anstalten auf ein strenges Einhalten der jeweiligen Hausordnungen geachtet. Die Illenauer feiern jährlich sogar ihr „»Hausordnungsfest«“.¹⁶⁴ Christian Roller, der Illenauer Anstaltsleiter, schreibt über die Funktion der Hausordnung:

„»Das Gesetz, die Hausordnung [...] erscheint als das unerbittliche Fatum der Alten, dem selbst der Deus omnipotens sich fügen mußte; von ihr rührt die Strenge her, von dem Arzt die Milde. Mit jener trifft der Widerstrebende zusammen; dem Willigen kommt dieser entgegen. Jene diktiert die Strafe, der Arzt die Belohnung. Jene wird Furcht und Gehorsam, dieser Liebe und Vertrauen im Gemüte des Irren erwecken.«“¹⁶⁵

Dem Anstaltsleben, das zumindest in den luxuriösen Privatanstalten dem heimatlichen Leben nicht gar zu unähnlich sein sollte, lagen die gleichen Prinzipien wie dem sonstigen gesellschaftlichen Leben zugrunde. Manfred Hettling beschreibt diese Prinzipien als „spezifisch[e] »bürgerliche« Balance einer Freisetzung von Emotionen und ihrer inneren und äußeren Kontrolle“. [...]. „Insofern“, so Hettling weiter, „enthielten die Werte beides: die Chance zur individuellen Freiheit und deren Beschneidung, die »Tyrannei der Tugend«“.¹⁶⁶

Den Kampf um die von Hettling angesprochene Balance zwischen Freisetzung und Kontrolle von Emotionen reguliert für die Patient/innen, die von der „»Zivilisierung des Selbst«“¹⁶⁷ überfordert sind, stellvertretend die Anstalt, und zwar mit bewährten pädagogischen Mitteln. Dazu zählen u.a. Strenge und Milde, Strafe und Belohnung, Anstrengung und Müßiggang. Mit dem von Roller und Kraepelin beschriebenen Diktum der Hausordnung gelingt es den Ärzten, die Regularien als machtvolle Entität zu etablieren, deren Einhaltung Folge zu leisten ist, während von den Psychiatern selbst wieder die Milde und die Belohnung folgen kann.

¹⁶³ s. dazu u.a. Kapitel: „Die Anstaltsunterbringung aus der Perspektive der Betroffenen“, Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege, S. 110ff. Außerdem Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 125.

Über die »Irrenbroschüren« im Kaiserreich noch einmal Brink (2002): »Nicht mehr normal und noch nicht geisteskrank«. Zu eher aktuelleren Beispielen s. Wallraff (1987): Als Alkoholiker im Irrenhaus.

¹⁶⁴ Burkhardt (2003): Krank im Kopf, S. 200.

¹⁶⁵ Roller zitiert nach Kraepelin (1918): Hundert Jahre Psychiatrie, S. 51.

¹⁶⁶ Hettling & Hoffmann (2000): Zur Historisierung bürgerlicher Werte, S. 12f.

¹⁶⁷ Ebd.

Der inzwischen verstorbene Medizinhistoriker Heinrich Schipperges hat diese Form autoritärer Anstaltsführung in wenigen Worten pointiert zusammengefasst: „*»Was Freiheit ist, bestimmt der Chef«*“, schreibt er über Christian Rollers Ausführungen zur Irrenanstalt.¹⁶⁸ Diese kustodiale ‚Herrscherrolle‘ damaliger Anstaltsleiter kennzeichnet allerdings nicht allein die Psychiater, sondern entspricht durchaus dem zeitgenössischen Selbstverständnis des Arztberufs schlechthin. Anschaulich nachlesen lässt sich dieses Selbstverständnis beispielsweise bei Bismarcks Leibarzt Ernst Schweningen. Zum Arzt-Patienten-Verhältnis schreibt er:

*„Der Arzt soll ein Herrscher sein. Nach der Variation, der Abänderung von Fall zu Fall muß er einmal der väterlich besorgte Tyrann über beschränkten Untertanenverstand sein; der absolute König, dessen Wille als oberste Satzung zu gelten hat. Dann wieder einmal darf er ein konstitutioneller Monarch sein, dem ein Weiser sich unterwirft, als dem Vertreter, dem sichtbaren Darsteller einer Idee; ein Regierer, dessen mündiger Untertan weiß, daß es für die Selbstverwaltung auch in bezug auf das leibliche Gut Grenzlinien gibt; daß die Schwäche der Menschlichkeit nichts Schimpfliches ist und im gegebenen Augenblick das Selbstbestimmungsrecht des einzelnen zu verschwinden hat hinter der Führung durch einen Stärkeren.“*¹⁶⁹

Schweningen, der hier innerhalb weniger Sätze vom Arzt als Herrscher, Tyrann und Monarch spricht, der seinem Kranken alles, aber niemals „*Knecht*“ sein dürfe,¹⁷⁰ scheut auch nicht vor noch weitergehenden Vergleichen zurück, wenn er den Arzt mit Gott gleichsetzt, der den Menschen „*vom Lotterbett im paradiesischen Garten zur schweißgesegeten Arbeit [jagte]*“. „*Bei Gott*“, fährt Schweningen fort, „*dieser Gott war auch der erste Arzt! Er sprach zum Menschen nur aus dem Donner und hatte ihm doch alle Früchte der Erde geschenkt.*“¹⁷¹ Dieses Wechselspiel aus Donner und Segen ist charakteristisch für das Selbstverständnis damaliger Ärzte. Teil des permanenten Wechsels zwischen Milde und Strenge, ärztlicher Führung und folgsamer Fügung, welcher langfristig von den Patient/innen selbst verinnerlicht werden und damit zu einer ausbalancierten, selbständigen Persönlichkeit verhelfen sollte, war nicht zuletzt der häufige Wechsel der Abteilungen als äußerer Ausdruck der individuellen Veränderungen eines kontrollierteren oder unkontrollierteren Verhaltens der Patient/innen.

Die Möglichkeit zur differenzierten Unterbringung der Patient/innen ist damit eine zentrale Ressource im damaligen Anstaltsleben – und Kennenburg verfügt, insbesondere nach Paul Landerers Entscheidung, nur noch Frauen aufzunehmen, über ungewöhnlich viel Raum. Im Anstaltsprospekt schreibt er: „*Durch die Beschränkung der früher für beide Geschlechter bestimmten Anstalt auf das weibliche Geschlecht glaubt der Unterzeichnete nicht zu unterschätzende Vorteile für die der Anstalt anvertrauten Kranken geschaffen zu haben.*“¹⁷² Landerer verschafft sich damit den Vorteil eines deutlich vergrößerten ‚Behandlungsraumes‘.

¹⁶⁸ Schipperges (1975): Psychiatrische Konzepte und Einrichtungen, S. 17. Schipperges bezieht sich hier auf Roller (1831): Die Irrenanstalt in allen ihren Beziehungen.

¹⁶⁹ Schweningen (1906/1926): Der Arzt, S. 76.

¹⁷⁰ Ebd., S. 77.

¹⁷¹ Ebd., S. 70.

¹⁷² Prospekt der Heilanstalt um 1900. HSTA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

Mit Ausnahme wiederum des Bellevue, das unter Robert Binswanger permanent um weitere Villen vergrößert wurde, während die Aufnahmezahlen nicht proportional dazu stiegen,¹⁷³ waren die meisten württembergischen genau wie die preußischen oder badischen Anstalten rasch überfüllt. Die neuen Fürsorgegesetze brachten die Menschen zwar in die Anstalten, aber wie die o.g. Zahlen belegen, genasen nur wenige Patient/innen wieder vollständig. Daher wuchsen die öffentlichen Anstalten bis weit über ihre Kapazitätsgrenzen hinaus zu wahren „*Monstrianstalten*“, so dass Psychiater teilweise notgedrungen schließlich „[t]rotz medizinischer Bedenken versuchten [...], die Anstalten zu entlasten und chronisch Kranke in die kirchlichen oder die Kreispflegeanstalten ohne ärztliche Versorgung zu verlegen.“¹⁷⁴ Angesichts dieser Divergenz zwischen Heilungsanspruch und Realität erklärt sich auch der wachsende therapeutische Pessimismus. Dagegen war Kennenburg erstens berechtigt, unheilbare Patient/innen abzulehnen, verfügte zweitens über einen geradezu luxuriösen Personalbestand und hatte drittens aufgrund seiner Weitläufigkeit, welche durch die Beschränkung auf weibliche Kranke noch verstärkt wurde, hervorragende Möglichkeiten zur Binnendifferenzierung. Und auf eben diese Differenzierung konzentriert sich diese Arbeit.

Raum – Gewährung und Entzug von Raum – wird dabei als eigenständige Therapiemethode untersucht. Genau so, wie der Anschluss an die Familie der Ärzte als Milieuthérapie und die diätetischen Regeln zur Lebensführung als *Traitement moral* gelten, kann die Verlegung von Patient/innen in andere Abteilungen als eigenständige Therapiemethode neben der Hydro-, der somatischen oder der rudimentären psychopharmakologischen Therapie gelten. Ob Verlegung dabei zwangsläufig Zwang bedeuten muss, wird im Kapitel 5 untersucht werden. Aus den bisherigen Darstellungen lassen sich für die psychiatrischen Anstalten nach Ansicht der Autor/innen der schweizer Studie „*Zwang zur Ordnung*“ bislang zwei Definitionen für den Psychiatrie-Raum finden – einerseits als Schutz- und andererseits als Internierungsraum:

„Dem eigenen Selbstverständnis gemäss dient sie der Heilung und dem Schutz besonders »unfreier« Individuen vor Gewalt, Ablehnung, und Unverständnis in einer von Intoleranz geprägten sozialen Umwelt. Sie erscheint von dieser Warte aus als »befreiter Raum«, der es den Kranken ermöglichen kann, wieder zu sich selbst zu finden. Gleichzeitig soll die psychiatrische Behandlung die PatientInnen von »inneren Zwängen« befreien und sie in die Lage versetzen, ein freies und autonomes Leben zu führen. Die Kehrseite einer psychiatrischen Internierung bilden jedoch Autonomieverlust und gesellschaftliche Ausgrenzung.“¹⁷⁵

Die Autor/innen begründen diese Doppelfunktion mit einem von ihnen so bezeichneten „*»Doppelmandat« von Behandlungs- und Heilungsanspruch einerseits*“ und andererseits von „*»Normierungsdruck und Ordnungspolitik*“.¹⁷⁶

¹⁷³ Moses (2002) [Tagungsbericht] Teil I: Das Tübinger Projekt, S. 17.

¹⁷⁴ Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 120f.

Zur „Überforderung der Anstalt“ s. auch Walter (1993): Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch.

¹⁷⁵ Meier et al. (2007): Zwang zur Ordnung, S. 18.

¹⁷⁶ Ebd.

Neben dieser Doppelfunktion als Schutz- respektive Internierungsraum erfüllt die Kategorie Raum, insbesondere als sozialer Anstaltsraum, weitere Funktionen. Als Krankenhaus ist eine Anstalt auch und ein erster Linie ‚Zweckbau‘. Die Anstaltsgebäude erfüllen den Zweck, die körperliche und seelische Gesundheit möglichst zu fördern, wozu es Schlafräume, sanitärer Einrichtungen, Küchen, Bibliotheken, Spielzimmer, Musikzimmer etc. bedurfte. Weiter lassen sich Räume als Privat-, Gesellschafts- oder Untersuchungsräume definieren, je nach ihrer Funktion als individueller Rückzugsort, als Ort der Begegnung Gleichgestellter oder als Ort der Begegnung hierarchisch unterschiedlich gestellter Personen. Üblicherweise wird meist die gesamte psychiatrische Anstalt als hierarchischer Raum beschrieben mit dem Anstaltsleiter als machtvollm Herrscher und den Patient/innen als machtlosem Widerpart. ‚Wahnsinn‘ kann dieses Kräfteverhältnis jedoch umkehren: In der Zelle ist der Kranke König! In seiner Phantasie ebenso wie in der Begegnung mit dem Arzt, der hier nicht mehr erziehen kann und dessen Autorität angesichts der Negation jeder Autorität in seiner eigenen Anstalt nichts mehr zählt. Anstaltsräume sind damit mehr als ihre Bezeichnungen, die wir kennen. Sie können unerwartete Freiräume innerhalb eines scheinbar geschlossenen Systems beinhalten, sie können für den einen Qual, für den anderen Refugium sein, sie können erst im gemeinschaftlichen Erleben der Räume ihren Reiz entfalten und als therapeutisches Druck- oder Belohnungsinstrument dienen. Monika Ankele betont die Prägekraft von Räumen:

„Zugleich sind Räume und ihre Funktionen nie nur gegeben, sie werden – in Abhängigkeit zur jeweiligen Position im sozialen Raum – auch je unterschiedlich erlebt und erfahren, sie werden – wie aus den Krankenakten und Selbstzeugnissen der Patientinnen hervorgeht – angeeignet und verändert; sie prägen.“¹⁷⁷

Ich würde über dieses Zitat von Monika Ankele noch hinausgehen und behaupten wollen: Die soziale Position verändert sich mit dem Raum, der bezogen wird. Es geht mir im Folgenden nicht wie Ankele um die Aneignung der Räume durch die Patient/innen, es geht mir um die Dynamik, die Raumwechsel im therapeutischen Geschehen auslösen. Nicht das Bett als statischer, „begrenzter Raum“ interessiert in dieser Arbeit, sondern der Wechsel.¹⁷⁸

Der Gedanke, Anstaltsbauten als gesellschaftliche „Gegenplazierungen oder Widerlager“¹⁷⁹ zu beschreiben, ist nicht neu. Die „Schwelle zur Anstalt“¹⁸⁰ als „Abweichungsheterotopie“¹⁸¹ hat von jeher ihren Reiz auf Außenstehende ausgeübt. Neu scheint mir dagegen zu sein, anstaltsintern den sozialen Raum zwischen den Antipoden Zellenhof und Direktorenwohnung als dynamische Größe zu analysieren, die aktiv für Verhaltensveränderungen genutzt wurde. Das Oszillieren innerhalb dieser Binnensphäre soll detailliert in Kapitel 5 untersucht werden.

¹⁷⁷ Ankele (2009): Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900, S. 64.

¹⁷⁸ Ankele (2008): Begrenzter Raum. Das Bett in der Frauenpsychiatrie um 1900.

¹⁷⁹ Foucault (1991): Andere Räume, S. 39.

¹⁸⁰ Brink (2010): Grenzen der Anstalt. Brink arbeitet ausführlich mit dem metaphorischen Begriff der Schwelle und will ihn in ihrer Habilitation gezielt als „Suchlicht“ einsetzen. S. 21.

¹⁸¹ Foucault (1991): Andere Räume, S. 41.

Fasst man das bisherige am Ende dieses Kapitels noch einmal zusammen, so lässt sich zur Verortung Kennenburgs sagen, dass sich die private Heilanstalt sowohl hinsichtlich ihrer geringen Größe als auch hinsichtlich ihres vermögenden Klientels deutlich von den anderen württembergischen Anstalten unterscheidet und auf der Landkarte der psychiatrischen Versorgung Ende des 19. Jahrhunderts einen ganz besonderen Platz einnimmt. Hinsichtlich der Behandlungspraxis legt Landerer in seinem Mikrokosmos Wert auf eine gesellschaftlich angemessene Milieuthérapie. Er kann es sich buchstäblich nicht leisten, seine vermögenden Patient/innen, deren teils medizinisch gebildeten Angehörigen er regelmäßig brieflich Bericht erstatten und sie über die Heilungsfortschritte unterrichten muss, zu malträtieren, sie grobem Wartpersonal auszuliefern oder sie als hoffnungslose ‚Pflegefälle‘ abzutun. Landerers Klientel ist einerseits oft schwer gestört und andererseits recht anspruchsvoll. Als Psychiater stehen ihm um 1900 wenig therapeutische Behandlungsmittel zur Verfügung. Gewährung und Entzug von Raum wird daher als eigenständige Therapiemaßnahme untersucht werden.

Insgesamt wurde auf eine explizite Forschungsstanddiskussion zugunsten der Verortungen Kennenburgs in der zeitgenössischen psychiatriehistorischen Landschaft verzichtet. Die mir wesentlich erscheinende Literatur ist hier aufgeführt. Im Übrigen schließe ich mich der Auffassung von Annett Moses und Albrecht Hirschmüller, den Leitern des Tübinger Projekts zur Erschließung und Auswertung der Krankengeschichten des Binswanger-Archivs, an, die den *„Forschungsstand zu psychiatrischen Privatkrankenhäusern [...] im deutschsprachigen Raum im Gegensatz zu den Staatsanstalten“* zu recht als *„generell [...] mangelhaft“* bezeichnen.¹⁸²

¹⁸² Moses & Hirschmüller (2004): Binswangers psychiatrische Klinik, S. 28.

3. Kennenburg

Wer heute auf Kennenburg zufährt, erblickt einen mehrstöckigen Betonkomplex: ein modernes geriatrisches Zentrum mit über 200 Betten, das auf seiner Homepage die „angenehm ruhige[] Lage“ bewirbt, die „reizvolle Atmosphäre“ des Pflegeheims mit altem „Baumbestand, der sich um einen historischen Parkbrunnen gruppiert“.¹⁸³ Zu der Zeit aber, als der Baumbestand jung und der Brunnen noch kein historischer war, muss Kennenburg, wie aus Visitationsberichten hervorgeht, geradezu mondän auf die Besucher gewirkt haben:

„Das Äußere der Anstalt macht auf den ihr sich nahenden Besucher schon den günstigsten Eindruck, die bekannte abgeschiedene u. doch so freundliche Lage, die saubern Umgebungen u. Gehege, der schöne unmittelbar umgebende Park, die netten Wege u. Plätze [...] Alles gekrönt und gehoben von dem nun vollendeten, ein schloßartiges Ansehen gewährenden, stattlichen Anstalts-Gebäude.“¹⁸⁴

Die folgenden Abbildungen zeigen die immensen baulichen Veränderungen Kennenburgs:

Abbildung 3.1:

a) Kennenburg unter Dr. Landerer und

b) Kennenburg 100 Jahre später



Heute erinnert fast nichts mehr an diese Zeit. Geblieben sind ein paar zugemauerte Steinarkaden, ein Brunnen und ein Pavillon. Kein Gedanke mehr an ein „schloßartiges Ansehen“: Der Park ist ein Parkplatz, die „netten Wege u. Plätze“ sind Geschichte, und die ehemaligen Anstaltsgebäude bis auf die Grundmauern abgerissen. – Eine ihrer großen Blütezeiten erlebte Kennenburg Mitte der 1880er Jahre unter Dr. Landerer, der über Jahre Geld, Zeit und Energie in seine Anstalt investiert hatte. 1876 hatte er Kennenburg auf dem Tiefpunkt als völlig abgewirtschaftete Anstalt von einer Arztwitwe übernommen und danach von Grund auf renoviert. Doch schon vor diesem Kauf hatte Kennenburg bewegte Jahrzehnte hinter sich. Gebaut und gegründet wurde die Anstalt gut dreißig Jahre früher als Kaltwasser-Heilanstalt:

¹⁸³ Homepage Pflegestift Esslingen.

¹⁸⁴ Visitationsbericht v. 27.06.1879. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 196.

3.1 Kennenburg vor Dr. Landerer (1840-1875)

Bereits vier Jahre nach der Gründung als Kaltwasser-Heilanstalt durch eine Esslinger Aktionärgemeinschaft im Jahr 1840, die an dem damals boomenden Trend der Wasserkuren mitverdienen wollte, hatte Kennenburg ab 1844 mit Besucherrückgang zu kämpfen. Zwar kam im Gründungsjahr sogar der württembergische König Wilhelm I. selbst zu Besuch:

„Seine Majestät geruhten die verschiedenen BadEinrichtungen, das Innere des Hauses [...] mit Interesse und sichtbarem, öfters allernädigst geäußertem Wohlgefallen in Augenschein zu nehmen. Hoherfreuend und zum tiefsten Danke auffordernd war die huldvolle Herablassung Seiner Majestät gegen die Anwesenden, welche die Gnade genoßen, Allerhöchstdieselben bei der Ansicht der Anstalt zu begleiten. Auf eine allerunterthänigste Bitte geruhten auch Seine Majestät zu erlauben, daß der Brunnen zum Andenken an diesen allerhöchsten Besuch den Namen Wilhelms Brunnen führen solle.“¹⁸⁵

Doch schon bald darauf kämpfte die Anstalt genau wie andere Bäder mit Besucherrückgang. Der Oberamtsarzt beantragte „»Staatsunterstützung«“ bei der Regierung, aber der württembergische König Wilhelm I. lehnte den Kauf des Kennenburger Areals ab. Im Jahr 1845, nur fünf Jahre nach Gründung, verkauften die Aktionäre Kennenburg bereits mit Verlust an die Brüder Dr. A. und Dr. F. Stimmel, von denen 1848 schließlich Dr. Friedrich Stimmel der alleinige Besitzer wurde.¹⁸⁶ Er wird als tüchtiger Arzt geschildert, der die Anstalt für die nächsten zehn Jahre straff leitete. Als Behandlungsverfahren dominierten bei ihm, zumindest noch in den Anfangsjahren, die Hydrotherapie und nicht die Medikamentengabe:

„Die medikamentöse Behandlung war untergeordnet [...]. Brechmittel waren natürlich beliebt. [...] Verordnung von Haschisch, zum Beispiel bei einem depressiven Hypochonder.“¹⁸⁷

Wasser dagegen wurde bei allen psychischen Störungen und Auffälligkeiten eingesetzt. Tobsüchtigen verordnete Stimmel stundenlange warme Bäder, Hysterikerinnen dagegen kalte Duschen: *„Zum Beispiel stellte er eine lügnerische Hysterika so oft unter Vorhaltung ihrer Lügen unter den dicksten Kaltwasserstrahl, bis sie bekannte und umschwenkte.“¹⁸⁸* Dazu muss man wissen, dass eine Kennenburger Dusche aus *„einer Höhe von 20 Schuh“*, also aus knapp sechs Meter Höhe, und in verschiedenen Stärken *„vom armdicken Strahl bis zum feinsten Nebel – natürlich nur kaltes!“* auf die Patient/innen niedergehen konnte.¹⁸⁹

Stimmel, der vor der Übernahme Kennenburgs zahlreiche andere Anstalten besucht hatte, kann noch zur Schule der Somatiker – zu den optimistisch ‚hemdsärmlichen‘ Anstaltsärzten gezählt werden, die psychische Erkrankungen zupackend nüchtern, aber, wie Ackerknecht anmerkt, manchmal mit *„allzu aktiven Behandlungsmethoden“* zu kurieren versuchten.¹⁹⁰

¹⁸⁵ Schwäbischer Merkur v. 04.09.1840. Stadtarchiv Esslingen, Bestand HAK 2.

Bericht über den Besuch König Wilhelms I. am 28.08.1840 in der Wasserheilanstalt Kennenburg.

¹⁸⁶ Angaben aus Sonntag (1998): Biedermeierliches Bad Kennenburg, S. 4-12.

¹⁸⁷ Krauß (1940): Kennenburg, S. 18.

¹⁸⁸ Ebd., S. 17.

¹⁸⁹ Sonntag (1998): Biedermeierliches Bad Kennenburg, S. 1ff.

¹⁹⁰ Ackerknecht (1985): Kurze Geschichte der Psychiatrie, S. 62.

„Seine Onanisten“¹⁹¹ – für Stimmel „verweichlichte Söhne reicher Familien“¹⁹² – „kamen überhaupt nicht zur Ruhe; sie schliefen in hartem Bett, nur mit einem Teppich [Woldecke]¹⁹³ bedeckt, mußten nach dem Aufstehen ins kalte Vollbad, das nachmittags wiederholt wurde; abends gab es ein kaltes Fußbad. Abgesehen von den Mahlzeiten hatten sie sich fast nur im Freien aufzuhalten und bis zu Ermattung zu wandern. Ein rückfälliger Sünder wurde möglichst sofort nach der Tat in ein zusätzliches kaltes Vollbad gesteckt.“¹⁹⁴

Stimmel handelt damit Mitte des 19. Jahrhunderts ganz in der Tradition des Moral Treatment: „Diese[s] entspricht dem Zeitgeist der Aufklärung, denn es geht hierbei um eine umfassende Kur der Geisteskrankheit, wobei diätetische Prinzipien, der erzieherische Umgang und medizinische Eingriffe zur Korrektur eines unerwünschten Verhaltens wichtig sind.“ So der Medizinhistoriker Heinz Schott und der Psychiater Rainer Tölle über die moralische Behandlung, die aber weder „sittliche Erbauung noch Psychotherapie“ bedeutet habe.¹⁹⁵ Mit „seine[m] unverwüstliche[m] Behandlungsoptimismus“¹⁹⁶, wie Paul Krauß knapp einhundert Jahre später schreibt, scheint Stimmel die „Doppelrolle als Erzieher und Arzt, der den Irren aus Gründen der Philanthropie zu korrigieren hatte“¹⁹⁷ leidenschaftlich ausgeübt zu haben. 1854 verfasste er einen ausführlichen Rechenschaftsbericht über die ersten acht Jahre der „Heil-Anstalt für Nerven- und Gemüths-Kranke“ unter seiner Leitung.¹⁹⁸ Zwar „verurteilte“ er, so Paul Krauß, „das Extrem des »No restraint« [...] als »Unsinn«“¹⁹⁹, stattdessen aber betonte er die Vorteile der kleinen Privatheilanstalten wie etwa Kennenburg, „in welchen die innere Ordnung und ein freundliches Familienleben Schloß und Riegel ersetzen.“²⁰⁰ Dementsprechend war „das Anwesen [...] nicht einmal eingezäunt“.²⁰¹

Das Fehlen von Schloss und Riegel bezieht Stimmel selbstredend nicht auf die Zellengebäude, die er 1848 in einem abgelegenen Bereich bauen und aus „therapeutisch[en]“ Gründen, „um die psychologische Farbenwirkung [...] auszunützen“ in diversen Farben gestalten ließ. Schon Stimmel scheint, wie Krauß später beschreibt, die in dieser Arbeit zu untersuchende Behandlungsmethode von Gewährung und Entzug von Raum gerne angewandt zu haben:

„Notwendige Verlegungen auf die Zellenabteilung nützte er in psychologisch geschickter Weise aus, indem er nach der Verlegung das Verlangen der Kranken nach dem bisherigen freieren Milieu zur Stärkung seines persönlichen Einflusses verwandte und damit nicht selten einen nur kurzen Aufenthalt in der Zelle erreichte. Halbtägige Verlegungen kamen des öfteren vor.“²⁰²

¹⁹¹ Krauß (1940): Kennenburg, S. 17.

¹⁹² Stimmel (1854): Die Heil-Anstalt für Nerven- und Gemüths-Kranke, S. 27.

¹⁹³ Fischer (1991): Schwäbisches Handwörterbuch. Teppich meint hier Decke o. Woldecke.

¹⁹⁴ Krauß (1940): Kennenburg, S. 17.

¹⁹⁵ Schott & Tölle (2006): Geschichte der Psychiatrie, S. 51.

¹⁹⁶ Krauß (1940): Kennenburg, S. 22.

¹⁹⁷ Schott & Tölle (2006): Geschichte der Psychiatrie, S. 51.

¹⁹⁸ Stimmel (1854): Die Heil-Anstalt für Nerven- und Gemüths-Kranke.

¹⁹⁹ Krauß (1940): Kennenburg, S. 15.

²⁰⁰ Stimmel (1854): Die Heil-Anstalt für Nerven- und Gemüths-Kranke, S. 9.

²⁰¹ Krauß (1940): Kennenburg, S. 15.

²⁰² Ebd., S. 15-17.

Um darüber hinaus den psychisch Kranken „das Gefühl des Ausgeschlossenenseins aus der menschlichen Gesellschaft zu nehmen, um eine psychisch möglichst gesunde Atmosphäre zu schaffen und den Genesenden die Rückkehr in die Wirklichkeit des Lebens zu erleichtern“ behandelte Stimmel parallel auch somatisch Erkrankte.²⁰³ Das heißt, Stimmel realisierte die „Idee [...] der combinirten Anstalt“, indem er zeitgleich sowohl Geistes- als auch rein körperlich Kranke ohne jeden „Unfall“, wie er es nennt, während der acht Jahre aufnahm.²⁰⁴

Stimmel konnte die Anstalt auch baulich erweitern. Damit beginnt bereits unter Stimmel die später unter Landerer noch wesentlich weiter geführte Binnendifferenzierung Kennenburgs. Nach Beschreibungen von Paul Krauß wurde das Zellengebäude um vier weitere „höhere und lichtere“ Zellen ergänzt, im ersten Stock wurden Einzelzimmer für „halbruhige Kranke“ eingerichtet und der so genannte „Tobhof“ wurde verbreitert, nach Geschlechtern getrennt, umzäunt und mit Bäumen bepflanzt. 1853 wurde Friedrich Stimmel von König Wilhelm I. zum „Hofrath“ ernannt, bekam 1857 von ihm das „Ritterkreuz des Friedrichsordens“ verliehen, verstarb dann aber 1858 plötzlich – erst 38-jährig.²⁰⁵ Seine Frau, nunmehr „Hofrat Wittwe“, führte die Anstalt mit angestellten Ärzten unter Kontrolle der königlichen Aufsichts-Kommission weiter.²⁰⁶ Zwar erlebte Kennenburg in diesen zwanzig Jahren durchaus noch gute und stabile Zeiten,²⁰⁷ letztendlich führten die häufigen Ärzteswechsel aber doch zu einer wachsenden Verwahrlosung und schließlich zum totalen Zusammenbruch des Ganzen.

Eindrückliches Zeugnis von den katastrophalen Zuständen Mitte der 1870er Jahre gibt ein Bericht des letzten Anstaltsarztes Dr. Hugo Vopelius. Vopelius hielt es in Kennenburg nur gut drei Monate aus und schrieb der zuständigen Königlichen Aufsichts-Kommission in Stuttgart an seinem letzten Arbeitstag, dem 07. Oktober 1875, schließlich einen ausführlichen Brief:

„Bei meinem Eintritt in die Heilanstalt Kennenburg am 1. Juli d.J., welcher auf die Zusage von Seiten der Besitzerin Frau Stimmel hin, die ärztliche sowohl als die ökonomische Leitung derselben zu erhalten, erfol[gte] befanden sich darin außer der Frau Stimmel nebst Tochter 5 Patienten und 8 Dienstboten.

[...] Kein Patient hat Kennenburg verlassen, ohne seinen Unwillen über das Benehmen dieser beiden Damen mir gegenüber offen auszusprechen.

[...] Das Dienstpersonal der Anstalt ist während meiner Anwesenheit fast völlig gewechselt worden. Immer haben die Dienstboten mir mit den Worten aufgekündigt, daß es mit den beiden Frauenzimmern nicht auszuhalten sei. Einige haben mich sogar gebeten, sie vor Ablauf ihrer Miethszeit gehen zu lassen, da weder das Essen genießbar noch die Behandlung erträglich sei, wovon ich mich einige Mal auch wirklich überzeugt habe.

²⁰³ Krauß (1940): Kennenburg, S. 15.

²⁰⁴ Stimmel (1854): Die Heil-Anstalt für Nerven- und Gemüths-Kranke, S. 9f.

²⁰⁵ Krauß (1940): Kennenburg, S. 21.

²⁰⁶ Sonntag (1998): Biedermeierliches Bad Kennenburg, S. 11.

²⁰⁷ Mehr dazu bei Krauß (1940): Kennenburg, „Stimmels Nachfolger“, S. 21-27.

Mehr dazu auch in einem Rechenschaftsbericht v. Dr. C. Stark (1869): Die Heilanstalt Kennenburg. Stark leitete Kennenburg 1868-1873. Er wurde später Direktor der Anstalt Stephansfeld im Elsaß.

[...] In den ersten 14 Tagen meiner Anwesenheit poussierte man mich, freilich in eine[r] so ungeschickten Weise, daß ich keinen Augenblick im Unklaren war, daß ich es mit zwei hysterischen Individuen zu thun hatte. Als damit kein Gelingen verbunden war, suchte man mir die Macht im Hause durch widrige Hetzer[ei] dem Dienstpersonal und den Patienten gegenüber zu schmälern. Man ließ mich sogar durch das Erstere und durch die beiden Söhne beobachten.

[...] Ich versuchte jedoch noch einmal auf Frau Stimmel bessernd einzuwirken, besonders während der Abwesenheit der Tochter, welche zum Besuch zu ihrem Liebhaber, meinem Herrn Vorgänger, um eine begonnene Scandalgeschichte zu vollenden, auf 6 Wochen nach Freysing und von da mit ihm in das Bad gereist war. Jedoch auch dieser Versuch war vergeblich. Und als vollends die Tochter wieder zurückgekehrt war, wurde meine Stellung geradezu unerträglich. Jetzt wurde das Essen sehr schlecht, oft ungenießbar. Dazu kam, daß man sich in meine ärztlichen Anordnungen mischte, ja sogar diese mit der größten Frechheit verweigerte, so daß ich meine Stellung aufkündigte. – Die beiden Frauenzimmer gehören meines Erachtens nach wegen hochgradiger Hysterie selbst in eine Heilanstalt.

[...] Kennenburg, den 7. Octob. 1875 Dr. H. Vopelius²⁰⁸

Die Königliche Aufsichts-Kommission handelte daraufhin zügig. Unmittelbar nach Erhalt des Berichts setzte sie sich mit ihrer übergeordneten Behörde, der „Kgl. Württ. Regierung für den Neckar-Kreis“, in Verbindung und erbat in einer Note die „sofortige Zurücknahme der der Wittwe Stimmel erteilten Concession zum Betrieb einer Privat Irren Anstalt wegen [...] Unzuverlässigkeit“.²⁰⁹ Den Vorschlag einer erneuten Visitation lehnte die Kommission mit dem Hinweis ab, dass „die Wittwe Stimmel mit ihrer Tochter das Gegentheil dessen, was Dr Vopelius berichtet, dem Visitor vortragen würden, wäre mit Sicherheit vorauszusehen.“²¹⁰

So kam es, dass Paul Landerer – erst 32-jährig – Kennenburg wahrscheinlich im Dezember 1875²¹¹ „mit Hilfe seines Vaters und seiner Frau“²¹² erwarb. In jedem Fall erteilte ihm die zuständige „Kgl. Württ. Regierung für den Neckar-Kreis“ am 10. März des Jahres 1876 die „Concession zum selbständigen Betrieb der Privatirrenanstalt Kennenburg mit heilbaren und unheilbaren Kranken“²¹³. In einer weiteren Note knapp drei Wochen später erging dann die lang erwartete Mitteilung an die Stuttgarter Aufsichts-Kommission, „daß die Frau Hofrath Stimmel auf die Concession zum Betrieb einer Privatirrenanstalt Verzicht geleistet hat.“²¹⁴ Damit ist für Paul Landerer der Weg frei für einen echten Neubeginn in Kennenburg.

²⁰⁸ StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 182.

²⁰⁹ StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 183.

²¹⁰ StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 185.

²¹¹ Krauß (1940): Kennenburg, S. 27. Der Kaufzeitpunkt Ende 1875 wird auch in Landerers Nachruf im Medic. Correspondenz-Blatt von 1915 genannt. Im Anstaltsprospekt v. 1900 schreibt Landerer, dass sich die Anstalt seit 1875 in seinem Besitz befände, während er im Prospekt aus den 1880er Jahren das Frühjahr 1876 nennt. Landerer selbst macht hier also unterschiedliche Angaben. Blöcker (2005): Christian Buddenbrook zur Kur in Bad Boll, Bad Cannstatt und Esslingen, S. 12, nennt den 01. März 1876 als Verkaufstermin. Blöcker gibt sogar dezidiert die Summe von 100.000 Gulden als Kaufpreis an. Eine Quellenangabe ist dazu bei Blöcker allerdings nicht zu finden. Zur Übernahme am 01. März 1876 s. auch die entspr. Mitteilung des Amtsarztes im Anhang (C.0).

²¹² Krauß & Landerer (1952): Das Christophsbad Göppingen, S. 41.

²¹³ StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 187.

²¹⁴ StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 189.

3.2 Kennenburg unter Dr. Landerer (1876-1907)

Und Landerer nutzt seine Chance: Bis zur offiziellen Anstaltseröffnung im Herbst 1877²¹⁵ nimmt er kaum Patienten auf, sondern renoviert Kennenburg von Grund auf: Er baut um, lässt zwei Treppentürme errichten, so dass jetzt die Geschlechtertrennung nach Flügeln, nicht mehr nach Etagen erfolgt, stockt das Mittelgebäude auf, baut neue Bäder und Öfen, lässt die Zimmer frisch streichen und richtet die ganze Anstalt neu ein.²¹⁶ Dazu der erste Visitationsbericht von 1877: *„Die ganze bauliche Einrichtung und Ausstattung der Anstalt beweist, daß ihr jeziger Inhaber bemüht ist, dieselbe auf die Höhe der Zeit zu bringen.“*²¹⁷

Doch Landerer genügt es nicht, seine Anstalt *„auf die Höhe der Zeit zu bringen“*; er lässt in seinem Eifer nicht nach und will *„das Haus zur »Irrenanstalt für die gebildeten Stände« schlechthin“*²¹⁸ machen. Wie ihm das gelingt, zeigt ein ausführlicher Visitationsbericht aus dem Jahr 1879, als der Direktor der Königlichen Aufsichts-Kommission persönlich zur *„Visitation der Privat Irren-Anstalt des Dr med Landerer zu Kennenburg“* erscheint.²¹⁹ Angesichts der harschen Kritik des Dr. Vopelius an der Anstalt im Besitz der Arzttwitwe Stimmel noch vier Jahre zuvor, kann es dazu nun kaum einen größeren Gegensatz geben:

*„Die Anstalt ist im besten baulichen Zustand, überall Luft und Licht in genügender Menge vorhanden, überall äußerste Reinheit u. Sauberkeit, die Gelasse alle sind geschmackvoll, die gemeinsamen Unterhaltungs- u. Sprechzimmer sind reich ausgestattet. Der Raum ist den einzelnen Kranken reichlich zugemessen, da jeder sein eigenes meist sehr geräumiges Zimmer bewohnt. Entsprechend dem Stande u. der Bildung der Kranken, die Kennenburg beherbergt herrscht in der Anstalt ein ruhiger, vornehmer Ton, die störenden, lauten Elemente hausen in dem abgelegenen [...] Zellenhauß, welches soeben, sammt seinem früher zu kleinen Tobhofs, eine sehr praktische Vergrößerung erfährt. [...] Alles was die Visitatoren sahen, machte den besten Eindruck, das Personal ist sehr gut geschult, die Kranken selber ganz ausgezeichnet gepflegt u. nach allen Richtungen für ihre Bedürfnisse gesorgt; Dr Landerer, der seine ganze Zeit hingebend der Anstalt widmet zeigte sich in Allem vollständig unterrichtet und hält offenbar mit großem Fleiß u. Eifer die Fäden des ganzen Umtriebs fest in der Hand.“*²²⁰

Der Visitationsbericht zeigt eindrücklich, wie fundamental Landerer der Neubeginn gelungen zu sein scheint. Der Bericht schließt mit dem euphorischen Lob: *„Die Visitatoren schieden endlich mit der Ueberzeugung, daß Württemberg an Kennenburg nun eine Privatanstalt bester Art erhalten hat, die bis her fehlte u. ohne Zweifel sehr in Blüthe kommen wird.“*²²¹

²¹⁵ Notiz des Oberamtsarztes an die Kgl. Aufsichts-Kommission v. 13.12.1877. In der heißt es, dass *„Dr Landerer seine Anstalt jetzt förmlich eröffnet [...] hat.“* StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 192.

Zu dem Eröffnungstermin finden sich unterschiedliche Angaben: Krauß (1940): Kennenburg, S. 28 nennt den 01.10.1878, also ein Jahr später. Ich folge aber den eben erwähnten Angaben v. 1877. Das „Spätjahr 1877“ nennt Landerer auch selbst als Eröffnungstermin in seinem ersten Prospekt.

²¹⁶ Visitationsbericht v. 30.08.1877. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 191.

²¹⁷ Anschreiben v. 31.08.1877. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 191.

²¹⁸ Krauß (1940): Kennenburg, S. 28.

²¹⁹ Visitationsbericht v. 27.06.1879. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 196.

Kompletter Visitationsbericht im Anhang (C.1-C.4).

²²⁰ Ebd.

²²¹ Ebd.

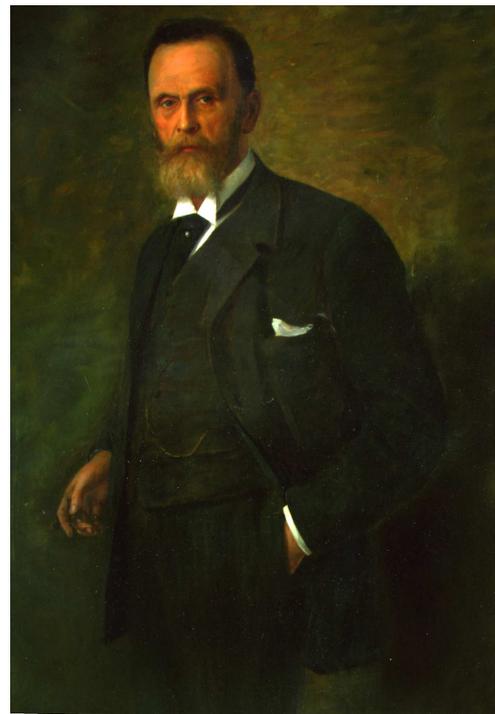
3.2.1 Dr. Paul Landerer

Wer ist aber der junge Anstaltsinhaber, der Kennenburg in kurzer Zeit so zur „Blüte“ bringt? Dr. Paul Landerer gilt als ältester Sohn des Arztes Dr. Heinrich Landerer aus Göppingen. Das stimmt allerdings nur in soweit, als er der älteste – lebende – Sohn war. Bevor er am 29. Juni 1843 geboren wurde, hatten die Eltern schon zwei ältere Kinder nach wenigen Monaten wieder verloren. Paul selbst überlebt. Ihm folgen noch fünf weitere lebende Geschwister.²²²

ABBILDUNG 3.2:

a) Paul Landerer als Junge (um 1858/60)

b) Dr. Paul Landerer (1843-1915)



Paul Landerer mit seinen Eltern, den drei jüngeren Brüdern und seinen beiden Schwestern. Der zweitälteste Bruder Gustav und der jüngste Bruder Heinrich, hier im blauen Kleidchen, werden ebenfalls Ärzte werden. Der drittälteste Sohn Richard, hier links vorne, wird Ökonom. Die Schwestern Marie, hier im silbernen Kleidchen in der Bildmitte bei der Mutter, und Thekla als Säugling werden heiraten, aber der Familie im Christophsbad verbunden bleiben. Das junge Mädchen im schwarzen Kleid am rechten äußeren Bildrand ist kein Familienmitglied.

²²² Krauß & Landerer (1952): Das Christophsbad Göppingen, S. 18. Allerdings heißt es darin wörtlich: „Dann aber füllte sich das Haus mit einer munteren Kinderschar; von 1843 bis 1850 wurden dem Paare 2 Töchter und 4 Söhne geschenkt.“ Hier liegt vermutlich ein Fehler vor. Zwar sind sechs Geburten in sieben Jahren möglich, aber zwei Gründe sprechen für das Vorliegen eines Irrtums: Erstens: Das Familienbild (Abb. 3.2), das um 1858/60 entstanden sein soll. Hier dürften dann weder Kleinkind noch Säugling zu sehen sein. Selbst wenn dieses Bild früher entstanden sein sollte, dürfte dann kein so deutlicher Altersabstand zwischen den Geschwistern erkennbar sein. Zweitens: Die gleiche Festschrift nennt auf S. 54 das Jahr 1855 als Geburtsjahr des vierten Sohnes, was auch dem Familienbild viel mehr entspräche. Wahrscheinlich handelt es sich also um einen Druckfehler und müsste korrekt 1843 bis 1860 heißen. Den gleichen Irrtum übernimmt dann auch die spätere Festschrift von Lang (2002): 150 Jahre Christophsbad Göppingen, S. 20.

Paul Landerer wird Arzt wie sein Vater. Er studiert in Tübingen, Zürich und Freiburg, arbeitet dort „*längere Zeit*“ als Assistent von Adolf Kussmaul, unternimmt mehrere Studienreisen, wird 1872 erst Assistenz- und schließlich Oberarzt in der Anstalt seines Vaters.²²³ Promoviert wird Landerer erst 1878, als er bereits Leiter seiner eigenen Heilanstalt in Kennenburg ist.²²⁴

Der Vater, selbst aus einem schwäbischen Pfarrhaus stammend, in dem, wie die beiden Autoren der Festschrift zum hundertjährigen Bestehen des Christophsbades Paul Krauß und Werner Landerer vermuten, „*wohl ein sehr nüchterner Geist [wehte]*“²²⁵, hatte 1852 die Anstalt Christophsbad in Göppingen gegründet, sich aber bei vorherigen Versuchen eine eigene Anstalt zu erwerben finanziell teils so übernommen, dass er Mitte der 1840er Jahre von seinem Schwager Gustav Werner, dem Bruder seiner Frau und Gründers des Reutlinger Bruderhauses, „*vor dem Bankrott gerettet*“ werden musste.²²⁶ Paul Landerer kennt aus der Kindheit somit „*nüchternes Rechnen und Sparsamkeit*“²²⁷, Religiosität sowie – weil er quasi „*[i]n der Anstalt groß geworden*“ war²²⁸ – einen vertrauten Umgang mit psychisch Kranken.

Es hätte nahe gelegen, dass er als ältester Sohn zu Hause die Nachfolge des Vaters antritt. Zumal dieser krankheitsbedingt bereits ab 1874 „*seine Kranken monatelang nicht regelmäßig besuchen*“ kann und schließlich im Februar 1877 nach mehreren Kuraufenthalten an Magenkrebs verstirbt.²²⁹ Als Paul Kennenburg erwirbt, ist sein Vater schwer krank. Paul hätte ähnlich wie Robert Binswanger in Kreuzlingen einfach den Generationswechsel abwarten können. Aber das Verhältnis zwischen Vater und Sohn war offenbar angespannt:

„*Die Familie vermutet, dass er sich mit seinem pietistischen Vater nicht verstanden hat*“, sagte mir Dr. Burkhard Krauß, selber jahrzehntelang ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Christophbades – „*er ist dann wohl abgefunden worden*“.²³⁰ Anders ausgedrückt: „*Zwischen dem älteren Sohn Paul und seinem Vater bestand eine Wesensverschiedenheit, aus der persönliche Spannungen erwachsen mußten.*“²³¹ Daher drängt Paul ganz offenbar „*auf einen unabhängigen, und selbständigen Wirkungskreis*“²³². Nach dem Tod des Vaters lehnt er die Übernahme des Christophbades ab und überlässt die Leitung seiner Mutter und seinen jüngeren Brüdern. Zu der Zeit hatte der nur zwei Jahre jüngere Bruder Gustav bereits „*eine sehr gut gehende Praxis in Göppingen*“, besaß ein „*stattliche[s] Patrizierhaus*“ und war „*mit Leib und Seele Hausarzt*“.²³³

²²³ Nachruf auf Dr. Landerer im Medic. Correspondenz-Blatt von 1915.

²²⁴ s. Angaben auf Landerers Dissertationsschrift (1878): Zur Casuistik der Addison'schen Krankheit.

²²⁵ Krauß & Landerer (1952): Das Christophsbad Göppingen, S. 13.

²²⁶ Ebd., S. 23.

²²⁷ Ebd., S. 24.

²²⁸ Krauß (1940): Kennenburg, S. 27.

²²⁹ Krauß & Landerer (1952): Das Christophsbad Göppingen, S. 41ff.

²³⁰ Krauß (2008): Gesprächsnotizen.

²³¹ Krauß & Landerer (1952): Das Christophsbad Göppingen, S. 42.

²³² Krauß (1940): Kennenburg 1840-1940, S. 27-28.

²³³ Krauß & Landerer (1952): Das Christophsbad Göppingen, S. 57.

Dennoch übernahm Gustav 1877 die Anstalt. Der damals 30-jährige Richard unterstützte ihn als Ökonom. Heinrich war noch in der Ausbildung. Eigentümerin blieb allerdings die Mutter:

„Alleinerbin des Hauses war ihre Mutter, die Gattin des Gründers, geblieben, und die Söhne – selber schon ins reife Mannesalter tretend – wirkten nunmehr noch fast anderthalb Jahrzehnte als ihre Angestellten. [...] Thekla Landerer, die Mutter, war gewiß eine Frau von hervorragenden Eigenschaften. Sie hatte an der Seite ihres Gatten zweieinhalb Jahrzehnte den Aufbau des Hauses mitgeschaffen und mitgelenkt [...] und es muß zwangsläufig für die Söhne nicht immer leicht gewesen sein, die Aufgabe, vor der sie 1877 standen, als die Untergebenen ihrer Mutter, die sie nun einmal [...] auf Jahre hinaus blieben, zu meistern.“²³⁴

Paul Landerer weicht diesen familiären Spannungen im Familienbetrieb in Göppingen aus und macht sich in Kennenburg selbständig. Dabei ist es keineswegs so, dass er mit seiner Familie vollends gebrochen hätte. Zwischen 1883 und 1885 ist beispielsweise sein jüngster Bruder Heinrich bei ihm zwei Jahre als Assistenzarzt angestellt,²³⁵ und auch in späteren Jahren befindet sich Paul Landerer immer mal wieder *„erholungshalber in Göppingen“*²³⁶. Dennoch wird Paul nie zu der Riege der *„alten Herren“* seiner Brüder gehören, denen nach Krauß und Landerer *„eine fast patriarchalische Verehrung“* entgegengebracht wurde.²³⁷

Entsprechend wenig Resonanz findet Paul Landerer in den diversen Festschriften zum 100- bzw. 150-jährigen Jubiläum der Göppinger Anstalt. Selbst die Anstaltsgeschichte zum 100-jährigen Bestehen Kennenburgs widmet dem Inhaber Landerer, der die Anstalt mehr als 30 Jahre lang prägte, gerade einmal drei magere Seiten. Zwar nennt ihn der letzte Anstaltsleiter Paul Krauß: *„Ein[en] grand-seigneur von bestem Geschmack und wirklicher Kultur“*²³⁸, schränkt jedoch gleich darauf ein: *„aber er war nicht mit Leib und Seele Psychiater.“*²³⁹ Abschließend urteilt Paul Krauß über seinen Vorgänger: *„Weder über seine Auffassung noch über seine Behandlung der Geisteskrankheiten gibt es Wissenswertes zu berichten“*²⁴⁰.

Paul Landerer, der *„in der Familie der »schöne Paul«*²⁴¹ hieß, wie sich Dr. Burkhard Krauß noch im Jahr 2008 an die Erzählungen seiner Familie über seinen Ur-Großonkel erinnert, war sowohl *„eine sehr gepflegte, schöne Erscheinung, schätzte die äußere Form“*²⁴² und verstand es darüber hinaus auf Kennenburg Feste zu feiern²⁴³. Aber in der späteren Wertung von Paul Krauß bekommt: *„Landerer's Epoche [...] ihre Farbe weniger durch die besondere ärztliche Leitung, als durch die repräsentative bauliche Entwicklung und Gestaltung.“*²⁴⁴

²³⁴ Krauß & Landerer (1952): Das Christophsbad Göppingen, S. 45-46.

²³⁵ Visitationsbericht v. 09.07.1885. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 208.

²³⁶ Visitationsbericht v. 07.04.1901. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 280.

²³⁷ Krauß & Landerer (1952): Das Christophsbad Göppingen, S. 63.

²³⁸ Krauß (1940): Kennenburg, S. 28.

²³⁹ Ebd., S. 31.

²⁴⁰ Ebd.

²⁴¹ Krauß (2008): Gesprächsnotizen.

²⁴² Krauß (1940): Kennenburg, S. 28.

²⁴³ Krauß (2008): Gesprächsnotizen.

²⁴⁴ Krauß (1940): Kennenburg, S. 28.

Ein Bild Landerers, das ähnlich auch die Visitationsberichte bestätigen. Darin wird zwar dessen ärztliche Kompetenz nie kritisiert, aber auch nie über den Durchschnitt hinaus gelobt. So bescheinigt der Esslinger Visitor Dr. Spaeth Landerer in ärztlicher Hinsicht, dass dieser: *„seiner Aufgabe vollauf gewachsen ist“*²⁴⁵, dass er *„seinen Obliegenheiten in genügender Weise nachkommt“*²⁴⁶ oder dass *„er hinreichende wissenschaftliche und practische Befähigung [...] besitze“*, zugleich betont er aber, dass Landerer *„ganz besonders [...] für den ökonomischen Theil seiner Obliegenheiten – Einrichtung – Organisation der Verwaltung, Verpflegung & des Krankendienstes – sehr gut qualificiert sei.“*²⁴⁷

Landerers eigentliche Stärken scheinen sowohl im persönlichen Patientenkontakt, als auch in der Ökonomie, der Verwaltung und der Organisation zahlreicher Bauvorhaben zu liegen. Wie er seine prosperierende Anstalt finanziert hat, darüber rätseln selbst die Zeitgenossen. So deutet 1883 Dr. von Jäger, der Direktor des königlichen Medizinalkollegiums in Stuttgart, in einem Visitationsbericht an, dass Landerer sich finanziell übernommen haben könnte: *„Nach dem ganzen Eindruck [...] entspricht die Privat Anstalt [...] den gesteigerten Anforderungen an eine [...] Heil- u. Pflege-Anstalt, wie sie der Besitzer [...] unter Aufwendung großer über die [...] Erträge vielleicht hinausgehende Geldmittel sich selbst gestellt hat.“*²⁴⁸ Doch Landerer gelingt es, Kennenburg dauerhaft als exquisite Luxusanstalt zu etablieren. Sein Nachfolger Reinhold Krauß schreibt im Nachruf über Landerers besondere Stärken:

*„Denn gerade die kleine Privatanstalt für gebildete Kranke mit ihrer verhältnismässig beschränkten Besucherzahl war für eine Persönlichkeit wie Landerer das gegebene Arbeitsfeld. Ihm lag besonders das verständnisvolle Eingehen auf jede einzelne Persönlichkeit, auf alle Regungen und Bedürfnisse des gesunden und kranken Gemütes. Für seine Beziehungen zu seinen Kranken kam Landerer sehr zu statten eine ausserordentlich eindrucksvolle Erscheinung, eine selbstverständliche Beherrschung der Form und grosse Gewandtheit im Verkehr mit jeder Art von Menschen.“*²⁴⁹

Nicht unbedingt überdurchschnittliches ärztliches Können charakterisiert Landerers Arbeit, vielmehr scheinen es das luxuriöse Ambiente und seine persönlichen Eigenschaften zu sein, für die seine Patienten respektive deren Angehörige bereit sind, viel Geld auszugeben. Dafür wird ihm *„im Hinblick auf dessen langjährige verdienstvolle und ersprießliche Wirksamkeit“*²⁵⁰ im Februar 1894²⁵¹ der Titel Hofrat verliehen. Im Juli 1907 übergibt Landerer die Leitung an seinen Nachfolger Dr. Reinhold Krauß. Am 07. Oktober 1915 – nur wenige Monate nach seiner Frau – stirbt Landerer dann während einer Reise nach Vorarlberg. Beigesetzt wird er in *„heimatlicher Erde“* in Kennenburg, mit *„Blick auf die langjährige Stätte seines Wirkens“*.²⁵²

²⁴⁵ Visitationsbericht v. 12.09.1894. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 239.

²⁴⁶ Visitationsbericht v. 08.12.1888. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 221.

²⁴⁷ Visitationsbericht v. 18.12.1889. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 222.

²⁴⁸ Visitationsbericht v. 15.10.1883. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 207.

²⁴⁹ Nachruf auf Dr. Landerer im Medic. Correspondenz-Blatt von 1915.

²⁵⁰ HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 237.

²⁵¹ HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 238.

²⁵² Nachruf auf Dr. Landerer im Medic. Correspondenz-Blatt von 1915.

3.2.2 Die Anlage Kennenburg

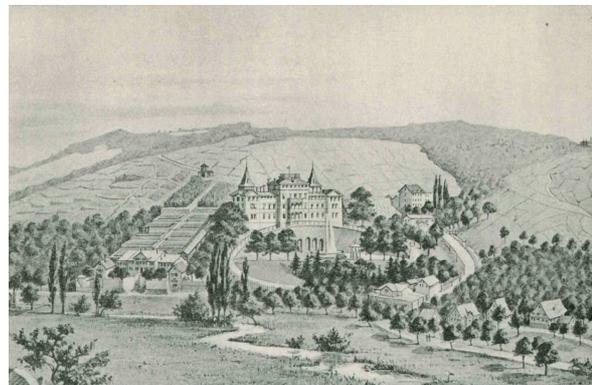
„Die Wahrheit, dass der psychische Zustand, das Thun und Treiben der Kranken zum grössten Theile von dem Medium abhängt, in dem sie sich befinden, diese Wahrheit könnte ja an die Spitze der ganzen praktischen Psychiatrie geschrieben werden.“²⁵³

So Wilhelm Griesinger, für den die Anstalt selbst als Medium wesentlicher Einflussfaktor für den psychischen Gesundheitszustand der Kranken ist. Deshalb soll hier zunächst einmal die Anlage Kennenburg vorgestellt werden, das ‚Medium‘ Paul Landerers, in und mit dem er vier Jahrzehnte lebte und arbeitete, bevor später Personal und Patienten beschrieben werden.

ABBILDUNG 3.3:

a) Kennenburg unter Dr. Stimmel

b) Kennenburg unter Dr. Landerer



Mitte der 1880er Jahre dürfte Kennenburg wie etwa auf dem rechten Bild ausgesehen haben: das imposante Haupthaus in der Bildmitte und im Vordergrund Park und Bach. Fuhr die Anstalts-Equipage, vom Bahnhof Esslingen aus kommend, den üblichen Weg hat sie die Gebäude und Stallungen der Ökonomie zwischen den Bäumen im Tal links liegen gelassen, ist die Straße rechts am Hang entlang hochgefahren, an dessen Ende das Ärztehaus, der so genannte „Pavillon“ lag, und ist kurz davor links, am Pförtnerhäuschen vorbei, in den Weg zum Haupthaus abgebogen. Dort hielt die Kutsche, und hier übertraten die Patient/innen die „Schwelle zur Anstalt“²⁵⁴. Aus einem einzelnen Haus mit wenigen Nebengebäuden hat Landerer ein ganzes Klinikareal gemacht: Er kauft Grundstücke hinzu, baut vorhandene Gebäude komplett um und gestaltet von den Pferdeställen bis zum Ärztehaus alles neu.

„Das [Ä]ußere der Anstalt selbst u. ihrer parkartigen Umgebungen hat sich [...] noch wesentlich verschönert, die Haupt- u. Nebengebäude sind inzwischen noch verbessert u. erweitert worden u. die inneren Einrichtungen nunmehr zu einem Grade von Comfort, Eleganz, u. Zweckmäßigkeit gelangt, wie man dies wohl selten in einer Privatanstalt findet.“²⁵⁵ So ein Visitationsbericht von 1883.

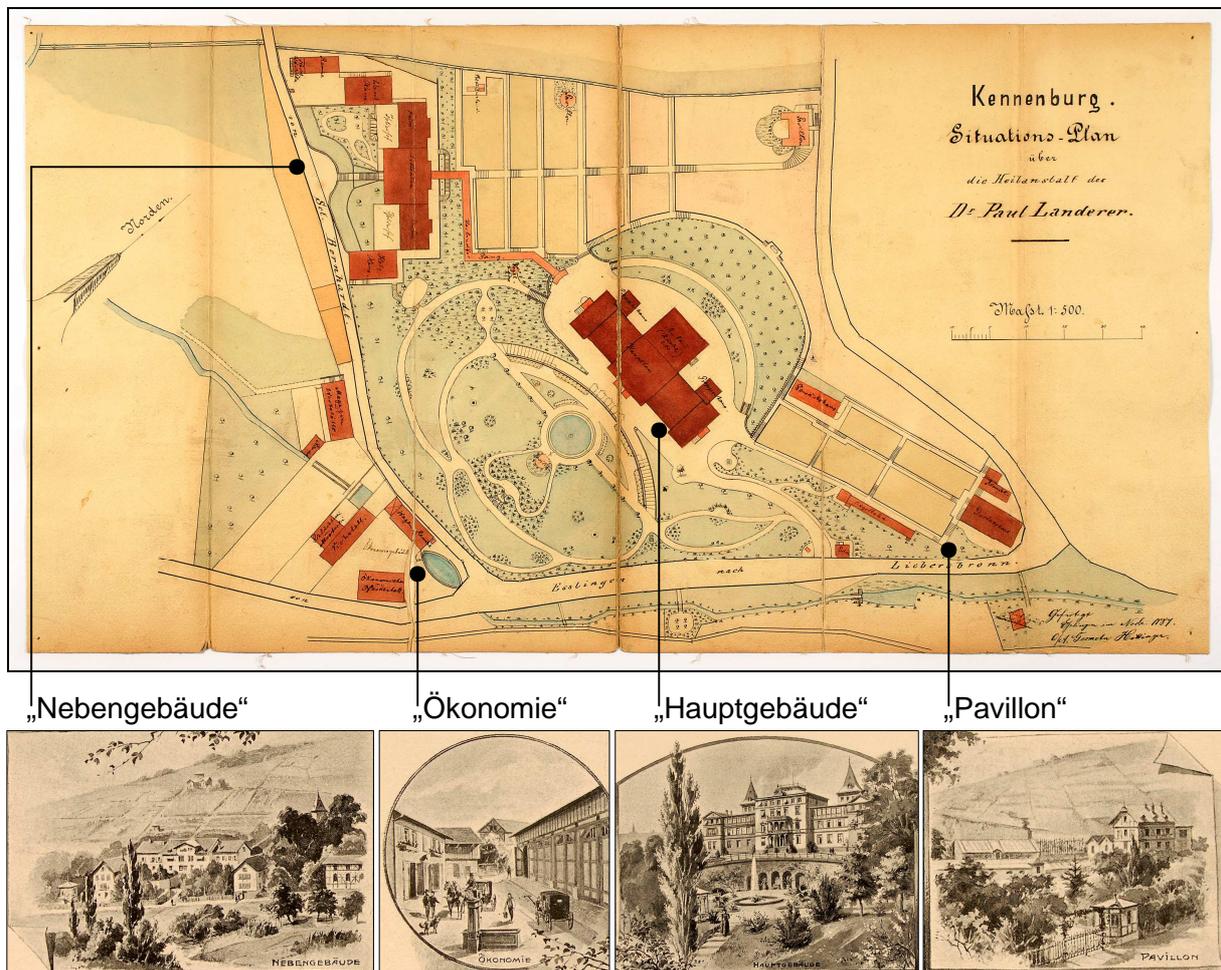
²⁵³ Griesinger (1872): Die freie Behandlung, S. 327.

²⁵⁴ Zum Begriff „Schwelle“ als Übergang bei: Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 20ff.

²⁵⁵ Visitationsbericht v. 15.10.1883. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 207.

ABBILDUNG 3.4:

Maßstabsgetreuer (1:500) „Situations-Plan“ der Heilanstalt Kennenburg von 1887²⁵⁶



3.2.2.1 Hauptgebäude – Oberhaus

Das Hauptgebäude oder Oberhaus ist der Mittelpunkt der Anlage. Es liegt eingebettet in Weinberge, „die Hauptfront gegen Süden gerichtet, gegen Ost- und Nordwind geschützt“²⁵⁷. Hier fahren die Kutschen vor, hier bezieht Landerer selbst im Mittelbau die repräsentative Direktorwohnung und hier beginnt er auch als erstes mit den Umbaumaßnahmen:

„Er begann mit einer Erweiterung und Verbesserung seines Haupthauses [...]. Der Mittelbau wurde um ein Stockwerk erhöht, das Treppenhaus [...] verbreitert [...]. Hinter den Seitenflügeln wurden Türme errichtet, die die [...] Treppenhäuser enthielten, um den Verkehr innerhalb der geschlossenen Abteilungen zu ermöglichen.“²⁵⁸

Schön zu erkennen ist die Ausnutzung der Hanglage für das Haupthaus, das sich nicht nur im Zentrum der Anlage befindet, sondern zudem auch noch deutlich erhöht gebaut wurde. Und Landerer erhöht nun noch einmal den zentralen Mittelbau um ein weiteres Stockwerk.

²⁵⁶ Situations-Plan. HStA S [E 151/53 Bü 627].

²⁵⁷ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

²⁵⁸ Krauß (1940): Kennenburg, S. 28.

Damit macht er das Haupt- tatsächlich zu einem ‚Ober‘-Haus mit seiner eigenen Wohnung in der zentralen Mitte: *„Die Direktorwohnung erfuhr eine repräsentative Gestaltung. Das ganze Haus erhielt einen betont vornehmen, in mancher Hinsicht fast prunkvollen Charakter.“*²⁵⁹ Neben der Direktorenwohnung liegen rechts und links die nach Geschlechtern getrennten Abteilungen: im Osten die Männer- und im Westen die Frauenabteilung. Vor Landerer waren die Geschlechter nach Stockwerken getrennt; Landerer baut nun aber die beiden auffälligen spitzen Türme im Hintergrund des Hauptgebäudes. Diese dienen als Treppenhäuser sowie zur Unterbringung der Abtritte und ermöglichen die Trennung der Geschlechter nach Flügeln. So erklärt sich auch der Begriff der *„geschlossenen Abteilungen“*, der hier vielleicht missverständlich ist. Gemeint sind nicht besonders gesicherte Abteilungen, sondern lediglich die Abgeschlossenheit des jeweiligen Frauen-, bzw. Männertraktes. Allein architektonisch ist Kennenburg somit ausgesprochen klar gegliedert – symmetrisch und hierarchisch aufgebaut. Die Innenausstattung der Zimmer und Gesellschaftsräume ist exquisit: *„Der Gesellschaftssaal wie die besten Krankenzimmer erhielten kostbare, bemalte, zum Teil mit eingefügten Deckengemälden versehene Stuckdecken, der Saal auch entsprechendes Mobiliar.“*²⁶⁰

ABBILDUNG 3.5:

a) Sitzecke im Treppenhause

b) Gesellschaftssaal



Die architektonische Mischung aus strenger, hierarchischer Gliederung bei gleichzeitiger eleganter und bequemer Ausstattung spiegelt sich auch im gesellschaftlichen Umgang:

*„Das Haus war von strenger Ordnung erfüllt: auf sinnvolle Beschäftigung wurde großer Wert gelegt. Die Hausgemeinschaft verband eine feste Zucht, in der Ein- und Unterordnung selbstverständlich war. Nach dem Abgang des Hausgeistlichen hielt Landerer seine Hausandachten selbst. Er verbrachte manchen Abend mit seinen Kranken; vor allem widmete sich seine Frau oft und gerne den Insassen des Hauses. Musik- und Vortragsabende waren häufig; gerne feierte man kleine Festlichkeiten.“*²⁶¹

²⁵⁹ Krauß (1940): Kennenburg, S. 28f.

²⁶⁰ Ebd., S. 28.

²⁶¹ Ebd., S. 31f.

Gedacht ist das Haupthaus oder Oberhaus, das aber nur selten voll belegt ist, für bis zu 30²⁶² ruhige, gesellschaftsfähige Kranke, mit denen solche Zusammenkünfte wie die genannten Musik- oder Vortragsabende oder auch kleine Feste überhaupt erst möglich sind. Doch nicht nur elegante Gesellschafts- und Krankenzimmer oder die repräsentative Direktorwohnung bestimmen das Bild des Hauses; weniger repräsentativ, dafür aber unverzichtbar, sind die zahlreichen Personal- und Wirtschaftsräume auf der Rückseite des Haupthauses:

„[...] hier sind die Zimmer für das Küchepersonal, ein Weißzeugzimmer u. ein Magazin mit einem reichlichen Vorrat an Glas- u. Porzellanutensilien für Küche u. Haushaltung. Die darunter im 1ten Stock sich befindliche Küche ist sehr sauber, hell, gut ventilirt, aber sehr nieder; rechts u. links davon befinden sich Vorratsräume, die sehr reichlich ausgestattet sind, »Kühle« mit Eisschrank, Putzzimmer u. Spülküche. [...] Unter der Küche befindet sich noch ein [...] Raum, wo alles Mögliche gewaschen u. gereinigt wird [...]. Daneben ist ein Raum, der nur für's Lampenputzen benützt wird u. in dem etwa 30-40 Lampen angesammelt waren. Im Gebrauch sind fast überall Petroleumlampen“²⁶³.

Hier wird greifbar, wie viel Raum der Luxus auf der repräsentativen Südseite der Anstalt in Wirklichkeit beansprucht. Licht, Wäsche, umfangreiche Mahlzeiten, das alles muss organisiert werden. Und zum Luxus des 19. Jahrhunderts gehört auch ganz schlicht: Hygiene! Man stelle sich nur einmal eine gutbesetzte Nervenheilanstalt bei schwülheißen Sommerwetter vor. Ohne Kühlschränke, Elektrizität und Kanalisation. Was Wunder, dass da das Thema Reinlichkeit bei jeder Visitation Thema ist. Und jedes Mal wird sie gelobt:

Ob im Juni: *„Die eleganten Badeeinrichtungen sind im Zustand bester Ordnung [...]. Die Abtritte sind äußerst rein gehalten, von innen nicht verschließbar; fast geruchlos.“²⁶⁴*

Oder Juli: *„Bei der Besichtigung der Anstaltsgelasse haben sich in Absicht auf Reinlichkeit, Lufterneuerung, [...] etc. keinerlei Mängel ergeben. Sowol die gemeinschaftlichen Gelasse als die einzelnen Krankenzimmer sind gut & elegant ausgestattet, die Betten gut, die Abtritte im ganzen Haus musterhaft reinlich & geruchlos.“²⁶⁵*

Ob im August: *„Die Bade & Abtrittseinrichtungen wurden in gutem Zustand angetroffen. Für pünktliche Abfuhr der Auswurfstoffe ist Vorkehrung getroffen. Die Aborte werden in der heißen Jahreszeit regelmäßig desinficirt [...]. Auf den Treppen, Corridoren & in den Abtrittslokalen sind vorschriftsmäßige Spucknapfe mit Wasser gefüllt aufgestellt.“²⁶⁶*

Oder September: *„Reinlichkeit der Betten, der Böden, Lüftung lassen nichts zu wünschen übrig.“²⁶⁷* Kennenburg präsentiert sich den Visitatoren stets sauber und – fast – geruchlos.

²⁶² Visitationsbericht v. 30.08.1877. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 191.

²⁶³ Visitationsbericht v. 26.03.1896. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 248.

²⁶⁴ Visitationsbericht v. 21.06.1895. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 244.

²⁶⁵ Visitationsbericht v. 09.07.1885. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 208.

²⁶⁶ Visitationsbericht v. 27.08.1892. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 238.

²⁶⁷ Visitationsbericht v. 14.09.1883. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 204.

Bei Doris Kaufmann findet sich die Beobachtung aus den Visitationsberichten über Zwiefalten, dass dort, im Gegensatz zu Kennenburg, stets ein „*sehr unangenehmer Geruch*“ den Besuchern entgegenschlug. Das Fehlen eines solchen Geruchs deutet sie als Befreiung vom „*Stigma des Anderssein[s]*“ im Zeichen wachsender „*Bürgerlichkeit [der] Heilanstalt*“.²⁶⁸

Eine Ursache des Geruchsproblems sind die häufig vollen Sickergruben. So hat Kennenburg zwar den Vorteil, stets über ausreichend fließend Wasser zu verfügen: „*Ein nicht hoch genug zu schätzender Vorzug der Anstalt ist der ungewöhnlich große Reichtum an Quellwasser*“²⁶⁹; andererseits aber füllen sich die Gruben dadurch um so schneller. Doch Landerer, der ja im gleichen Haus zwischen seinen Patient/innen wohnt, ist stets um äußerste Hygiene bemüht: „*Die Wasserversorgung ist gut & reichlich, die Abfuhr der Abfälle & Cloaken sehr gut geregelt. Die Entleerung der Abortgruben die sich wegen der vorhandenen Wasserspülung rasch füllen, geschieht durch regelmäßiges Auspumpen.*“²⁷⁰ Zu Beginn des 20. Jahrhunderts modernisiert Landerer die Anstalt noch einmal grundlegend: Er lässt nur für Kennenburg eine eigene Kläranlage bauen, an die nun sämtliche sanitären Anlagen angeschlossen sind, sorgt mit einem eigenen 16 PS Generator für Strom und installiert eine Warmwasserheizung²⁷¹:

„*Bei 8° C. Außentemperatur ist in allen Lokalen eine behagliche Wärme*“²⁷², berichtet der zuständige Oberamtsarzt bei seiner „Wintervisitation“, der „*Anstaltsbesitzer [...] scheut [...] keine Opfer [...] die Anstalt zu einer Musteranstalt zu machen.*“²⁷³ So ist sogar ein eigener Techniker angestellt, der sich – offenbar erfolgreich – um den Betrieb der Anlagen kümmert: „*Die neuen Einrichtungen der Anstalt, Centralheizung, [...] elektrische Beleuchtung & Abwasserklärung (biolog. Verfahren) funktionieren tadellos & stehen auf der Höhe der Anforderungen eines modernen Anstaltsbetriebs*“, heißt es in einem Bericht von 1906.²⁷⁴

Landerer baut und renoviert über drei Jahrzehnte lang immer wieder an seinem Haupthaus. Mal beschäftigt ihn die Sanierung der sanitären Anlagen, mal der Umbau einzelner Räume, mal aber auch die notwendige Instandsetzung ganzer Gebäudeteile. So als beispielsweise Anfang der 1890er Jahre die Eichenbalken über den Sockeln der beiden Treppentürme durchgefault waren und Landerer – bei laufendem Betrieb – neu aufmauern lassen muss.²⁷⁵

Das Hauptgebäude steht im Zentrum Kennenburgs und ist für Landerer sowohl als eigenes Wohnhaus aber auch als therapeutische Einrichtung von besonderer Bedeutung: In seinem Nachruf heißt es, er sei „*annähernd die ganze Zeit seiner Berufstätigkeit [...] bemüht [geblieben], seine Heilanstalt in baulicher [...] Hinsicht [...] fortzuentwickeln und umzugestalten.*“²⁷⁶

²⁶⁸ Kaufmann (1995): Aufklärung, S. 219, Anm. 48.

²⁶⁹ Visitationsbericht v. 02.11.1887. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 220.

²⁷⁰ Visitationsbericht v. 12.05.1898. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 256.

²⁷¹ Visitationsberichte v. 1905-1907. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 301-303.

²⁷² Visitationsbericht v. 16.04.1907. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 312.

²⁷³ Visitationsbericht v. 20.09.1905. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 301.

²⁷⁴ Visitationsbericht v. 20.07.1906. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 303.

²⁷⁵ Visitationsbericht v. 27.08.1892. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 238.

²⁷⁶ Nachruf auf Dr. Landerer im Medic. Correspondenz-Blatt von 1915.

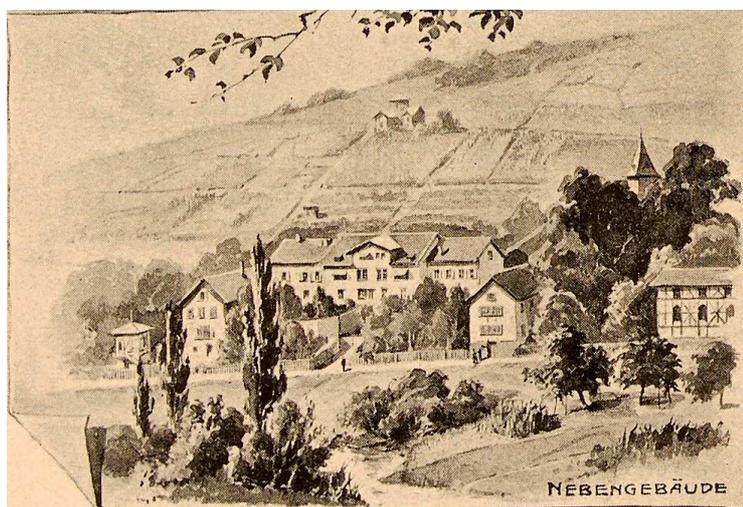
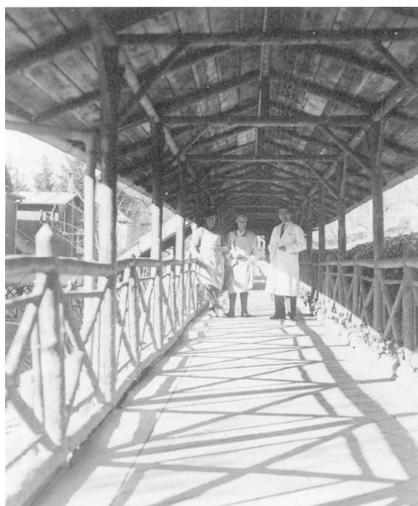
3.2.2.2 Nebengebäude – Unterhaus

Das Pendant zum Haupt- bzw. Oberhaus bildet das Unterhaus, das so genannte Nebengebäude für „überwachungsbedürftige Kranke“²⁷⁷. Analog zum Haupthaus sind die Männer im Osten und die Frauen im Westen untergebracht. In der Mitte liegt Landerers Vorzeigeprojekt: „Der Stolz Landerer's ist die im Mittelbau des unteren Hauses eingerichtete Überwachungsstation“.²⁷⁸ Diese hatte er bereits im Jahr 1879 als, wie Paul Krauß schreibt, „erste ihrer Art in Deutschland“ eingerichtet: „Im ersten Stock [...] richtete Landerer [...] eine kleine Überwachungsabteilung ein, mit Schlaf-, Tagraum, Abort und Bad [...]. Die nach Geschlechtern getrennten Tobhöfe wurden mit drei Meter hohen Mauern umgeben.“²⁷⁹ Mauern, Mittelbau und Seitenflügel des Unterhauses lassen sich in der folgenden Abb. 3.6 erkennen. Wie außerdem der Situations-Plan in Abb. 3.4 und das unten folgende, allerdings erst in den 1930er Jahren aufgenommene Foto zeigen, ist das Unter- mit dem Oberhaus durch einen überdachten Gang verbunden und liegt in der Nähe zur Straße nach Esslingen, so dass unruhige Kranke direkt aufgenommen werden konnten. Dazu ein Bericht von 1896: „Das sog. »untere Haus« liegt thalabwärts vom Hauptgebäude, ist mit diesem durch einen bedeckten laubenartigen Gang verbunden u. hat von der Hauptstraße, von Eßlingen her, eigene Anfahrt, um event. unruhige Kranke sofort hier einzuliefern.“²⁸⁰

ABBILDUNG 3.6:

a) Der „Wandelgang“

b) „Unterhaus“ mit Tobhöfen. Gang hinter den Bäumen.



Schon Landerers Vorgänger Dr. Friedrich Stimmel hatte, wie beschrieben, 1848 südwestlich des Haupthauses das Zellengebäude mit vier Zellen und eigenem Tobhof errichtet.²⁸¹

²⁷⁷ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

²⁷⁸ Visitationsbericht v. 26.03.1896. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 248.

²⁷⁹ Krauß (1940): Kennenburg, S. 31.

²⁸⁰ Visitationsbericht v. 26.03.1896. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 248.

²⁸¹ Krauß (1940): Kennenburg, S. 15.

Zunächst bleiben bis in die Mitte der 1890er Jahre sowohl die neue Abteilung als auch die alten Zellen aus der Zeit Dr. Stimmels bestehen. Neben dem modernen Frauentrakt ist der: *„Männerflügel [...] der älteste Teil des Hauses; die hier sich befindlichen Zellen sind nach altem Muster eingerichtet, mit kleinen Fenstern in ziemlicher Höhe, Palissaden um den Ofen, – u. recht düster“*²⁸² Wegen der ständigen Brandgefahr bei gleichzeitig vergitterten Fenstern und verschlossenen Türen muss Landerer dort für strenge Sicherheitsmaßnahmen sorgen: *„Im Zellenhaus sind für Aufstellung der Lampen mit verschließbaren Gittern versehene Mauernischen angebracht“*²⁸³, heißt es noch in einem Visitationsbericht von 1895. Mit Gittern vor den Mauernischen, in denen die Petroleumlampen stehen, und Palisaden um die Öfen soll sichergestellt werden, dass kein Patient in die Nähe offener Flammen kommen kann.

Doch nicht nur die Sicherheit – auch die Hygiene ist hier mit noch mehr Aufwand als im Haupthaus verbunden. Unreinliche Kranke in den Zellen oder der Überwachungsabteilung sind in einer Zeit ohne abwaschbare Kunststoffmaterialien eine besondere Herausforderung. Für die Betten nutzt man daher eine Art Kautschuk aus „Guttapercha“²⁸⁴, einem asiatischen Harz: *„Für die unreinlichen Kranken sind besondere Bettröste, theils mit Roßleder- theils mit Guttaperchastoff-Ueberzug vorhanden. Die übrigen Kranken haben vollständige Betten“*²⁸⁵.

Nachdem Landerer sich aber Anfang der 1890er Jahre entschloss, keine Männer mehr aufzunehmen, reißt er schließlich den *„die alten Zellen enthaltende[n] Ostflügel“* komplett ab.²⁸⁶ 1901 erfolgt dann ein weiterer *„grundlegender Umbau des Unterhauses [...] mit Niederlegung der Tobhöfe; bis auf zwei wurden alle Zellen beseitigt“*²⁸⁷. Landerer renoviert den ganzen Komplex. Im Frauentrakt im Westen entstehen zwei größere Überwachungsabteilungen: *„damit verschwand das alte Gewinkel, die Abteilungen wurden übersichtlicher“*²⁸⁸, schreibt Paul Krauß. Ein Visitationsbericht von 1902 beschreibt die Veränderungen detaillierter:

*„Die durch den Umbau neu erstellten Überwachungsräume, im unteren Stock für unruhige, im oberen für ruhige Kranke je ein großer Tagesraum mit anschließendem sehr geräumigem Schlafsaal & unmittelbar angrenzendem Bade & Toilettenzimmer, machen durch reichlich bemessene Luft & Lichtzufuhr, durch die sehr elegante durchaus in leichten Tönen gehaltene Dekorationsmalerei, durch das Wegfallen der Fenstergitter einen sehr freundlichen & gesunden Eindruck. [...] Durch den Abbruch des alten Tobhauses ist viel Licht & Luft gewonnen, ebenso durch den Wegfall der Mauern & Wände des früheren Tobhofes.“*²⁸⁹

²⁸² Visitationsbericht v. 26.03.1896. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 248.

²⁸³ Visitationsbericht v. 21.06.1895. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 244.

²⁸⁴ „Guttapercha [malaiisch getah ‚Harz‘ und perçah, eine Baumart] [...] eine braune, schwammige, zähe, lederartige, unelastische Masse, die an der Luft erstarrt; [...] kann wie Kautschuk vulkanisiert und zur Herstellung von chemikalienbeständigen Kitten, z.B. Zahnkitt, zur Anfertigung von Pflastern und Verbandmaterial verwendet werden.“ Aus: Der grosse Brockhaus (1954).

²⁸⁵ Visitationsbericht v. 10.05.1880. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 197.

²⁸⁶ Krauß (1940): Kennenburg, S. 31.

²⁸⁷ Ebd., S. 32.

²⁸⁸ Ebd.

²⁸⁹ Visitationsbericht v. 02.08.1902. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 286.

Das Unterhaus erhält also mit Beginn des neuen Jahrhunderts einen moderneren Charakter. Es besteht nun aus zwei Überwachungsabteilungen – im Untergeschoss für die unruhigen, im ersten Stock für die ruhigen Patientinnen, jeweils mit Tag- und Schlafsaal ausgestattet, außerdem aus zwei Einzelzimmern neben den Abteilungen und zwei verbliebenen Zellen. Es ist somit wesentlich differenzierter ausgestattet als das Haupthaus. Landerer kann nun entscheiden, ob er eine Patientin in die ruhige oder unruhige Überwachungsabteilung aufnimmt, ob sie dort zeitweise in einem der „vom Schlafsaal getrennten Nebenzimmer[]“²⁹⁰ untergebracht werden muss oder ob er sie sogar in eine der zwei restlichen Zellen verlegt.

Ein Grund für diese umfassenden Umbauten dürfte auch eine veränderte Anstaltspolitik sein. In einem Bericht aus dem Jahr 1905 stellt der Visitor fest, dass die meisten Patientinnen im Unterhaus untergebracht seien und zwar 18 von 25 Kranken. Weiter heißt es:

*„Die starke Besetzung des Hauses der Überwachungsstationen scheint die Regel werden zu wollen, da man in Kennenburg seit längerer Zeit die Erfahrung macht, dass eigentlich nur noch mehr oder weniger schwere Fälle zur Aufnahme kommen, während die leichteren Grenzfälle, wie sie früher anscheinend rel. häufig waren, zur Ausnahme geworden sind.“*²⁹¹

Landerer selbst nennt dem Visitor 1906 als Ursache für den Aufnahmerückgang leichter Erkrankter, „dass ruhige Kranke, wie man sie früher viel bekommen habe, jetzt gar nicht mehr zur Aufnahme gelangen, da sie alle in den verschiedensten Sanatorien bleiben“²⁹². Für diese These spricht jedenfalls die erhöhte Suizidalität unter den Patientinnen. Suizidgefährdete Kranke sind in Sanatorien nicht hinreichend gut zu bewachen. 1904 heißt es in einem Nebensatz über die Nutzung der Elektrizität etwa für diverse Sicherungsmaßnahmen im Unterhaus, dass zum Beispiel durch „electr. Lautwerke“ im Notfall sofort die Oberwärterin und Andere alarmiert werden können. „Außerdem besteht eine directe Verbindung durch Telefon zwischen dem Unterhaus & dem 2. Anstaltsarzt. Diese Sicherheitsmaßregeln sind umso notwendiger, als etwa 60% der Anstaltsinsassen selbstmordgefährlich sind.“²⁹³ Dementsprechend hoch ist auch die Zahl der Wärterinnen. Im Jahr 1905 kommen auf die erwähnten 18 Patientinnen im Unterhaus eine Oberwärterin und sieben Wärterinnen. Insgesamt wird das neue Unterhaus sowohl von den Visitatoren als auch von den Patientinnen sehr gut angenommen. So hat sich beispielsweise bei einer der zentraleren Visitationen durch das Königliche Medizinal-Kollegium 1905 auf Befragung des Visitors bis auf eine Ausnahme – „eine an Hallucinationen leidende Verrückte“ – „von den weiblichen Kranken niemand beschwert. Es wurde im Gegenteil von einer ganzen Anzahl von Kranken die gute und sorgfältige Behandlung und Pflege, die ihnen zu teil werde direct gerühmt.“²⁹⁴

²⁹⁰ Krauß (1940): Kennenburg, S. 32.

²⁹¹ Visitationsbericht v. 11.05.1905. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 300.

²⁹² Visitationsbericht v. 21.06.1906. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 302.

²⁹³ Visitationsbericht v. 06.07.1904. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 297.

²⁹⁴ Visitationsbericht v. 11.05.1905. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 300.

Unterhaus und Oberhaus sind die beiden großen Pole, die das Kennenburger Anstaltsareal prägen. Neben diesen beiden Abteilungen existiert mit dem so genannten „Pavillon“ aber noch ein drittes Haus zur Patientenversorgung. Dieser Pavillon soll nun beschrieben werden.

3.2.2.3 Pavillon

Der so genannte „Pavillon“ bot ursprünglich, wie aus einem Visitationsbericht des Jahres 1877 hervorgeht, vermutlich Platz für etwa fünf Krankenzimmer.²⁹⁵ Im Anstaltsprospekt von 1900 heißt es: *„Die Anstalt [...] setzt sich zusammen aus zwei je für sich abgeschlossenen Abteilungen, einer grösseren, das Hauptgebäude für ruhige Kranke, und das mit diesem verbundene Nebengebäude für überwachungsbedürftige Kranke, sowie einen Pavillon, zur Aufnahme von Kranken, deren Zustand eine möglichst freie Verpflegung gestattet.“*²⁹⁶ Tatsächlich ist die Bezeichnung „Pavillon“ recht missverständlich – lässt sie doch zuerst an eine Art Gartenlaube denken. Davon gibt es in Kennenburg zwar mehrere, aber mit Pavillon als Möglichkeit zur Patientenunterbringung ist hier vielmehr das massive Wohnhaus gemeint, das sich östlich des Hauptgebäudes am Ende der Zufahrtsstraße befindet.

ABBILDUNG 3.7:

a) „Pavillon“ im Weinberg

b) „Doktorhaus“ auch „Gärtnerhaus“ oder „Pavillon“



Dieses zweieinhalbstöckige Fachwerkhäuschen diente im Laufe der Jahre ganz unterschiedlichen Zwecken: Gebaut als *„ein Haus für die Wohnung des Obergärtners und Assistenzarztes“*²⁹⁷, dient es zu anderer Zeit auch als *„ein [...] Haus, theils für die Wohnung des Hausmeisters, theils für 2 ruhige Kranke“*²⁹⁸, und als Dr. Reinhold Krauß im Jahr 1900 als zweiter Arzt nach Kennenburg kommt und kurz darauf heiratet, dient es als neues Heim für die junge Familie:

²⁹⁵ Visitationsbericht v. 30.08.1877. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 191.

²⁹⁶ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

²⁹⁷ Krauß (1940): Kennenburg, S. 31.

²⁹⁸ Visitationsbericht v. 26.08.1882. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 200.

„Das bisherige Gärtnerhaus wird als Wohnhaus für ihn, nach seiner Verheiratung, umgebaut.“²⁹⁹ Jetzt ist es „das Haus des Anstalts-Oberarztes“ und damit allgemein das „Doktorhaus“.³⁰⁰ Hier wohnt Reinhold Krauß mit seiner Familie mehrere Jahre lang, bis er 1907 die Klinikleitung übernimmt. Nach dem Besitzerwechsel bleibt Landerer aber weiter in Kennenburg wohnen. Nun zieht er selbst in das ‚Pavillon-Gärtner-Doktorhaus-Gebäude‘ ein: „Der seitherige Besitzer bleibt aber auf dem Anstaltsgebiet wohnen und bezieht die seitherige Wohnung des Dr. Krauss, so dass die Beiden einfach die Wohnung tauschen.“³⁰¹

Warum dieses Haus im Anstaltsprospekt nun unter der Bezeichnung „Pavillon“ abgebildet ist, kann nur vermutet werden. Denkbar wäre, dass für dieses ‚Mehrzweckhaus‘ einfach ein werbewirksamer Name gesucht wurde – und so kam es schließlich zu dem Kunstbegriff „Pavillon“. Dabei ist anzunehmen, dass schon zu der Zeit, als Landerer den Prospekt um 1900 drucken ließ, der „Pavillon“ weder so hieß, noch tatsächlich, wie angegeben, für die Aufnahme von Kranken in möglichst freier Verpflegung gedacht war. In dem Haus lebt um 1900 nämlich nur noch ein vereinzelter Patient: Mr. Charles Duke aus London – einer der beiden letzten verbliebenen männlichen Dauerpatienten. Er ist seit September 1881 Patient in Kennenburg, wird als „harmloser Paranoiker, der im Gärtnerhaus [...] untergebracht ist“ beschrieben, der „freie Passage“ habe und „bald da, bald dort“ zu finden sei.³⁰² Dieser Herr Duke wohnt zeitweise gemeinsam mit dem Assistenzarzt im „Pavillon“ und ist, wie 1897 ein Visitor schreibt, der ihn im „Gärtnerhaus“ besucht, „mit seinem Aufenthalt u. namentlich der ihm gewährten Bewegungsfreiheit sehr zufrieden“³⁰³. Da Landerer aber seit 1892 nur noch weibliche Patientinnen aufnimmt, erscheint es sehr unwahrscheinlich, dass tatsächlich eine Dame zu Mr. Duke in den „Pavillon“ ziehen soll. Duke wird dann auch im Mai 1901 entlassen, so dass damit die Umbaumaßnahmen für den Einzug von Dr. Krauß und Ehefrau beginnen können. Ob danach noch Patientinnen im selben Haus, also gemeinsam mit dem Ehepaar Krauß, gelebt haben, ist schwer zu sagen. Es scheint aber kaum vorstellbar, da, wie schon bei den hohen Belegungszahlen des Unterhauses erwähnt wurde, zu Beginn des 20. Jahrhunderts im Hauptgebäude immer „eine ganze Anzahl Zimmer unbelegt sind“³⁰⁴.

Als Paul Landerer und Reinhold Krauß um 1900 ihren neuen Prospekt herausbringen, scheint der „Pavillon“ also weder so zu heißen noch tatsächlich zur Patientenaufnahme gedacht zu sein. Aber es ist ein hübsches Fachwerkhaus, gehört zum Kennenburger Areal und beherbergt um 1900 tatsächlich noch einen letzten Patienten. Und weil Bild und Name vermutlich einfach gut in dem neuen Prospekt aussehen, wird der „Pavillon“ abgedruckt.

²⁹⁹ Visitationsbericht v. 15.09.1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 278.

³⁰⁰ Kenner (1991): Kennenburg in alten Ansichten, Text zu Abb. 15.

³⁰¹ Visitationsbericht v. 06.05.1907. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 313.

³⁰² Visitationsbericht v. 26.03.1896. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 248.

³⁰³ Visitationsbericht v. 14.04.1897. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 251.

³⁰⁴ Visitationsbericht v. 21.06.1906. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 302.

3.2.2.4 Ökonomie

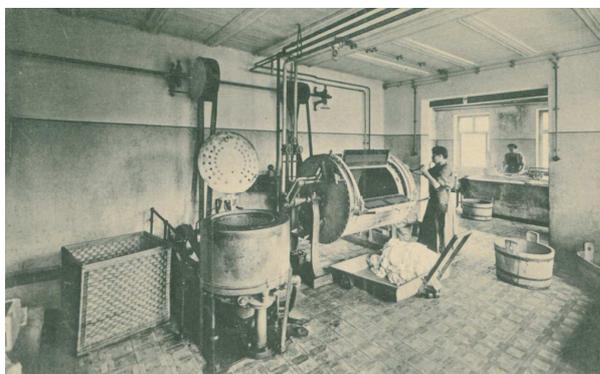
Das Gesamtareal Kennenburg besteht zu Dr. Landerers Zeit aus vier Gebäudekomplexen: dem Hauptgebäude mit seinen beiden Seitenflügeln und imposanten Treppentürmen, dem Nebengebäude mit seinem Zellenbau und hinter hohen Bäumen versteckten „Tobhöfen“, dem so genannten „Pavillon“, eigentlich dem Ärztewohnhaus, und schließlich den „Gebäulichkeiten für eine zwar nicht umfangreiche, aber möglichst vollständige Oekonomie“³⁰⁵. Patienten, Personal und Ärzte müssen verköstigt, Häuser, Park und Garten gepflegt werden.

Die Ökonomie liegt südlich des Hauptgebäudes im Tal, direkt am Wasser. Zwischen ihr und dem Haupthaus erstreckt sich der große Park. Lärm, Gestank, Schmutz und Dreck, all das, was schwere Arbeit mit sich bringt, ist somit weit weg von den Patient/innen untergebracht. Hier befinden sich Werkstätten, eine Schlachterei und Mosterei, Vieh- und Pferdeställe, die Wagen-Remise und schließlich ein Magazin, später Maschinenhaus, in dem zum Beispiel auch der Kutscher seine Dienstwohnung hat.³⁰⁶ Gewaschen wird zu Landerers Zeit zunächst noch im Waschhaus neben dem Westflügel des Unterhauses. Später baut Dr. Krauß in den Ökonomiekomplex auch eine ‚moderne‘ Waschküche ein. Abb. 3.8a) zeigt in der Bildmitte die neue große „Doppeltrommel-Waschmaschine“ und vorn eine Schleuder zum Trocknen.³⁰⁷

ABBILDUNG 3.8:

a) Waschküche

b) Küche



Wie im 19. Jahrhundert üblich, wird in Kennenburg alles, was möglich ist, in eigener Arbeit selbst hergestellt, repariert, angebaut, gepflegt und verarbeitet. Nur was darüber hinaus für den täglichen Bedarf nicht selbst produziert werden kann, muss bis 1926 mit der Kutsche, danach mit dem Auto besorgt werden.³⁰⁸ Für einen reibungslosen Anstaltsablauf braucht Landerer also einfach auch: „eine größere Anzahl von Bediensteten für die Oekonomie.“³⁰⁹ Das Dienst- und Wartpersonal Kennenburgs wird im nun folgenden Kapitel beschrieben.

³⁰⁵ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

³⁰⁶ Ortsbezeichnungen s. Abb. 3.4: Situations-Plan. HStA S [E 151/53 Bü 627].

³⁰⁷ Kenner (1991): Kennenburg in alten Ansichten, Text zu Abb. 21.

³⁰⁸ Ebd., Text zu Abb. 30.

³⁰⁹ Visitationsbericht v. 10.05.1880. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 197.

3.2.3 Personal

Dass Kennenburg mit seiner Personalzahl immer außergewöhnlich hoch liegt, spiegelt sich auch im Erstaunen der Visitatoren. 1896 steht im Bericht der Kgl. Medizinal-Kommission:

„Diesen 17 Kranken, – 2 männlichen, 15 weiblichen – steht ein geradezu luxuriöses Personal zur Verfügung. Rechnet man: 1 Director, 1 Ass.Arzt 1 Oberwärter, 1 Wärter, 1 Oberwärterin, 1 Viceoberwärterin, 6 Wärterinnen, 1 Haushälterin, 2 Köchinnen, 2 Küchemädchen, 1 Weißzeugbeschließerin, 2 Waschmädchen, 2 Hausmädchen, dazu Portier, Kutscher, Hausknecht u. Hausbursche, Postbote, Gärtner mit 2 Gehilfen, – so kommen auf 17 Kranke c. 30 Angestellte!“³¹⁰

Ähnliche Listen finden sich auch in anderen Visitationsberichten.³¹¹ Dort mag es die eine oder andere Änderung geben, etwa wenn der Postbote zugleich als Nachtwächter fungiert oder aus den Küchenmädchen Spülmägde werden – das Verhältnis aber bleibt stets gleich hoch. Anfangs leistet sich Landerer sogar noch *„eine Gesellschaftsdame für die weiblichen Kranken“*³¹², die aber später nicht mehr erwähnt wird. In den 1890er Jahren *„ist überdies noch ein eigener Hausgeistlicher – zugleich Lehrer in Sprachen u.s.w. – angestellt.“*³¹³ Rechnet man jetzt noch hinzu, dass Landerer ab 1892 zwar keine männlichen Kranken mehr aufnimmt, wohl aber noch zwei männliche Dauerpatienten über Jahre in Kennenburg behält und sie währenddessen eins zu eins von einem Oberwärter und einem Wärter betreuen lässt, wird klar, warum der Visitator im März 1896 von *„luxuriöse[m] Personal“* spricht. 1891 schreibt ein Visitator über den Kennenburger Personalschlüssel: *„Für das persönliche Wohl der Kranken ist in einer Weise gesorgt, wie es in einer großen Anstalt niemals möglich sein wird; denn es kommt auf durchschnittlich 2 Kranke ein Wärter u. auf 7 Kranke ein Arzt.“*³¹⁴

Zu unterscheiden ist prinzipiell zwischen dem Personal für die Haushaltsführung, das für einen reibungslosen Alltagsablauf zuständig ist, und dem Personal für die Pflege und Bewachung der Patient/innen. Auch bei diesem so genannten „Wartpersonal“ ist die Personaldichte bemerkenswert hoch, wie 1887 einmal mehr der zuständige Visitator betont: *„Am Tage der Visitation waren 24 Kranke in Verpflegung, darunter 8 männliche u. 16 weibliche. [...] Das Wartpersonal beläuft sich gegenwärtig auf 16 Individuen (bei 24 Kranken!)“*³¹⁵ Ein Grund für die hohe Zahl des Wartpersonals mag auch darin liegen, dass die Pflegerinnen und Pfleger im Vergleich zu heute noch keine eigene Ausbildung erhielten und deshalb auch nicht gut bezahlt wurden. In der Regel stammt das Personal aus einfachen sozialen Schichten: *„Das Wartpersonal stammt zum größten Theil aus dem Bauern & Weingärtner Stand des Remsthal.“*³¹⁶ Landerer muss sich sein Personal also erst einmal anlernen.

³¹⁰ Visitationsbericht v. 26.03.1896. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 248.

³¹¹ Visitationsbericht v. 21.06.1895. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 244.

³¹² Visitationsbericht v. 22.04.1879. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 195.

³¹³ Visitationsbericht v. 15.10.1891. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 237.

³¹⁴ Ebd.

³¹⁵ Visitationsbericht v. 02.11.1887. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 220.

³¹⁶ Visitationsbericht v. 01.10.1897. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 253.

„Die Heranbildung der neu eingetretenen Wärterinnen geschieht in der Weise, daß sie erst nach 3 monatlicher Thätigkeit in der Überwachungsabteilung unter Aufsicht von erfahrenen Wärterinnen zu selbständiger Thätigkeit zugelassen werden“³¹⁷, so ein Visitationsbericht. Nach dieser dreimonatigen hausinternen Anlernphase sollten die Wärter/innen dann in der Lage sein, „Fluchtversuche & Selbstbeschädigungen der Kranken zu verhüten“³¹⁸ und stets so aufmerksam zu sein, „daß es keinem Kranken bei Tag und Nacht an Hilfe mangelt“³¹⁹.

Während in anderen Anstalten das Wartpersonal oft wechselte und „[v]iele [...] den Wärterjob als Durchgangsbeschäftigung, z.B. im Winter, bis sich etwas Besseres bot [betrachteten]“³²⁰, bleiben viele Wärterinnen und Wärter lange bei Landerer – vor allem die gut ausgebildeten. Zwar hat auch Landerer Anfang des neuen Jahrhunderts mit der Konkurrenz der „psychiatrischen Kliniken der Nachbarländer, die manche Wärterin durch Angebot höheren Lohnes zum Weggehen veranlassen“, zu kämpfen, und er klagt, dass es ihm „in letzter Zeit oft schwer gefallen sei, den nötigen Ersatz für abgehendes Wartpersonal zu beschaffen“³²¹ – aber während das einfache Personal „manchem Wechsel unterworfen“ ist, bleibt „das höhere Personal [...] stabil & nach Schulung & Zuverlässigkeit durchaus zufrieden stellend“.³²² Das bestätigt auch ein Bericht von 1905: „Der Wechsel ist im Durchschnitt kein grosser, und es befinden sich Wärterinnen darunter, die schon 15, 17 und mehr Jahre im Hause sind.“³²³ Landerer scheint beim Wartpersonal tatsächlich die in der Literatur zur Irrenpflege manches Mal für unmöglich gehaltene „Quadratur des Kreises“ aus hohen Anforderungen einerseits und niedriger sozialer Schicht andererseits³²⁴ zu gelingen. Auch scheint Landerer keinen „Anspruch auf totale Unterwerfung unter die autoritäre Leitung“ seitens des Personals zu verlangen oder „den geringsten Anspruch auf selbständiges Handeln [...] als Infragestellen der ärztlichen Kompetenz“ zu erleben, der von ihm hätte „bekämpft werden“ müssen.³²⁵ Gegen solche Thesen spricht in Kennenburg beispielsweise die nachträgliche Würdigung der

*„beiden Schwestern Emma und Sophie Dietlen, die viele Jahre lang die Oberinnenposten versahen, zweier Menschen, die die Lauterkeit, Uneigennützigkeit selbst waren und ihre Aufgabe mit seltenem Takt und einer Herzensbildung erfüllten, mit der sie sich viele Kranke für immer gewannen.“*³²⁶

Eine solche Würdigung ist ohne langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit nicht denkbar. Die Tabelle auf der folgenden Seite soll einen Eindruck davon vermitteln, wie vielen Patientinnen und Patienten jeweils wie viele Ärzte und Pflegekräfte gegenüber stehen.

³¹⁷ Visitationsbericht v. 06.07.1904. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 297.

³¹⁸ Visitationsbericht v. 08.12.1888. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 221.

³¹⁹ Visitationsbericht v. 14.09.1883. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 204.

³²⁰ Höll & Schmidt-Michel (1989): Irrenpflege im 19. Jahrhundert, S. 25.

³²¹ Visitationsbericht v. 21.06.1906. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 302.

³²² Visitationsbericht v. 29.11.1898. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 263.

³²³ Visitationsbericht v. 11.05.1905. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 300.

³²⁴ Sammet (2003): Ökonomie, Wissenschaft und Humanität, S. 110.

³²⁵ Höll & Schmidt-Michel (1989): Irrenpflege im 19. Jahrhundert, S. 22.

³²⁶ Krauß (1940): Kennenburg, S. 32.

TABELLE 3.1:

Patient/innenzahlen und Fachpersonal über drei Jahrzehnte im Vergleich

	Gesamtzahlen			Verhältnis	
	Patienten	Pflege	Ärzte	Pflege – Pat.	Ärzte – Pat.
Aug. 1877 ³²⁷	12	5	1	1 : 2,4	1 : 12
Nov. 1887 ³²⁸	24	16	2	1 : 1,5	1 : 12
Feb. 1897 ³²⁹	15	9	2	1 : 1,6	1 : 7,5
Mai 1907 ³³⁰	29	12	2	1 : 2,4	1 : 14,5

Tatsächlich ist das Verhältnis von Pflegepersonal zu Patient/innen außerordentlich gut. In anderen Anstalten, wie etwa von Thomas Höll und Paul-Otto Schmidt-Michel zur Irrenpflege beschrieben, war das „Verhältnis Pfleger zu Patient, welches vor Jahrzehnten noch 1:10 betragen hatte, [...] 1895 von 1:8 auf 1:7 angestiegen und 1905 bei 1:6,8 angelangt.“³³¹ Noch gravierendere Verhältnisse nennt Kai Sammet, der als „unscharfe[]“ Schätzung von einem „Arzt-Patient-Verhältnis in Anstalten um 1860 von bestenfalls 1:100“ ausgeht.³³² Kennenburg liegt mit seinen Zahlen weit über dem durchschnittlichen Pflegeverhältnis. Ähnlich gut ist das Verhältnis offenbar auch in der Privatklinik Bellevue. In mehreren Arbeiten dazu heißt es, dass beispielsweise 1890 das Verhältnis Wärter/innen zu Patient/innen 1:2 betragen habe, was „selbst für das System des »Non-Restraint«, das von Anfang an im Bellevue herrschte, ein überaus günstiges Verhältnis [ist]“³³³, so die Bewertung eines Autors. Dazu kommt, dass Patient/innen teilweise sogar ihr eigenes Personal mitbringen.

Besonders zeitintensiv ist die pflegerische Betreuung im Unterhaus. Hier hat Landerer dafür zu sorgen, dass das Wartpersonal ständig anwesend ist und regelmäßig kontrolliert, was auch bei den Visitationen überprüft wird. So heißt es etwa 1885 in einem Bericht: „Bei den unruhigen Kranken ist für permanente Überwachung [...] ausreichend Sorge getragen.“³³⁴ Landerer schafft zu diesem Zweck extra Kontrolluhren an. Auf einem Zifferblatt wird durch Einstecken eines Schlüssels der genaue Zeitpunkt markiert, zu dem das Personal seine Runde gemacht hat: „In der weiblichen Zellenabtheilung ist eine Controle Uhr mit 3 Controlschlüsselkästchen angebracht, welche die Wärterin jede Viertelstunde zu markieren hat.“³³⁵

³²⁷ Visitationsbericht v. 30.08.1877. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 191.

³²⁸ Visitationsbericht v. 02.11.1887. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 220.

³²⁹ Visitationsbericht v. 01.02.1897. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 250.

³³⁰ Visitationsbericht v. 06.05.1907. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 313.

³³¹ Höll & Schmidt-Michel (1989): Irrenpflege im 19. Jahrhundert, S. 83.

³³² Sammet (2003): Ökonomie, Wissenschaft und Humanität, S. 110. (Mit Bezug auf Heinrich Laehr).

³³³ Domeyer (2004): Binswangers Privatklinik Bellevue 1886–1890, S.42. (s. auch Stollwerck, S. 40.)

³³⁴ Visitationsbericht v. 09.07.1885. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 208.

³³⁵ Visitationsbericht v. 25.07.1881. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 199.

Mit der Renovation des Unterhauses Anfang des 20. Jahrhunderts führt Landerer dort ein noch personalintensiveres System ein, indem er, wie viele andere Anstalten auch, die Nachtwachen auf Dauernachtwachen, die so genannten „schottischen Nachtwachen“ umstellt.³³⁶

„In der Überwachungsabteilung sind seit dem Umbau die sog. schottischen Nachtwachen eingeführt, bei welchen immer diejenigen Wärterinnen, welche für die ununterbrochene Dauer von 14 Tagen die Nachtwachen zu übernehmen haben, den Tag über dienstlich gar nicht in Anspruch genommen werden. Durch diese Einrichtung ist eine Vermehrung des Personals notwendig geworden, da dadurch tagsüber immer 2 Wärterinnen ausgeschaltet sind.“³³⁷

Im konkreten Arbeitsalltag sehen diese „schottischen Nachtwachen“ so aus, dass „je eine Wärterin 14 Tage lang die Nachtwache zu versehen hat von Abends 9 ½ bis Morgens 6 Uhr. Die Tagesruhe wird strengstens durchgeführt, sogar mit Mittagessen im Bett!“³³⁸ Wahrscheinlich sind die Unterstreichungen mit Bleistift erst später von einem Mitarbeiter des Kgl. Medizinal-Kollegiums eingefügt worden, dem diese Anordnung vielleicht übertrieben erschien. „Ist etwas sehr weitgehend!“ ist dann auch am Rand des Berichts notiert.

Kenenburg wird auch von den Zeitgenossen als kleine, luxuriöse Anstalt angesehen. Hierher kommen Menschen mit Zeit, Geld und Ansprüchen. Das hohe Personalaufkommen stellt sicher, dass „alle Regungen und Bedürfnisse des gesunden und kranken Gemütes“³³⁹ auch tatsächlich bemerkt und befriedigt werden können. Dementsprechend zuvorkommend ist der Umgangston in Kennenburg: „Der Verkehr der Ärzte mit den Kranken ist ein liebenswürdiger; der Verkehr des Warte- u. Pflegepersonals mit den Kranken ruhig u. geordnet.“³⁴⁰ Doch dieser Luxus hat natürlich auch seinen Preis. Wer waren diese Menschen, die sich die hohen Pensionspreise tatsächlich leisten konnten? Woher kamen und was arbeiteten sie?

3.2.4. Patient/innen (1886)

Konkrete Aussagen über die Patient/innen Landerers lassen sich am besten für das Jahr 1886 treffen. Dies ist das einzige Jahr, für das im Hauptstaatsarchiv Stuttgart eine so genannte „Kranken-Tabelle“³⁴¹ erhalten ist. Es ist unklar, warum ausgerechnet für dieses Jahr eine solche Tabelle den Visitationsberichten beiliegt. Vollständige Patientenbücher tauchen dann erst wieder ab dem Jahr 1932 auf, bis dahin existieren außer der genannten Tabelle keine Überblickslisten über die Patient/innen-Daten. Da es an dieser Stelle aber zunächst um einen allgemeinen Eindruck der Patient/innen-Situation in Kennenburg geht, scheint es opportun, die historischen Gegebenheiten zu akzeptieren und die Angaben aus der Tabelle wenigstens für einen querschnittartigen Einblick in das Jahr 1886 zu verwenden.

³³⁶ Höll & Schmidt-Michel (1989): Irrenpflege im 19. Jahrhundert, S. 79ff.

³³⁷ Visitationsbericht v. 12.05.1903. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 288.

³³⁸ Visitationsbericht v. 06.07.1904. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 297.

³³⁹ Nachruf auf Dr. Landerer im Medic. Correspondenz-Blatt von 1915.

³⁴⁰ Visitationsbericht v. 27.10.1894. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 240.

³⁴¹ Kranken-Tabelle 1886. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 218.

ABBILDUNG 3.9:

a) Patient Max Neuburger

b) Auszug aus der Krankentabelle von 1886³⁴²

End- Anfang Jahr	Name v. m.	Ort Abg. d. v.			
37. 186	Kiehl, Hans	Wiesbaden	Taunus	31. 1886	Frankfurt
38. 187	Thaller, Gustav, evang. evang.	Frankfurt	Frankfurt	31. 1886	Frankfurt
39. 188	Volz, Eduard, evang. evang.	Frankfurt	Frankfurt	31. 1886	Frankfurt
40. 189	Eyslein, Paul, evang. evang.	Frankfurt	Frankfurt	31. 1886	Frankfurt
41. 190	Frennberg, Emil, evang. evang.	Frankfurt	Frankfurt	31. 1886	Frankfurt
42. 191	Farklin, Gustav, evang. evang.	Frankfurt	Frankfurt	31. 1886	Frankfurt
43. 192	Reinhardt, Adolf, evang. evang.	Frankfurt	Frankfurt	31. 1886	Frankfurt
44. 193	Bauer, Am, evang. evang.	Frankfurt	Frankfurt	31. 1886	Frankfurt
45. 194	Neuburger, Max	Frankfurt	Frankfurt	31. 1886	Frankfurt

Abb. 3.9a) zeigt eines der ganz wenigen erhaltenen Patientenfotos. Hier den Patienten Herrn Max Neuburger, vermutlich vor dem später von Reinhold Krauß errichteten Männerhaus. Max Neuburger war, wie auch die letzte Zeile der Krankentabelle in Abb. 3.9b) zeigt, im Jahr 1886 zum sechsten Mal in Kennenburg. Er ist ein verheirateter jüdischer Kaufmann aus Stuttgart, der in Kennenburg die Diagnose „Cirkuläre Form“ erhält. Insgesamt kommt Max Neuburger achtmal nach Kennenburg. Nach seinem letzten, 16 Jahre dauernden Aufenthalt verstirbt der Patient schließlich im Jahr 1927 mit 87 Jahren in der Anstalt.

Die Krankentabelle ist keine Aufnahmeliste. Sie dokumentiert alle in Kennenburg anwesenden 20 Frauen und 28 Männer, die irgendwann zwischen dem 01. Januar 1886 und dem 31. Dezember 1886 Teil der Kennenburger Gemeinschaft waren. Mehr als die Hälfte, nämlich 26 der insgesamt 48 Patientinnen und Patienten, sind schon lange vor dem 01. Januar aufgenommen worden, die restlichen 22 dann erst im Laufe des Jahres. 25 der 48 Patient/innen werden 1886 entlassen, die anderen 23, unter ihnen auch Max Neuburger, bleiben nach dem Jahr 1886 teilweise noch für Monate oder Jahre in Kennenburg. In der Krankentabelle finden sich neben den Angaben wie Herkunftsort, Konfession und Beruf vor allem Diagnoseangaben. Anders als in anderen Anstalten wurden in Kennenburg die Diagnosen nicht standardmäßig dokumentiert. Daher lassen sich keine Aussagen über alle Patienten der behandelten Jahre unter Dr. Landerer treffen, sondern nur für das Jahr 1886. Die Graphik 3.1 auf der folgenden Seite zeigt alle im Jahr 1886 vergebenen Diagnosen.

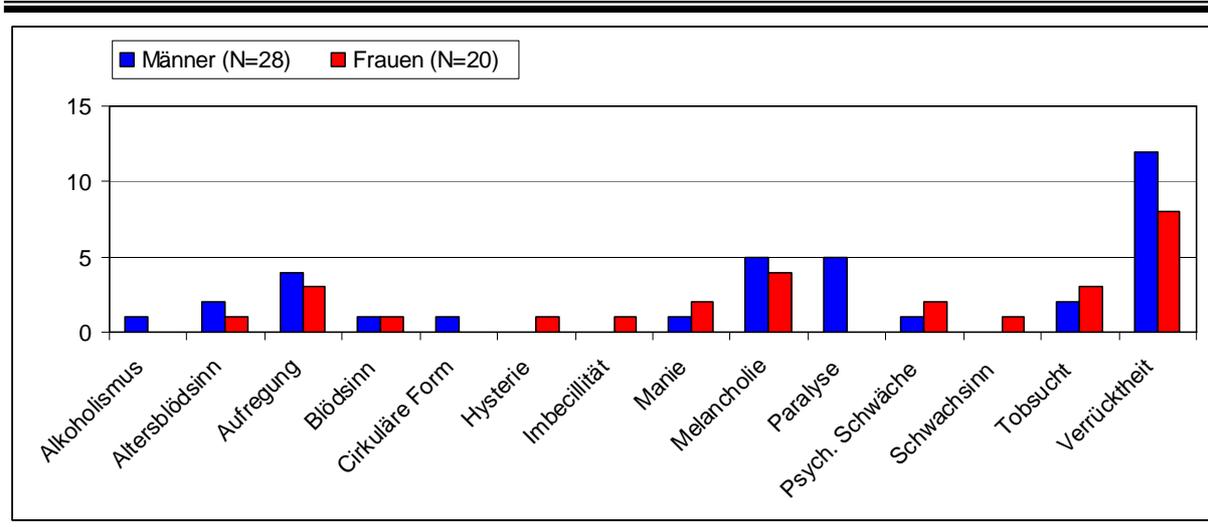
³⁴² Eine größere Abbildung des vorliegenden Auszugs findet sich im Anhang (D.0).

3.2.4.1 Patient/innen (1886): Diagnosen

Typisch für diese Zeit vor der Kraepelin'schen Systematik, die aber erst Reinhold Krauß direkt bei Kraepelin studieren und zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Kennenburg einführen wird,³⁴³ ist zum einen die geringe Diagnoseanzahl und zum anderen ihre einfache Struktur.

GRAPHIK 3.1:

Diagnosen der Patient/innen 1886 (N = 48). Davon 14 Patient/innen mit zwei Diagnosen



In den 1880er Jahren steckt die wissenschaftliche Psychiatrie aus heutiger Sicht noch in den Kinderschuhen. Emil Kraepelin hat gerade erst mit der systematischen Kategorisierung³⁴⁴ psychischer Störungen begonnen, und bis Eugen Bleuler 1911 den Begriff der Schizophrenie prägen wird, vergehen noch einmal 25 Jahre. Entsprechend holzschnittartig wirken die Begriffe zu Landerers Zeiten. 1886 kommt er noch mit 14 Diagnosen für 48 Patient/innen aus. Die damalige Diagnostik scheint noch viel mehr als heute Sache der Erfahrung des jeweiligen Psychiaters zu sein. Auch existiert noch keine einheitliche Begrifflichkeit. 1886 befindet sich Landerer inmitten der historischen Entwicklung zur kategorialen Diagnostik, die mit der Kraepelin'schen Systematik vorerst ihren Abschluss finden wird. Schott und Tölle gebrauchen die Metapher einer „historische[n] Spur der klinischen Psychiatrie“, die ihrer Ansicht nach „von Pinel über Griesinger, Wunderlich und Kahlbaum zu Kraepelin“³⁴⁵ führt.

Pinel orientiert sich, dem Medizinhistoriker Ackerknecht zufolge, noch an klassischen Vorbildern und kennt „nur vier Formen von Geisteskrankheit: Manie, Melancholie, Demenz und Idiotie.“ Aber Ackerknecht gibt zu bedenken, dass es sich „bei den alten Einteilungen eben nicht um echte Krankheits-, sondern um symptomatische Zustandsbilder [handelt].“³⁴⁶

³⁴³ Zwar veröffentlicht Kraepelin bereits 1883 das später vielfach neu aufgelegte Compendium der Psychiatrie, ich gehe aber davon aus, dass Landerer diese Systematik 1886 noch nicht anwendet. Zu Krauß und Kennenburg s. auch Kapitel 3.3: Kennenburg nach Dr. Landerer (1907-1941).

³⁴⁴ Kraepelin (1883): Compendium der Psychiatrie.

³⁴⁵ Schott & Tölle (2006): Geschichte der Psychiatrie, S. 118.

³⁴⁶ Ackerknecht (1985): Kurze Geschichte der Psychiatrie, S. 43f.

Obwohl Pinel „die fundamentale Bedeutung der Beobachtung“ betonte³⁴⁷ und seinerseits Krankheitsbilder wie etwa die Manie mittels Verlaufsstudien zu beschreiben versuchte, „kristallisierte sich [...] die klinische Schule“, nach Ackerknecht, erst „allmählich [...] heraus“ und sollte schließlich „in Kraepelin ihren Höhepunkt finden“.³⁴⁸ Auf dem Weg dorthin waren die psychopathologischen Lehren Wilhelm Griesingers ein weiterer zentraler Meilenstein. Inspiriert von der französischen Schule, die er auf einer Studienreise nach Paris 1838 als 21 Jahre junger Arzt kennen gelernt hatte, und seiner zweijährigen Assistenzzeit in Winnenthal unter Ernst Albert Zeller, verfasste Griesinger 1845 sein epochemachendes Lehrbuch zur „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“. Darin heißt es gleich zu Beginn:

„Die pathologischen Thatsachen zeigen uns so gut wie die physiologischen, dass nur das Gehirn der Sitz normaler und krankhafter geistiger Thätigkeiten sein kann, dass die Integrität der psychischen Prozesse an die Integrität dieses Organs geknüpft ist, auch wie beide mit einander wieder von dem Verhalten anderer Organe in Krankheiten abhängig sind.“³⁴⁹

Mit Griesinger endet die Polarität zwischen Psychikern und Somatikern. Sein Ziel ist, psychisch Kranke wie andere Kranke auch, ärztlich und nicht moralisch zu behandeln. Einerseits betont Griesinger das kausale Primat der neuropathologischen Gehirnerkrankung, das von seinem Freund aus Stuttgarter Kindertagen und ehemaligen Studienkommilitonen, dem Internisten Carl August Wunderlich, in Leipzig weitergelehrt wird, andererseits geht er wie schon sein früherer Winnenthaler Lehrer Zeller von der Idee der Einheitspsychose aus. „Die Wurzel dieser Idee war letzten Endes die Überzeugung von der Unteilbarkeit der Seele und der Einheit ihrer Funktionen sowie das in der Romantik sehr ausgeprägte Bestreben, Einzelercheinungen als Einheit oder als Entwicklungsstadien einer einzigen Erscheinung zu begreifen“, schreibt Angela Roth zur Einheitspsychose.³⁵⁰ Damit vertritt Griesinger zwar den bald schon nicht mehr haltbaren Ansatz einer gemeinsamen Grunderkrankung aller Geisteskrankheiten, gleichzeitig weitet Griesinger aber den Blick vom Symptom zum Verlauf. „Als Reaktion auf die Zeller-Griesingersche Einheitspsychose erfolgte eine große Reihe sehr weitschweifiger Klassifikationen“, so Ackerknecht.³⁵¹ Vermutlich begegnet Landerer diesen unterschiedlichen Klassifikationen irgendwann im Laufe seines Medizinstudiums und seiner eigenen psychiatrischen Ausbildung. 1863 veröffentlicht einer der beiden berühmtesten Schüler Carl August Wunderlichs, der Psychiater Karl Ludwig Kahlbaum, seine Studien über „Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen“. Kahlbaum wendet sich darin von der Vorstellung der Einheitspsychose ab und entwickelt auf der Grundlage quer- und längsschnittlicher Beobachtungen ganz neue Störungsbegriffe.³⁵²

³⁴⁷ Schott & Töle (2006): Geschichte der Psychiatrie, S. 117.

³⁴⁸ Ackerknecht (1985): Kurze Geschichte der Psychiatrie, S. 75.

³⁴⁹ Griesinger (1845/1871): Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, S. 3.

³⁵⁰ Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege, S. 33.

³⁵¹ Ackerknecht (1985): Kurze Geschichte der Psychiatrie, S. 74.

³⁵² Schott & Töle (2006): Geschichte der Psychiatrie, S. 117.

Als Modell dient ihm dabei die progressive Paralyse. Bereits ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurden erstmals Zusammenhänge zwischen der Paralyse und der Syphilis vermutet.³⁵³ Nachweisen ließ sich der Syphilis-Erreger im Hirngewebe von Paralytikern zwar erst 1913, Verlaufstudien hatten aber schon viel früher an einen Zusammenhang denken lassen. Die oft von langen Latenzzeiten unterbrochenen Stadien der Paralyse beschreibt Kraepelin schon 1883 in seinem Compendium. So träten zu Beginn der Erkrankung scheinbar harmlose „*orthographische Schnitzer*“ auf, gefolgt von einem sich allmählich verschlechternden Zustand, über bizarre Wahnvorstellung, „[d]abei ist er Graf, Fürst, Kaiser, Gott und Obergott, besitzt sämtliche hohe Orden, ein ungeheures Vermögen, Millionen mal Milliarden, ungezählte Viehheerden in Marmorställen, Königreiche, Erdtheile, ja die ganze Welt“³⁵⁴, verlief weiter über den völligen geistig-körperlichen Verfall und führe schließlich zum Tod. Kraepelin war ebenfalls Schüler des Griesinger Vertrauten Carl August Wunderlichs in Leipzig und übernahm für seine Klassifikation auch Ergebnisse von Karl Ludwig Kahlbaum. 1883 veröffentlichte er, gerade 27-jährig, sein Compendium, das seine „*klassische Form*“, wie der Medizinhistoriker Ackerknecht es nennt, „*aber erst 1899 erhielt*“,³⁵⁵ ausgerechnet zu der Zeit, als Landerers Nachfolger Reinhold Krauß bei Kraepelin in Heidelberg assistiert.

Krauß wird Kraepelins Systematik später in Kennenburg einführen, im Jahr 1886, zur Zeit der Krankenliste, verwendet Landerer aber noch ein unspezifisches Diagnosespektrum. Obwohl, wie Angela Roth treffend anmerkt, aufgrund der Heterogenität der diversen Erklärungsansätze ein „*Vergleich der Verteilung von Diagnosen zu verschiedenen Zeiten oder in verschiedenen Anstalten [...] ausgesprochen schwierig, wenn nicht unmöglich [ist]*“,³⁵⁶ findet sich doch ein ähnliches, wenn auch etwas differenzierteres Diagnosespektrum in der Privatklinik Bellevue in Kreuzlingen.³⁵⁷ Während im Bellevue die neurotischen Erkrankungen wie die ‚Modediagnosen‘ Hysterie und Neurasthenie sowie Hypochondrie und Zwänge, wie „*es für eine private [Anstalt] im ausgehenden 19. Jahrhundert zu erwarten ist, [...] die größte Gruppe [stellen] – ihr Anteil macht gut ein Drittel aus*“³⁵⁸ –, gilt dies nicht für Kennenburg. Neurosen spielen dort kaum eine Rolle. 1886 dominieren in Kennenburg affektive Störungen, wie man sie heute nennen würde, schwere psychotische Erkrankungen und die Paralyse. Die Paralyse ist auch die einzige Diagnose, bei der sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied findet. Obwohl sich auch Frauen infizieren, scheint in Kennenburg die Kraepelin'sche Einschätzung zuzutreffen, dass das männliche Geschlecht „*ungefähr 4-7 mal so stark [...] vertreten [ist], [...] bei Frauen höherer Stände ist die Krankheit überaus selten*“.³⁵⁹

³⁵³ Ackerknecht (1985): Kurze Geschichte der Psychiatrie, S. 74f.

³⁵⁴ Kraepelin (1883): Compendium der Psychiatrie, S. 320.

³⁵⁵ Ackerknecht (1985): Kurze Geschichte der Psychiatrie, S. 76.

³⁵⁶ Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege, S. 33.

³⁵⁷ Dazu mehr bei: Domeyer (2004): Binswangers Privatklinik Bellevue 1886–1890, S.63ff.

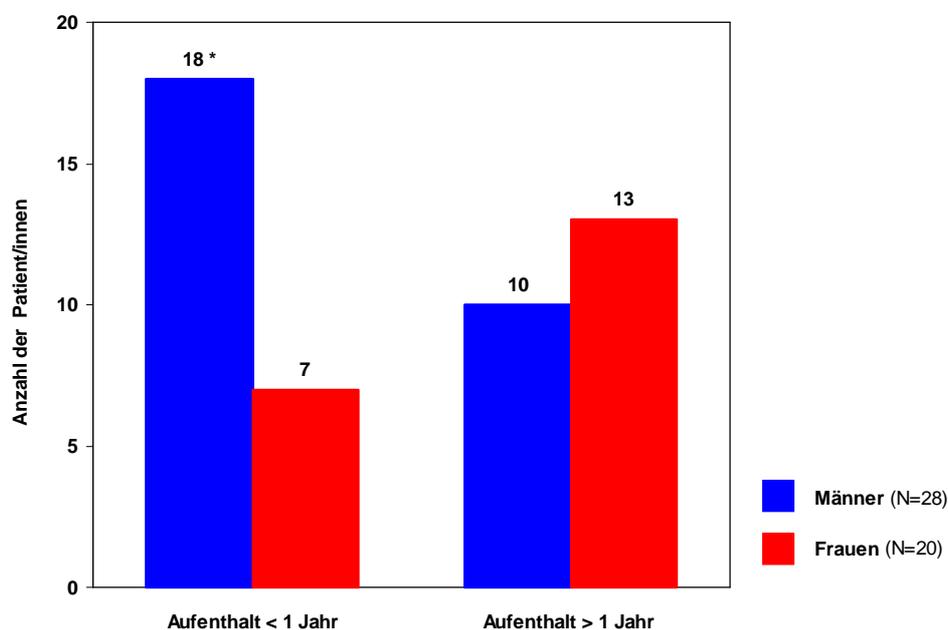
³⁵⁸ Ebd., S.68.

³⁵⁹ Kraepelin (1883): Compendium der Psychiatrie, S. 331.

Die Schwere der Erkrankungen könnte auch die relativ langen Aufenthaltszeiten in Kennenburg erklären. Während im schweizerischen Bellevue die Aufenthaltszeiten immer kürzer werden und dort im vergleichbaren Zeitraum unter Robert Binswanger (1881-1910) „[d]er Schwerpunkt [...] bei einer Aufenthaltsdauer von bis zu drei Monaten, mit einem Anteil von 56,9% [liegt]“³⁶⁰, liegt die Aufenthaltsdauer 1886 in Kennenburg deutlich darüber. Besonders interessant ist hier der Geschlechtervergleich: So bleiben Männer signifikant³⁶¹ kürzer in Kennenburg als Frauen. Während 64% der Männer kürzer als ein Jahr bleiben, ist das Verhältnis bei den Frauen genau umgekehrt: Hier bleiben 65% länger als ein Jahr.

GRAPHIK 3.2:

Aufenthaltsdauer der Patient/innen 1886 (N = 48) im Verhältnis zum Geschlecht.



Wie auch immer man die unterschiedlich lange Aufenthaltsdauer in Abhängigkeit zum Geschlecht interpretieren mag – hypothetisch ließe sich beispielsweise annehmen, dass Männer zu Hause eventuell schwerer zu entbehren waren als Frauen –, Tatsache ist, dass die Patienten länger als in vergleichbaren Kliniken wie etwa dem Bellevue bleiben und dass die Diagnosen des Jahres 1886 auf schwerere psychopathologische Zustände verweisen. Tatsache ist auch, dass Kennenburg teuer ist und dass sich die Kombination aus langer Dauer und hohen Preisen nur „Geistesranke der vermöglichen Gesellschaftsklasse“³⁶² leisten können. „Verschiedene Verpflegungsklassen giebt es nicht.“³⁶³. So ist zu vermuten, dass die Langzeitpatient/innen eine recht homogene gesellschaftliche Schicht bilden.

³⁶⁰ Moses (2002) [Tagungsbericht] Teil I: Das Tübinger Projekt, S. 21.

³⁶¹ * = $p < 0.05$. Verfahren: Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest. Die Wahrscheinlichkeit einer stochastischen Abhängigkeit von Geschlecht und Aufenthaltsdauer beträgt 0.045 also $< 5\%$.

Mehr zur Signifikanztestung bei Schilling (2001): Grundkurs: Statistik für Psychologen, S. 186ff.

³⁶² Visitationsbericht v. 27.10.1894. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 240.

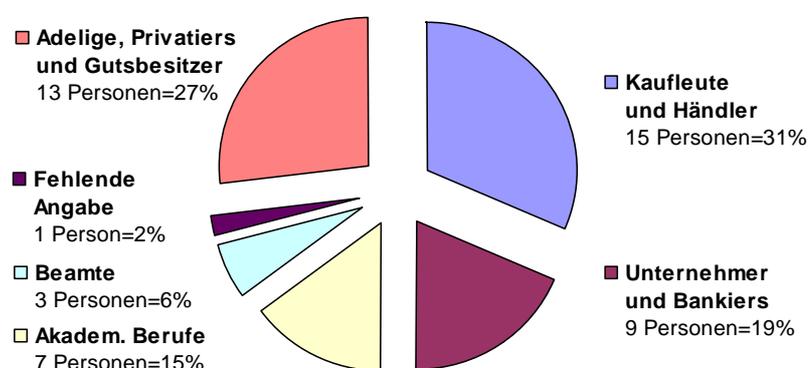
³⁶³ Visitationsbericht v. 02.11.1887. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 220.

3.2.4.2 Patient/innen (1886): Hintergrund

Einen Überblick über die Berufsgruppen, aus denen das Kennenburger Klientel entstammt, zeigt die folgende Graphik. Selbstverständlich ist hier nicht der aktuell ausgeübte Beruf, sondern vielmehr der gesellschaftliche „Stand“³⁶⁴ gemeint, dem die Patienten angehören. Viele Patientinnen sind Ehefrauen oder Witwen von Männern, deren Beruf hier genannt ist. Auch die 28 männlichen Patienten sind oft nicht mehr selbst in den genannten Berufen tätig. Manche arbeiten aus Alters- oder Krankheitsgründen teilweise seit Jahrzehnten nicht mehr. In der Berufsbezeichnung manifestiert sich lediglich der gesellschaftliche Hintergrund.

GRAPHIK 3.3:

Beruflicher Hintergrund der Patient/innen 1886 (N = 48)



Berufe wie Kaufleute oder Händler, Unternehmer oder Bankiers machen die eine Hälfte der Kennenburger Patient/innen aus. Daneben fällt noch die relativ große Gruppe von Adligen, Privatiers und Gutsbesitzern auf, die ausschließlich von ihrem Vermögen leben kann. Akademische Berufe sind selten. Noch seltener vertreten sind Angehörige höherer Staatsbeamter wie etwa eine Landgerichtsratstochter. Insgesamt gehören die Kennenburger Patient/innen, wie bereits im zweiten Kapitel zur Verortung Kennenburgs im Makrokosmos Gesellschaft beschrieben, hauptsächlich den Oberklassen des Wirtschaftsbürgertums sowie den entsprechenden Adelskreisen an. Kennenburg ist jedenfalls so teuer, dass nach und nach die Württemberger ausbleiben. Über Landerers Preispolitik schreibt ein Visitator 1894:

*„Er beabsichtigt einen neuen Prospect zu entwerfen u. diesen namentlichen unter den württembergischen Ärzten zu verbreiten. Das Interesse letzterer für die Anstalt neu zu wecken, scheint allerdings an der Zeit zu sein, denn die Insaßen bestehen gegenwärtig fast nur noch aus Nicht-Württembergern. Die Räumlichkeiten würden die Aufnahme von weiteren 10-15 Kranken wohl gestatten, allein die Furcht vor den hohen Pensionsätzen scheint eine weit verbreitete zu sein.“*³⁶⁵

Im Jahr 1886 stammen jedoch noch immerhin 14 Patient/innen – ein knappes Drittel also – aus dem Königreich Württemberg. Dies zeigt auch die Abbildung auf der folgenden Seite.

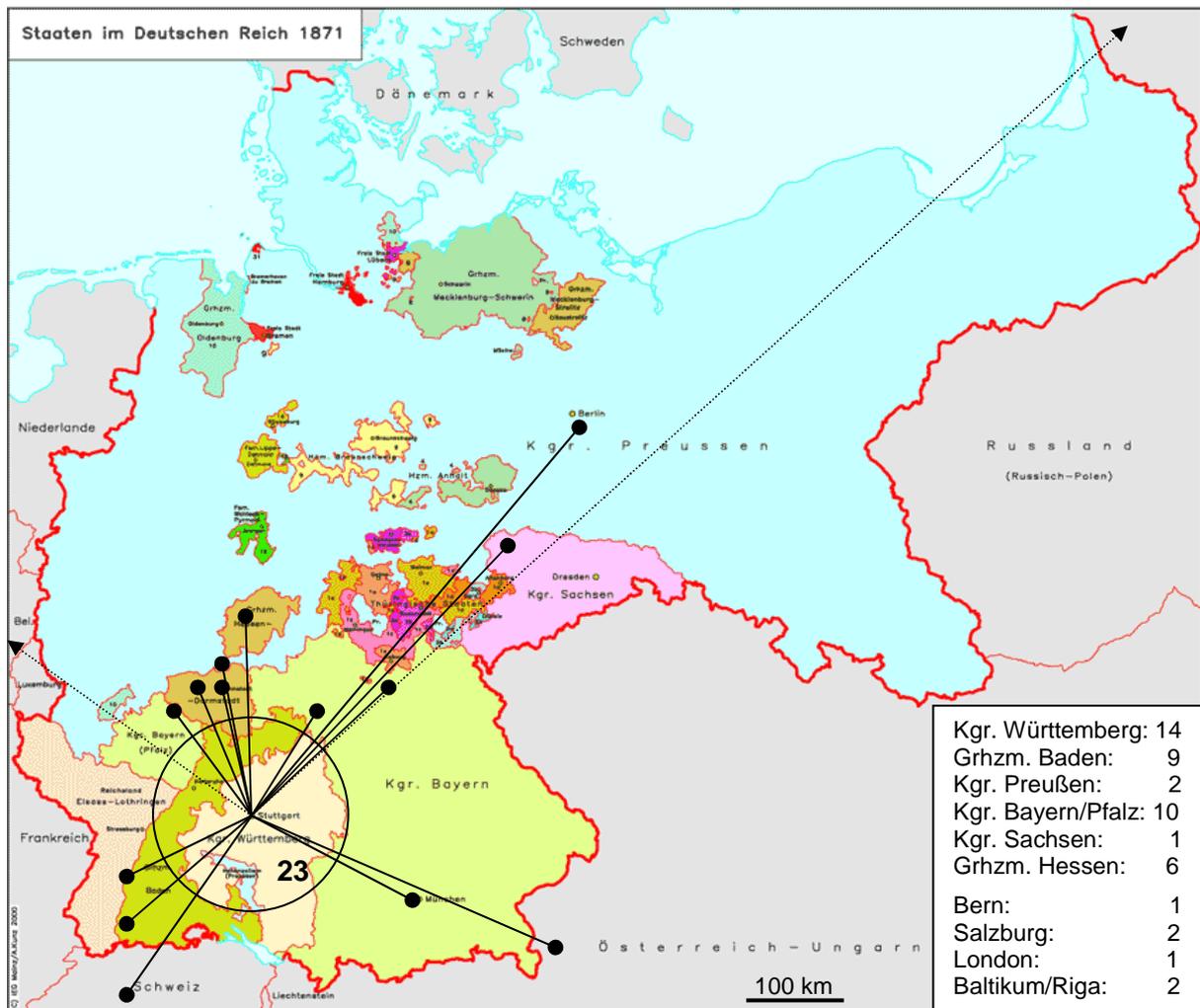
³⁶⁴ Kranken-Tabelle 1886. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 218.

³⁶⁵ Visitationsbericht v. 27.10.1894. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 240.

Neben den 14 Württembergern kommen noch 9 Patienten aus dem Großherzogtum Baden, so dass insgesamt 23 von 48 aus einem Umkreis von 100 km um Kennenburg herum anreisen. Die übrigen 25 Patient/innen – und damit mehr als die Hälfte – stammen aber schon 1886 nicht mehr aus der näheren Umgebung, sondern nehmen einen weiten Weg in Kauf.

ABBILDUNG 3.10:

Herkunft der Kennenburger Patienten 1886 (Kreismarkierung 100km Umkreis von Stuttgart)

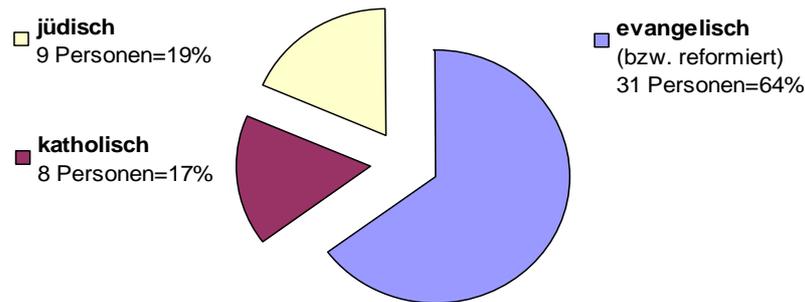


Mehr als die Hälfte von Landerers Patient/innen kommt aus dem ganzen Deutschen Reich: aus den Königreichen Preußen, Bayern bzw. der Bayrischen Pfalz und Sachsen, aus den Großherzogtümern Baden und Hessen. Sechs Patienten reisen darüber hinaus aus dem europäischen Ausland an: darunter zwei erwachsene Kinder einer reichen Witwe aus Salzburg, ein adeliger Privatier aus Bern, der Dauerpatient Mr. Charles Duke, der in Kennenburg lange Zeit im so genannten „Pavillon“ lebt, aus London und schließlich noch ein Baron aus Livland – dem heutigen Baltikum. Ebenfalls aus Livland stammt eine Gutsbesitzerstochter, die 1886 aber schon seit 25 Jahren in Kennenburg wohnt.

Der große Einzugsbereich Kennenburgs führt auch zu einer konfessionellen Mischung. Zwar überwiegt mit fast zwei Dritteln eindeutig der protestantische Anteil, aber neben den neun jüdischen Patientinnen und Patienten kommen auch acht Katholiken nach Kennenburg – überwiegend aus den katholischen Bischofsstädten Mainz, München und Salzburg.

GRAPHIK 3.4:

Konfessionelle Verteilung der Patient/innen 1886 (N = 48)



Kaspar Domeser hat zunächst die konfessionelle Verteilung im deutschen Reich ermittelt: „Während 1890 im deutschen Reich [...] 63% [...] der Bevölkerung Protestanten und 36% [...] Katholiken sind, beträgt der Anteil der Bevölkerung jüdischen Glaubens nur 1,2% [...]“.³⁶⁶ Vergleicht man diese allgemeine Verteilung mit den konkreten Zahlen für Kennenburg 1886, so entspricht der Anteil der protestantischen Patienten exakt der erwarteten konfessionellen Verteilung, während katholische Patient/innen im Vergleich zum deutschen Reich eher unter- und Patient/innen jüdischen Glaubens eher überproportional repräsentiert sind. Das Bellevue weist eine nahezu analoge konfessionelle Verteilung auf. Nach einem Visitationsbericht ist in Kennenburg für die „religiöse Erbauung“ – der Protestanten und Katholiken – anfangs:

„durch regelmäßige Besuche von Geistlichen beider [...] Konfessionen Genüge geschehen“³⁶⁷, später ist „[d]urch Anstellung [...] eines Candidaten der Theologie, welchem die Seelsorge – Hausandachten & Besuche bei den Kranken auf Anweisung des ärztlichen Leiters – anvertraut ist, und welcher geeigneten Kranken Unterrichtsstunden erteilt, [...] die Fürsorge für das [...] geistige Gedeihen der Anstaltskranken erhöht.“³⁶⁸

Mit der Sorge um das „religiöse Bedürfnis der Kranken“ wird im Anstaltsprospekt³⁶⁹ genauso für Kennenburg geworben wie mit der „reichhaltige[n] Bibliothek“, einer Kegelbahn oder dem großen Garten. Sofern die Ausübung der jeweiligen Religion für die Patient/innen wichtig ist, bekommen sie Gelegenheit, dem nachzugehen. Entweder durch Besuche in den „nahegelegenen Kirchen“ oder durch „regelmässig[e] Hausandacht“ – je nach Krankheitsbild.

³⁶⁶ Nach Domeser (2004): Binswangers Privatlinik Bellevue 1886–1890, S.56.

Domeser bezieht sich hier auf Angaben aus: Meyers großes Konversationslexikon (1906).

³⁶⁷ Visitationsbericht v. 22.04.1879. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 195.

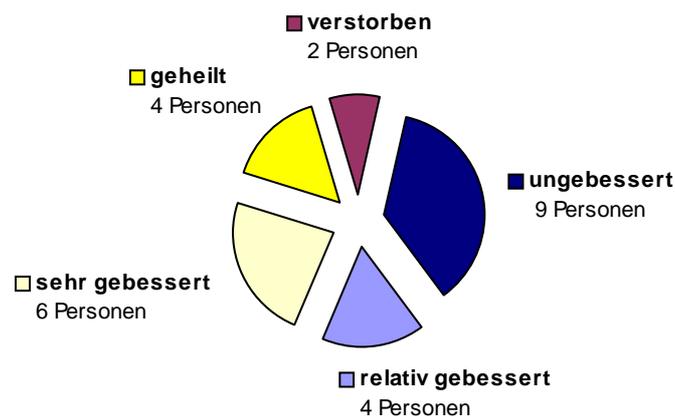
³⁶⁸ Visitationsbericht v. 29.07.1891. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 234.

³⁶⁹ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

Die Gewährung solcher ‚Freiheiten‘ gehört mit zum Kennenburger Behandlungskonzept. Mit den unterschiedlichen Behandlungsformen wird sich ausführlich das Kapitel fünf befassen. Dort wird detailliert dargestellt, wie viel Raum die Patientinnen für ihre Bedürfnisse bekamen, wie viel Einschränkungen sie in Kauf nehmen mussten und wie sie darauf reagierten. Graphik 3.5 zeigt den Erfolg, den Landerer 1886 mit seinen Behandlungsmethoden hatte.

GRAPHIK 3.5:

Zustand bei Entlassung der Patient/innen 1886 (N = 25)



Von den 48 Patient/innen, die sich während des Jahres 1886 in Kennenburg aufhalten, verlassen 25 die Anstalt. Bei zweien endet der Aufenthalt letal – ohne Suizid, neun werden ungebessert meist in andere Anstalten oder in Privatpflege verlegt. Konservativ gerechnet hat Landerer – wenn man die recht schwammige Kategorie der relativen Besserung einmal beiseite lässt – bei 10 Personen, also bei 40% der Entlassenen, einen Behandlungserfolg. Diagnostisch zählen zu den Erfolgen überwiegend heute so genannte affektive Störungen wie Melancholie, Manie sowie vier Fälle von Aufregung bzw. Tobsucht, zwei davon mit dem Zusatz „*periodische*“. Damit liegt Landerer in Kennenburg hinter den Erfolgen des schweizerischen Bellevue, das „*ein Großteil der Patienten*“, wie Kaspar Domeyer schreibt, „*geistig oder zumindest körperlich gebessert verließ*“.³⁷⁰ Ob das an der Schwere der unterschiedlichen Krankheitsbilder – im Bellevue wurden vergleichsweise mehr neurotisch gestörte Patient/innen behandelt – oder an unterschiedlichen Behandlungskonzepten lag, lässt sich im Nachhinein nicht mehr beurteilen. Sicher ist jedoch, dass sowohl Kennenburg wie auch das Bellevue mit ihren Heilungs- bzw. Besserungsquoten deutlich über den Ergebnissen staatlicher Heilanstalten lagen, die, wie in Kapitel zwei bereits angeführt wurde, in der Regel meist eine Heilungsquote von unter zehn Prozent aufwiesen.³⁷¹

³⁷⁰ Domeyer (2004): Binswangers Privatklinik Bellevue 1886–1890, S.69.

³⁷¹ Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 120. Brink bezieht sich hier auf Angaben Hermann Grunaus für Preußen. Häfner zitiert für das Jahr 1886 aus dem Jahresbericht der Kreisirrenanstalt München: Genesen 10,1%, Gebessert 27,2%; Häfner (2008): Ein König wird beseitigt, S. 302.

Zum Abschluss dieses Teilkapitels über die Patientinnen und Patienten des Jahres 1886 noch einmal zu den Kosten, die den Angehörigen der Kranken für den Aufenthalt entstehen. Im ersten von Landerer vermutlich Mitte der 1880er Jahre aufgelegten Prospekt heißt es: *„Der niedrigste Pensionspreis beträgt monatlich 150 M.“*³⁷² Das wären etwa 5 M. täglich. Dagegen nennt ein Visitationsbericht 1887 einen Preis von *„durchschnittlich 12 M. täglich“*³⁷³. Das wäre auch exakt der Betrag, den Radkau für das Bellevue nennt: *„In »Bellevue« kostete ein Einzelzimmer mit ärztlicher Behandlung um 1900 12 Mark pro Tag“*³⁷⁴, schreibt er dazu. 1894 nennt ein Kennenburger Visitor den Betrag von *„5-10 Mark pro Tag Alles in Allem“*³⁷⁵. Das wäre ein realistisch erscheinender Mittelwert, den auch Briefe von Angehörigen bestätigen. Für das Jahr 1886 finden sich in Patientenakten Überweisungsangaben von 200 Mark³⁷⁶, und auch der Prospekt von 1900 nennt die monatliche Summe von 200 Mark – allerdings als Minimal-Pensionsatz und *„unter Ausschluss jeder Nebenrechnung“*³⁷⁷.

Um sich eine bessere Vorstellung über das Preisniveau machen zu können, lohnt es sich, den Spitzentagesatz von 12 Mark einmal – vorsichtig – in Bezug zum Euro zu setzen: 1886 verdient ein guter, männlicher, erwachsener Tagelöhner in Esslingen 2,20 Mark am Tag³⁷⁸ – also 18% des Pensionspreises. Legt man nun für eine grobe Schätzung die aktuellen Tarifentgelte der Südwest-Metall aus dem Jahr 2009 zu Grunde,³⁷⁹ kann man einen vergleichbaren Stundenlohn von ca. 15 Euro und damit einen Taglohn von ca. 100 Euro annehmen und so weiter auf einen heutigen Pensionspreis von 556 Euro pro Tag schätzen. Rechnet man mit den Angaben von 5 bis 10 Mark pro Tag, so käme man mit den gleichen Vergleichsangaben auf einen aktuellen Pensionspreis von 227 bzw. 455 Euro. Monatlich würde Kennenburg so zwischen 6.818 und 13.636 Euro kosten. Maximal sogar 16.667 Euro, obwohl dieser Spitzenwert nicht als Durchschnitt, sondern eher als Ausnahme erscheint. Natürlich sind dies nur ganz ungefähre Werte, da der Taglohn heute keine gebräuchliche Angabe mehr ist. Aber ein Tagessatz von mehreren hundert Euro für eine Privatklinik mit den entsprechend hohen Personal- und Betriebskosten erscheint durchaus realistisch. Dazu abschließend noch einmal einen Visitationsbericht aus dem Jahr 1894:

*„Wenn man den Kapitalaufwand auf das ganze Anwesen in Betracht zieht, sodann das an Wohnung u. Verpflegung Gebotene u. das reichlich vorhandene Dienstpersonal im Gegensatz zur kleinen Krankenzahl, so begreift man, daß eine Herabsetzung der angegebenen Pensionspreise unmöglich ist.“*³⁸⁰

³⁷² Erster Prospekt Landerers. Vermutl. Mitte d. 1880er Jahre. Stadtarchiv Esslingen, Bestand HAK 4.

³⁷³ Visitationsbericht v. 02.11.1887. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 220.

³⁷⁴ Radkau (1998): Das Zeitalter der Nervosität, S. 78.

³⁷⁵ Visitationsbericht v. 27.10.1894. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 240.

³⁷⁶ Akte Rindfuss, Brief d. Ehefrau v. 04.02.1886.

³⁷⁷ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

³⁷⁸ Württembergische Jahrbücher für Statistik und Landeskunde (Jahrgang 1887), S. I. 158.

³⁷⁹ Insgesamt führt die Südwest-Metall 17 Entgeltgruppen. Von der Entgeltgruppe 1 (1873,50 Euro) bis Entgeltgruppe 17 (4721,50 Euro) gerechnet jeweils für eine 35h Woche gültig ab 01.05.2009.

³⁸⁰ Visitationsbericht v. 27.10.1894. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 240.

3.3 Kennenburg nach Dr. Landerer (1907-1941)

Wie zu Beginn dieses dritten Kapitels beschrieben, kauft Landerer die Anstalt Mitte der 1870er Jahre in einem maroden Zustand, baut sie mehrere Jahre lang komplett um und macht aus Kennenburg schließlich eine florierende Heilanstalt für die gehobenen Stände. 1886, in dem Jahr, das auf den vergangenen Seiten querschnittartig vorgestellt wurde, steht Kennenburg – noch – in seiner Blüte. Die ersten eineinhalb Jahrzehnte sind Landerers besten Jahre: Die Visitationsberichte sind jedes Mal voll des Lobes, das Haus ist gut belegt, und Landerer steht seiner eigenen Privatanstalt souverän als Besitzer und ärztlicher Direktor vor. Diagnostisch und therapeutisch setzt er vielleicht keine Glanzlichter, obwohl die neu eingerichtete Überwachungsabteilung immerhin als „erste ihrer Art in Deutschland“³⁸¹ gilt, aber er bewegt sich sicher im medizinischen Standard seiner Zeit. Baulich dagegen setzt er in Kennenburg ganz sicher Akzente. Die Visitatoren werden nicht müde, die Anlagen zu loben. Mit Beginn der 1890er Jahre scheint Landerer allerdings seinen Schwung und seine Energie in der Anstaltführung verloren zu haben. Was im Einzelnen nicht in Ordnung ist, lässt sich nicht einmal genau sagen, aber aufgrund einiger Details drängt sich doch der Eindruck auf, als verlöre Kennenburg von seinem Glanz. Dies beschreibt auch ein Stuttgarter Medizinalrat, der Kennenburg 1891 erstmalig besucht:

„Was den Allgemeineindruck anbelangt, den ich bei diesem ersten Besuche meinerseits von Kennenburg empfang, so gestehe ich, etwas enttäuscht gewesen zu sein. Nach den Schilderungen der Visitatoren früherer Jahre hatte ich nach manchen Seiten hin wenigstens mehr u. Feineres erwartet. Die Lage der Anstalt freilich ist eine vortreffliche, die Gärten [...] sorgfältig gepflegt, die zu gemeinsamer Benützung dienenden Räume von einnehmender Eleganz. Aber auf den Abtheilungen selbst ist an manchen Dingen, so besonders an den Treppen u. in den Gängen die Zeit eben nicht spurlos vorübergegangen u., um Ansprüchen ersten Ranges genügen zu wollen, würde sich die Anstalt zu verschiedenen baulichen Reperaturen entschließen müssen. Vom bloß hygienischen Standpunkt aus [...] ist jedoch der Zustand der Anstalt noch ein durchaus genügender.“³⁸²

Von der rein hygienisch-medizinischen Seite ist alles in Ordnung. Der Visitor hat keinerlei Anlass zur Mahnung, und doch bleibt ein schaler Beigeschmack – eine Enttäuschung. Kennenburg müsste investieren, um wieder den „Ansprüchen ersten Ranges“ zu genügen. Doch Landerer hat zu dieser Zeit an Kraft verloren. Im Juni 1893 wird er fünfzig Jahre alt. Seine Ehe bleibt kinderlos. Ein Nachfolger, ein Sohn, der jetzt bei ihm lernen und wie er selbst in einer Anstalt aufwachsen könnte, fehlt. Landerer reduziert immer mehr. Ab 1892 nimmt er nur noch weibliche Kranke auf. Nach wie vor pflegt er zwei Dauerpatienten, neue männliche Kranke aber kommen nicht mehr dazu. Kennenburg fällt für ein paar Jahre in einen ‚Dornröschenschlaf‘. Ein Visitationsbericht bringt diesen Eindruck Mitte der 1890er Jahre auf den Punkt: Die Anstalt „lebt fort, gedeiht aber nicht weiter“.³⁸³

³⁸¹ Krauß (1940): Kennenburg, S. 31.

³⁸² Visitationsbericht v. 15.10.1891. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 237.

³⁸³ Visitationsbericht v. 26.10.1895. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 245.

Als Landerer im Februar 1894 den Titel „Hofrat“ verliehen bekommt, wird damit wohl eher seine *„langjährige verdienstvolle und ersprießliche Wirksamkeit“* als seine aktuelle Leistung gewürdigt.³⁸⁴ Die beschränkt sich nämlich eher auf die Bewältigung zahlreicher Ärgernisse:

So deckt beispielsweise ein Brandschutzgutachten des *„Landesfeuerlöschinspektors“*³⁸⁵ im Winter 1891 Sicherheitsmängel in Kennenburg auf und beschäftigt Landerer monatelang. Ärgerlich versucht er sich beim Medizinalkollegium gegen die seiner Meinung nach unsinnigen Vorschläge zu wehren, aber erst nach vielem Hin und Her ist das Kollegium zufrieden und legt den Fall zu den Akten. Wenig später dann werden verfaulte Balken in den Sockeln der Treppentürme ausgemacht. Der weiche Sandstein hat Feuchtigkeit durchgelassen.³⁸⁶ Und als wäre es damit noch nicht genug, erhängt sich auch noch ein Angestellter: *„Ein Anstaltsbediensteter, der erst seit Kurzem angestellte Postbote hat sich in dem Hauptgebäude der Anstalt durch Erhängen ums Leben gebracht – Motive unbekannt“*³⁸⁷, so ein Visitationsbericht aus dem Jahr 1896. Fast scheint es so, als hätte Landerer in den 1890er Jahren enorm zu kämpfen – allein um den hohen Standard Kennenburgs zu halten. Sorgen bereiten ihm auch die sinkenden Patientenzahlen. Im Februar 1897 zählt ein Visitor nur noch fünfzehn Patientinnen und Patienten – dreizehn weibliche und zwei männliche: *„Der niedere Krankenstand dürfte wohl in Zusammenhang zu bringen sein mit dem allgemeinen Mißtrauen, welches als natürliche Folge der vielfachen öffentlichen Agitationen gegen die Anstalten sich allmählich im Volke festgesetzt hat“*³⁸⁸, schreibt er in seinem Bericht. Vermutlich denkt Landerer irgendwann in diesen 1890er Jahren auch einmal ans Aufhören und Aufgeben seiner Anstalt. Viel ist darüber nicht bekannt, man kann dies aber aus einem Satz aus der Festschrift zum 100-jährigen Bestehen des Christophsbades schließen: Der *„Gedanke, die [...] kleine Privatanstalt Kennenburg [...] mit der großen eigenen Krankenanstalt zu verbinden, der einmal sehr nahelag, wurde nicht ernstlich weiterverfolgt.“*³⁸⁹

Hätte Landerer aufgehört, hätte seine und die Geschichte Kennenburgs wohl hier geendet – aber das tut sie nicht. Mit Beginn des 20. Jahrhunderts lebt auch Landerer noch einmal neu auf. Der Grund dafür ist meiner Meinung nach mit ziemlicher Sicherheit in der Person von Dr. Reinhold Krauß zu suchen, mit dessen Beginn als zweitem Arzt am 15. April 1900 ein ganz neuer Wind in Kennenburg weht. Sein Sohn, Dr. Paul Krauß, wird später über ihn schreiben: *„In meinem Vater, Dr. Reinhold Krauß, fand Landerer einen Nachfolger, der die Anstalt mit der ganzen Tatkraft eines unternehmungsfreudigen Temperaments weiterentwickelte.“*³⁹⁰

³⁸⁴ HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 237.

³⁸⁵ HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 226.

³⁸⁶ Visitationsbericht v. 27.08.1892. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 238.

³⁸⁷ Visitationsbericht v. 06.08.1896. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 249.

³⁸⁸ Visitationsbericht v. 01.02.1897. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 250.

³⁸⁹ Krauß & Landerer (1952): Das Christophsbad Göppingen, S. 63.

³⁹⁰ Krauß (1940): Kennenburg, S. 33.

Zwar hat Landerer noch bis Ende Juni 1907 offiziell die Anstaltsleitung inne, aber bereits mit dem Eintritt von Reinhold Krauß beginnt nach Einschätzung des Sohnes eine neue Epoche: *„Die Feststellung, daß der Aufstieg der Anstalt im ersten Jahrzehnt dieses Jahrhunderts zu einem guten Teil meinem Vater zu danken ist, ist ein Gebot historischer Treue.“*³⁹¹ Reinhold Krauß wird Kennenburg sogar noch länger prägen als sein Vorgänger. 40 Jahre lang wird er hier leben und arbeiten. Seine Geschichte in Kennenburg beginnt mit seiner Assistenzarztzeit von November 1897 bis Oktober 1898. Ursprünglich hatte er sich eigentlich eher für die Chirurgie interessiert, nach seiner Zeit in Kennenburg jedoch steht sein Entschluss fest:

*„Er verließ die Anstalt wieder, um eine gediegene psychiatrische Ausbildung zu erhalten, ging nach Heppenheim [...] später nach Heidelberg zu Kraepelin, der für sein psychiatrisches Denken auf Jahre hinaus bestimmend wurde, und kehrte am 15. April 1900 nach Kennenburg zurück. 1901 heiratete er eine Nichte Landerers, die Tochter des Sanitätsrats Dr. Landerer in Göppingen, des Leiters der Heilanstalt Christophsbad.“*³⁹²

Reinhold Krauß steigt also beruflich und privat voll in Kennenburg ein, und die Visitatoren sind begeistert: *„insbesondere ist durch die Anstellung des zweiten Arztes eine sehr tüchtige Kraft gewonnen“*³⁹³, schreibt einer, und ein anderer meint etwas später: *„Ich bin überzeugt, dass es Dr. Krauss verstehen wird, die Anstalt auf der seitherigen Höhe zu halten und ihr den Ruf zu bewahren, den sie mit Recht bis weit über die Landesgrenze hinaus genießt.“*³⁹⁴

Durch sein starkes Engagement entlastet Krauß Landerer von Anfang an. Dieser ist bei den Visitationen jetzt immer häufiger abwesend. Mal ist er auf Reisen³⁹⁵, mal bei seinen Verwandten in Göppingen³⁹⁶, mal *„auf einer Exkursion mit einem Teil der Kranken“*³⁹⁷. Krauß vertritt ihn souverän und übernimmt die Besichtigung mit den visitierenden Ärzten. Als am 1. Juli 1907 schließlich der offizielle Besitzerwechsel der Anstalt stattfindet, scheinen tatsächlich alle Seiten davon zu profitieren: Krauß, weil er jetzt eigenständig agieren, Landerer, weil er sein Lebenswerk in fähige Hände übergeben, und das Medizinalkollegium, weil es weiterhin stolz auf eine luxuriöse Privatanstalt in der Stuttgarter Umgebung sein kann: *„Unter den deutschen Privatirrenanstalten dürfte Kennenburg weit obenanstehen.“*³⁹⁸

Nach dem Wechsel tauschen die beiden Ärzte lediglich ihre Wohnungen³⁹⁹, und Landerer bleibt bis zu seinem Tod im Oktober 1915 in Kennenburg wohnen. Gelegentlich findet sich in den Akten noch seine Handschrift, aber er scheint sich doch sehr zurückgezogen zu haben.

³⁹¹ Krauß (1940): Kennenburg, S. 33.

³⁹² Ebd.

³⁹³ Visitationsbericht v. 30.08.1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 277.

³⁹⁴ Visitationsbericht v. 06.05.1907. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 313.

³⁹⁵ Visitationsbericht v. 18.04.1905. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 299.

³⁹⁶ Visitationsbericht v. 07.04.1901. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 280.

³⁹⁷ Visitationsbericht v. 06.07.1904. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 297.

³⁹⁸ Visitationsbericht v. 16.04.1907. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 312.

³⁹⁹ Visitationsbericht v. 06.05.1907. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 313.

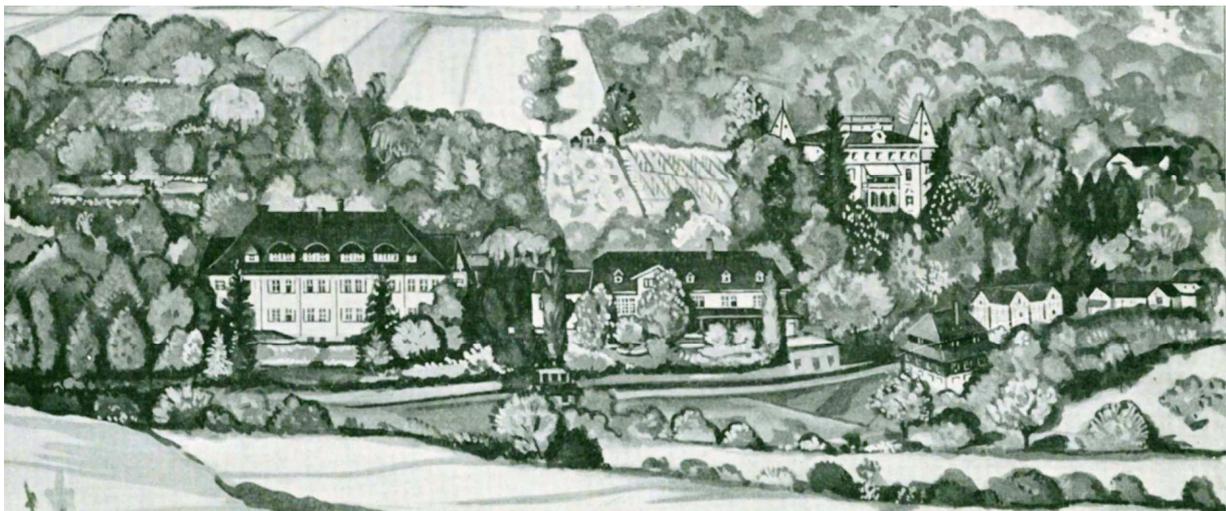
Krauß und seine Frau dagegen machen nun „den Auf- und Ausbau des Hauses zu ihrer Lebensaufgabe“.⁴⁰⁰ Während Reinhold Krauß, nach Aussage seines Enkels, in der Familie als „sehr bescheiden“ galt, legte seine Frau großen Wert auf Repräsentation: „Sie war schon eine echte Dame“, so erzählte mir Dr. Burkhard Krauß, „sie war sehr repräsentativ“.⁴⁰¹

Wie Landerer drei Jahrzehnte zuvor so widmet sich nun Krauß neuen Bauprojekten. Zunächst erweitert er das bestehende Unterhaus um eine neue Überwachungsabteilung. Dann kauft er westlich des Unterhauses ein großes Grundstück hinzu und baut dort ein „Gebäude für die neu gegründete Männerabteilung [...] ein formschöner, schlichter Bau, bei dessen Einrichtung auf besondere Wohnlichkeit und Behaglichkeit gesehen [...] wurde“⁴⁰². Vermutlich ist das Patientenfoto in Abb. 3.9.a) vor diesem neuen Haus entstanden.

ABBILDUNG 3.11:

Erweiterung durch Dr. Reinhold Krauß:

Linke Bildhälfte: neues Männerhaus / Bildmitte: umgebautes ehemaliges Unterhaus



Ab 1910 nimmt Krauß in dem abgebildeten neuen Männerhaus wieder männliche Kranke auf, die Aufnahmezahlen steigen damit bis 1911 „um fast 100 Prozent“⁴⁰³ und bis 1912 vergrößert er die Anstalt auf 76 Betten und damit fast um das Doppelte.⁴⁰⁴ Auch aus medizinischer Sicht ist Krauß für Kennenburg ein Gewinn. Nach Ansicht seines Sohnes, dem späteren Anstaltsleiter Paul Krauß, ist es seinem Vater zu verdanken, dass „Ende der 90er Jahre [...] die Kraepelin'sche Systematik auch in Kennenburg Fuß“ fassen konnte.⁴⁰⁵ Diagnostisch, so ist zu vermuten, erweitert Reinhold Krauß das Spektrum erheblich.

⁴⁰⁰ Krauß (1940): Kennenburg, S. 33.

⁴⁰¹ Krauß (2008): Gesprächsnotizen.

⁴⁰² Krauß (1940): Kennenburg, S. 34.

⁴⁰³ Ebd., S. 37.

⁴⁰⁴ Ebd., S. 34.

⁴⁰⁵ Ebd., S. 31.

Krauß bildet sich weiter, lernt Hypnosetechniken, ist fasziniert von Psychotherapie und tiefenpsychologischen Zusammenhängen. Offenbar lernt er auch Freud einmal kennen, aber *„auch die persönliche Berührung mit Freud brachte keine Annäherung“*.⁴⁰⁶ Dennoch setzt Krauß sich schon früh mit dessen Theorien auseinander und erkennt manche seiner Lehren *„z.B. die von der Verdrängung, der Konversion, der Projektion, der Regression, dem Wiederholungszwang usw.“* auch an. *„Aber die Katharsis blieb die Methode der Wahl.“*⁴⁰⁷ Über diese kathartische Methode finden sich auch zahlreiche handschriftliche Gesprächsprotokolle in den Akten.

Krauß hatte im Kaiserreich mit seiner Arbeit begonnen. Er erlebt zwei Weltkriege, soziale Umbrüche, Weltwirtschaftskrisen, Hunger und Brände in Kennenburg. Er experimentiert mit neuen Therapietechniken, muss nach der Inflation mit einem weniger zahlungskräftigen Klientel gestiegene Unkosten begleichen und versucht mit eher neurotischen Patient/innen die Aufnahmedichte zu erhöhen und gleichzeitig die Aufenthaltsdauer zu verkürzen. Im Jahr 1928 benennt er die Anstalt um in *„Privatlinik Kennenburg“*.⁴⁰⁸ 1931 verliert Krauß seinen langjährigen, geschätzten Oberarzt Tuczek nach schwerer Depression durch Bahnsuizid. Daraufhin fängt sein Sohn Paul als Oberarzt bei ihm an.⁴⁰⁹

Vater und Sohn sind mit dem Euthanasieprogramm der Nazis konfrontiert. Die berühmten grauen Busse halten auch vor Kennenburg. Sechs Männer und drei Frauen werden Opfer.⁴¹⁰ Reinhold Krauß zieht sich im Juni 1940 offiziell zurück und übergibt die Leitung an Paul.⁴¹¹ Genau ein Jahr später, zum 30. Juni 1941, stellt Paul den klinischen Betrieb ein und verkauft die gesamte Privatlinik der Stadt Esslingen.⁴¹² Die Gründe dafür sind nicht weiter bekannt. Mit diesem Verkauf endet vorerst die 100-jährige Geschichte der Heilanstalt Kennenburg. Allerdings geht die Klinikgeschichte weiter. Nach dem Verkauf richtet die Stadt Esslingen im:

*„Hauptgebäude ein Altersheim, im Unterhaus das sogenannte Hilfskrankenhaus für Hals-, Nasen-, Ohren- und Augenleiden und im Herrenbau eine Frauenklinik ein, in der bis 1968, also mehr als eine Generation lang, die Esslinger das Licht der Welt erblickten. Anfang bis Mitte der siebziger Jahre wurden mit Ausnahme des Waschhauses alle ehemaligen Anstaltsgebäude abgerissen. Obwohl das baden-württembergische Denkmalschutzgesetz 1972 in Kraft trat, konnte es – angeblich aufgrund der fortgeschrittenen Planungen für das neue Altenzentrum – den Abriß selbst des Anstaltshauptgebäudes nicht verhindern.“*⁴¹³

Die historischen Anstaltsgebäude wurden in den 1970er Jahren also komplett abgerissen.

⁴⁰⁶ Ebd., S. 42.

⁴⁰⁷ Ebd.

⁴⁰⁸ Ebd., S. 39.

⁴⁰⁹ Brief v. 30.09.1931. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 394.

⁴¹⁰ Im Juni 2009 ist am historischen Anstaltsgemäuer des heutigen Geriatriischen Zentrums Esslingen-Kkenenburg eine Gedenktafel für die sechs Männer und drei Frauen angebracht worden, die im November 1940 Opfer der ‚T4 Euthanasie-Aktion‘ wurden.

⁴¹¹ Brief v. 10.06.1940. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 410.

⁴¹² Brief v. 13.05.1941. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 414.

⁴¹³ Kenner (1991): Kennenburg in alten Ansichten, Text zu Abb. 23.

Dr. Reinhold Krauß stirbt 1951, sein Sohn Paul, der nach dem Verkauf Kennenburgs als Arzt ins Christophsbad Göppingen wechselt, 1990. Dessen Sohn Dr. Burkhard Krauß, Enkel von Reinhold Krauß und Agnes Landerer, Ur-Enkel Gustav Landerers, der die Göppinger Anstalt nach dem Tod des Vaters 1877 mit seinen Brüdern übernahm, und Ur-Groß-Neffe Dr. Paul Landerers leitete selber jahrzehntelang als ärztlicher Direktor und Geschäftsführer das Christophsbad Göppingen. Die 1852 von Heinrich Landerer gegründete Anstalt, die Paul Landerer als ältester Sohn hätte übernehmen können, existiert bis heute. Dagegen sind von der 100-jährigen Anstaltsgeschichte Kennenburgs lediglich *„das runde Bassin [...], der Springbrunnen, der danebenstehende kleine Pavillon, ein kleines Stück Terrassenmauer mit drei (zugemauerten) »Katakomben« und ein Teil des alten Baumbestandes [geblieben].“*⁴¹⁴ Das sind die nüchternen architektonischen Reste einer ganzen Epoche. Doch zu den ‚Resten‘, die geblieben sind, zählen auch die 15,3 Regalmeter Krankenakten aus dem Ludwigsburger Staatsarchiv, die in den folgenden Kapiteln detailliert ausgewertet werden sollen.

⁴¹⁴ Ebd.

4. Empirische Untersuchung

Mit dem dritten Kapitel endet vorerst die historische Darstellung der Heilanstalt Kennenburg. Cornelia Brink macht in ihrer Habilitation auf einen typischen Bias aufmerksam: *„diejenigen, die zufrieden mit ihrer Behandlung waren, äußerten sich seltener öffentlich als die Kritiker.“*⁴¹⁵ Um trotz dieser Verzerrung zu einem ausgewogenen Urteil zu kommen, sollen vor der detaillierten Analyse einzelner Krankenschicksale im fünften Kapitel die Akten für diese Einzelfalluntersuchung zunächst mit rein statistischen Methoden ausgewählt werden. Erst im fünften Kapitel also wird Kennenburg wieder als sozialer Raum mit seinen Protagonisten thematisiert. Davor steht die nüchterne Aktenauswahl. Die Historiker Best und Schröder beschreiben das häufig gewählte Vorgehen historischer Arbeiten folgendermaßen:

*„Die herkömmliche Vorgehensweise des Historikers lässt sich pointiert folgendermaßen zusammenfassen: Er legt für die Untersuchung einen historischen Problembereich fest, bestimmt den für seine Fragestellung geeigneten Quellentyp, reflektiert die tatsächliche Quellenlage und bearbeitet nach Maßgabe der historischen Quellenkritik (zumindest grundsätzlich) alle verfügbaren Quellen. »Irgendwie« lassen sich Quellenbasis und historische Realität zur Deckung bringen, die Probleme von Repräsentativität und Selektivität von Quellen werden gewöhnlich am Rande in kasuistisch-deskriptiver, nicht aber in statistischer Form thematisiert.“*⁴¹⁶

Genau dieses „Irgendwie“ soll in dieser Arbeit aber vermieden werden! Deswegen wurde zunächst auch der gesamte Bestand der Kennenburger Krankenakten von mir erfasst. Aufgrund der Gesamterfassung der Grundgesamtheit von 2218 Krankenakten und damit fast 97% aller Aufnahmen können jetzt die Quellen mit dem Ziel maximaler Repräsentativität ausgewählt werden. Zu erreichen ist dieses Ziel mit Hilfe einiger statistischer Basistechniken.

4.1 Stichprobe

Der gesamte gefundene Quellenbestand von 2218 Krankenakten der Jahre 1876 bis 1931 stellt meine Grundgesamtheit oder Population dar. Wie in der Einleitung zu Graphik 1.3 bereits beschrieben, grenze ich diese Grundgesamtheit zunächst auf die Akten aus der Zeit Dr. Landerers von 1876 bis 1907 und dann noch einmal ausschließlich auf seine insgesamt 410 Frauenakten ein. Diese Frauenakten bilden damit meine neue Grundgesamtheit. Allerdings ist auch diese neue Population noch immer viel zu umfangreich, um im Einzelnen ausgewertet werden zu können. Außerdem sind nicht alle Akten gleich aussagekräftig. Best und Schröder nennen dies eine *„doppelte Problemstellung“* der historischen Sozialforschung: *„Einerseits liegen historische Quellen oft unvollständig, d. h. nur in Auswahl vor, andererseits muss oft aus den vorliegenden historischen Quellen eine Auswahl getroffen werden.“*⁴¹⁷

⁴¹⁵ Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 34.

⁴¹⁶ Best & Schröder (1988): Quantitative historische Sozialforschung, S. 253.

⁴¹⁷ Ebd.

Folgende zwei Herausforderungen müssen also bewältigt werden: Einerseits liegen mit den 410 Patientinnenakten aus der Zeit Landerers teilweise völlig unvollständige Quellen, beispielsweise fast leere Akten vor; andererseits soll aus ihnen aber dennoch eine repräsentative Auswahl getroffen werden. Die Frage ist nun, wie dies gelingen kann?

Das Problem der Unvollständigkeit lässt sich nicht alleine auf die Materialmenge reduzieren. Eine Krankenakte wird nicht dadurch vollständiger, dass sie möglichst dick, dicht und vielversprechend erscheint. Zu fragen ist, welche Kriterienlogik die Vollständigkeit definiert.

Ich habe mich entschieden, die Frage im Sinn statistischer Vergleichbarkeit zu beantworten. Für mich ist wichtig, dass die Krankenakten – bei aller Individualität – einen vergleichbaren ‚Mindeststandard‘ aufweisen. Damit soll gewährleistet werden, dass nach der Selektion eine inhaltliche Arbeit mit einer Akte sinnvoll und möglich ist und nicht nur eine nahezu leere Hülle gezogen wird. Daher habe ich den *Aufnahmebogen* als Kriterium *sine qua non* gewählt. Die sich daraus ergebende Selektion wird nun im Folgenden genauer beschrieben.

4.1.1 Selektionskriterien

Je schärfer die Auswahlkriterien gewählt werden, umso mehr Akten fallen durchs Suchraster. Es gilt, die Mitte zu finden zwischen statistischer Vergleichbarkeit und gegebener historischer Unvollständigkeit der Aufnahmebögen. Eine vollständige ‚Ideal-Akte‘, wie sie etwa bei Marie Bauscher in der Einleitung vorgestellt wurde, scheint eher eine Ausnahme zu sein.

Aus dem vorangegangenen Schritt der Gesamterfassung sind bereits alle Namen, Aufenthaltsdaten und historische Signaturen bekannt. Akten oder Bögen mussten dazu nicht einmal unbedingt vorhanden sein, für diesen ersten Schritt reichten auch Randnotizen oder verwaiste Aktendeckel aus. Mit der Auswahl der Aufnahmebögen handelt es sich jetzt dagegen um die Vorbereitung statistischer Vergleichbarkeit auf der inhaltlichen Ebene. Schließlich erwiesen sich folgende vier Kriterien für eine weitere Selektion als realisierbar:

- (1) Alter
- (2) Familienstand
- (3) Anamnese
- (4) Verlaufsprotokoll

Diese vier Informationen bilden für mich die absolut grundlegenden Mindeststandards. Anamnese und Verlaufsprotokoll sind zwei inhaltliche Kriterien des Aufnahmebogens, die dem Aufenthalt in Kennenburg erst Gestalt geben; Alter und Familienstand dagegen sind zwei quantitative Kriterien, die sich in der Regel immer aus dem ‚Kopf‘ des Aufnahmebogens ablesen lassen und die Patientinnen-Population statistisch vergleichbar machen.

Mit Anamnese [griech. = Erinnerung] ist die Schilderung der bisherigen Krankengeschichte bis zum Zeitpunkt der Aufnahme gemeint. Üblicherweise werden bis heute in der Anamnese etwa die erblichen Vorbelastungen in einer Familie [Heredität], sonstige Krankheiten, prägende Lebensereignisse, mögliche Unfälle oder alle anderen somatisch/seelischen Einflussgrößen auf den momentanen Gesundheitszustand von Patient/innen erfragt.

Mit Verlaufsprotokoll sind sowohl die Schilderung des aktuellen Krankheitszustandes gemeint – auch „*status*“, „*status praesens*“ oder „*status receptionis*“ genannt – als auch die daran anschließenden Einträge über den Verlauf des Aufenthaltes. Diese Einträge sind je nach Ereignisdichte unregelmäßig und mitunter von verschiedenen Ärzten geführt; zusammen mit der Anamnese bilden sie aber das inhaltliche Herzstück der Krankenjournalen. Hier finden sich Auffälligkeiten, Behandlungsmethoden sowie Reaktionen der Patientinnen.

Für die Selektion habe ich mich somit für zwei quantitative und zwei qualitative Kriterien entschieden. Liegt eine dieser vier Informationen nicht vor und kann auch durch noch so intensive Recherche nicht ermittelt werden, handelt es sich damit um einen unvollständigen Datensatz, der für eine weitere Bearbeitung nicht mehr berücksichtigt wird. Das heißt, diese Aufnahme kann beispielsweise in einer Stichprobe nicht gezogen werden und spielt für alle weiteren inhaltlichen Untersuchungen bzw. statistischen Berechnungen keine Rolle mehr.

4.1.2 Von den Geschichten zur Geschichte

Es mag hart erscheinen, einmalige Quellen für die weitere inhaltliche Arbeit auszusortieren, nur weil eine einzelne Angabe fehlt – und es stimmt, es verlangt viel Überwindung, Akten zuzuklappen und zur Seite zu legen, einfach, weil sie nicht in ein bestimmtes Raster passen, weil vielleicht ein gestresster Arzt eine einzelne Angabe vergessen hat.

Ich habe diesen Schritt *von den Geschichten zur Geschichte genannt*, denn spannende und packende Geschichten gäbe es von Kennenburg viele zu erzählen: beispielsweise von einem Professor für orientalische Sprachen, der seine Tochter sexuell begehrt und damit einen Familienskandal auslöst, von einer Hausfrau, die sich aus Geldsorgen nachts an einem Türgewinde erhängt, von einem Junggesellen, der einen Ausflug nach Stuttgart unternimmt und sich dort vom Bahnhofsturm stürzt oder von einer Mutter, die sich gemeinsam mit ihrer Tochter vergiftet, weil sie es nicht erträgt, dass die Tochter vor der Ehe intimen Verkehr mit deren Freund hatte und dieser der Tochter dann aber untreu wird.⁴¹⁸

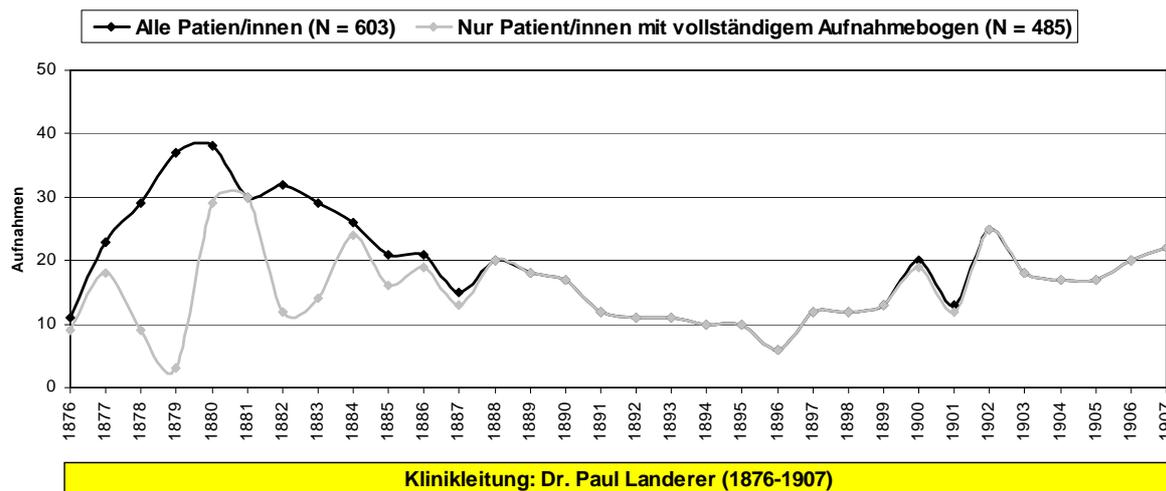
Aber das alles sind eben nur Geschichten, die ein vermischtes ‚Sammelsurium‘ darstellen. Um daraus wissenschaftlich nachvollziehbare Ergebnisse im Sinne der historischen Sozialwissenschaft zu extrahieren, braucht es vergleichbare empirische Daten.

⁴¹⁸ Die genannten Beispiele finden sich in den Krankenakten: Ruska, Barth, Schmid, Wortsman.

Mit den Historikern Best und Schröder teile ich die Überzeugung, dass sich letztendlich „die methodische Selbstdisziplin und die Askese gegenüber der Versuchung des Spekulativen“⁴¹⁹ im Sinne einer sauberen Quantifizierung lohnen. Im Folgenden werden die wichtigsten Selektionsergebnisse zur besseren Verständlichkeit graphisch dargestellt und beschrieben.

GRAPHIK 4.1:

Anzahl Gesamtaufnahmen vs. daraus selektierte Akten mit verwertbarem Aufnahmebogen



Graphik 4.1 zeigt dabei die Anzahl aller 603 Aufnahmen, also sowohl der männlichen wie auch der weiblichen Patient/innen während der Klinikleitung Dr. Landerers von 1876 bis 1907, im Vergleich zu den 485 Aufnahmen, in denen die vier genannten Selektionskriterien Alter, Familienstand, Anamnese und Verlaufsprotokoll auch tatsächlich ersichtlich waren.

Es fällt auf, dass beide Graphen seit Mitte der 1880er Jahre nahezu deckungsgleich verlaufen, während sie vorher große Unterschiede aufweisen. In den ersten Jahren finden sich häufig überhaupt keine oder nahezu leere Aufnahmebögen, die außer ein paar Angaben komplett unbeschrieben geblieben sind. Da in den Visitationsberichten die untadelige Aktenführung häufig gelobt wird und somit Nachlässigkeit als Erklärung für den ungleichmäßigen Kurvenverlauf ausscheidet, könnte ein möglicher Grund schlicht technischer Art sein und in der Zuordnung der Akten liegen: Offenbar war es so, dass die Bögen oder Krankenjournalen, wie sie damals genannt wurden, gesondert geführt und erst bei Austritt der Patienten den anderen Unterlagen zugeordnet wurden. Diese Annahme stützt auch ein Visitationsbericht aus dem Jahr 1879, in dem es zu der Aktenarchivierung heißt: „die Krankenjournalen werden in einer besonderen Mappe aufbewahrt und den betreffenden Fascikeln erst beim Abgang [...] einverleibt. Sie enthalten die Anamnese und den Status [...] receptionis vollständig.“⁴²⁰

⁴¹⁹ Best & Schröder (1988): Quantitative historische Sozialforschung, S. 260.

⁴²⁰ Visitationsbericht v. 22.04.1879. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 195.

Wenn Anamnese und Status dem Visitor im Jahr 1879 also „vollständig“ – mir dagegen bei der Recherche für das gleiche Jahr 1879 meist ‚leere‘ Akten vorlagen, so spricht viel dafür, dass die abschließende Zuordnung von Aufnahmebögen oder Krankenjournalen mit den anderen Unterlagen nicht stattgefunden hat. Bei vielen Akten fehlen nämlich genau nur die Krankenjournale, während die Faszikel, also die anderen Dokumente, vorhanden sind. Ein weiterer Grund für die großen Anfangsschwankungen könnte auch mit der Aktenführung durch die Assistenzärzte zusammenhängen. Diese führen die Akten, wie ein Visitor 1894 schreibt, zwar meist recht umfassend, weil sie seiner Meinung nach einfach Zeit hatten: *„Es hängt dies wohl damit zusammen, daß sich der Besitzer u. leitende Arzt trotz der Kleinheit des Krankenstandes einen ständigen Assistenzarzt hält, dessen Zeit ausgefüllt sein will“*⁴²¹. Aber in den Anfangsjahren hat Landerer noch keinen ständigen Assistenzarzt angestellt. Den ersten Assistenzarzt beschäftigt er erst ab Mai 1880. Bis dahin führt er die Journale selbst, scheint aber bei all seinen übrigen Pflichten als Besitzer und Chefarzt Kennenburgs häufig damit überlastet zu sein. Dieses Versäumnis wird dann auch prompt bei der allerersten Visitation der Anstalt unter seiner Leitung angemerkt. Unter die diesbezügliche Kritik des Visitationsberichts von 1877 setzt Landerer folgende Entschuldigung:

*„Die Unterlassung der regelmäßigen Journalführung in den letzten Wochen bittet Obiger mit in dieser Zeit vorhanden gewesener geschäftlicher Überbürdung – namentlich aus Anlaß des Abschlusses der Bauarbeiten – gütigst zu entschuldigen. Das Fehlende wird sofort nachgetragen werden; auch wird in aller nächster Zeit ein nach Theorie und Praxis tüchtiger Assistent mit dem Direktor die Arbeit theilen.“*⁴²²

Bis ein „tüchtiger Assistent“ dann aber tatsächlich kommt, vergehen noch einmal fast zweieinhalb Jahre. Erst zum ersten Mai 1880 tritt Dr. Eichler⁴²³ ein und bleibt für gut zwei Jahre bis Mitte 1882⁴²⁴. Dann entsteht wieder eine Lücke, und erst ein Jahr später, „definitiv“ zu Anfang Oktober 1883, kommt wieder ein Nachfolger.⁴²⁵ Genau diese Schwankungen zeigt auch die oben stehende Graphik 4.1: Erst ein motivierter Beginn, dann ein großer Einbruch bis 1880 und schließlich eine weitere Lücke zwischen den beiden Assistenzärzten. Erst ab dem Jahr 1884 scheint die Journalführung endgültig gesichert zu sein. Den prozentualen Anteil der übrig gebliebenen Aufnahmen mit einem für die spätere Arbeit verwertbaren Aufnahmebogen gegenüber der Grundgesamtheit veranschaulicht die folgende Graphik 4.2.

Die beiden vorderen, fett gedruckten roten und blauen Balken der Graphik zeigen nun die neue Grundgesamtheit an. Statt der früheren 410 Aufnahmen bei den Frauen bleiben nach der vorher beschriebenen Selektion 351 verwertbare Akten übrig und im Vergleich dazu statt der 193 Aufnahmen bei den Männern bleiben dort lediglich 134 verwertbare Akten übrig.

⁴²¹ Visitationsbericht v. 27.10.1894. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 240.

⁴²² Visitationsbericht v. 30.08.1877. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 191.

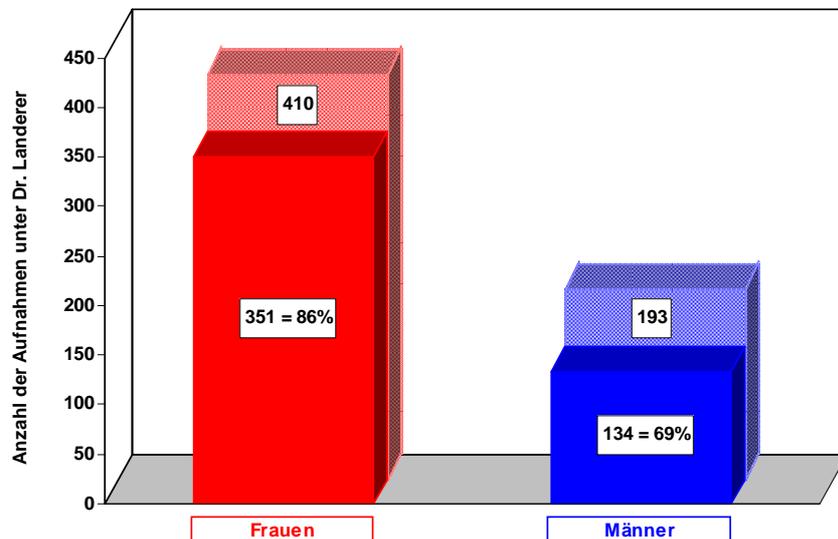
⁴²³ Visitationsbericht v. 10.05.1880. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 197.

⁴²⁴ Visitationsbericht v. 26.08.1882. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 200.

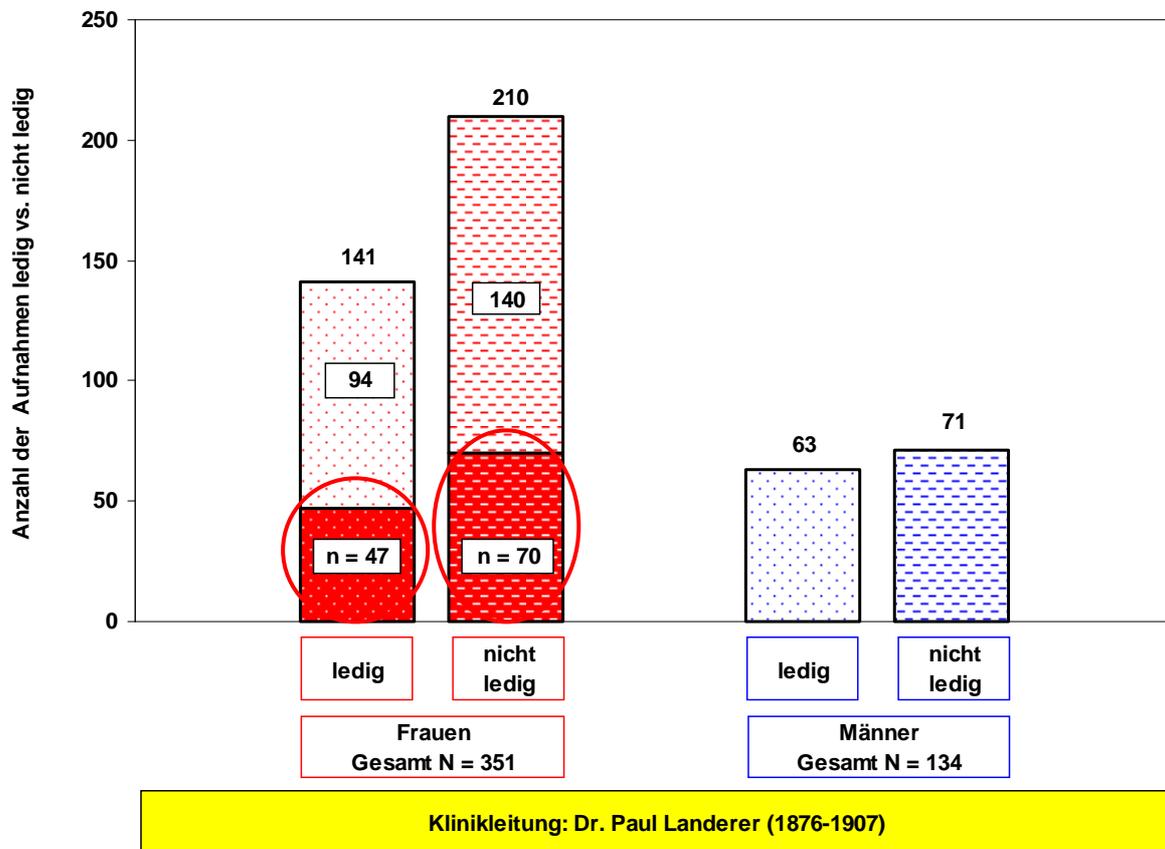
⁴²⁵ Brief Landerers v. 15.09.1883. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 240.

GRAPHIK 4.2:

Anzahl der Gesamtaufnahmen = Grundgesamtheit (hintere Balken = 100%) vs. Anteil der daraus selektierten Akten mit verwertbarem Aufnahmebogen (vordere Balken)



Allerdings zeigt der Vergleich der prozentualen Verteilung der neuen Grundgesamtheit auch den statistischen Bias, den die Männerpopulation durch die unregelmäßige Journalführung bis Mitte der 1880er Jahre aufweist. Während bei den Frauen insgesamt 86% der Akten die beschriebenen Selektionskriterien erfüllen, sind es bei den Männern 17% weniger. Es kann vermutet werden, dass ein Grund dieser Verzerrung in der Entscheidung Landerers liegt, ab 1892 keine männlichen Patienten mehr in Kennburg aufzunehmen. Dadurch bedingt, können die fehlenden Aufnahmebögen der früheren Jahre später nicht mehr kompensiert werden. Dieser statistische Bias hat Auswirkungen auf die Repräsentativität der Stichprobe. Da diese möglichst hoch sein soll, habe ich mich auch aufgrund der statistischen Verzerrung gegen einen Geschlechtervergleich entschieden und mich ausschließlich auf die Frauen-Akten aus der Aufnahmezeit Landerers konzentriert. Damit sind schon zwei Schichten der stratifizierten Stichprobe benannt: Aufnahmen unter der Leitung Landerers und weibliches Geschlecht. Eine dritte Schicht bietet sich mit der Differenzierung des Familienstands in die Kategorien ledig versus nicht ledig an. Einmal wechselt mit einer Heirat das Bezugssystem für eine Frau von ihrer Ursprungsfamilie in die Familie des Ehemannes. Zweitens wechselt mit der Heirat auch ihre Rolle von der Jungfrau zur Ehefrau und damit meistens auch zur Mutterschaft. Drittens ist zu vermuten, dass wirklich schwer gestörte junge Frauen kaum als heiratsfähig gegolten haben. Um diesen Unterschied zwischen Frauen, die irgendwann einmal in ihrem Leben die ‚Hürde‘ einer Heirat übersprungen haben, und den unverheirateten Frauen proportional abzubilden, habe ich mich für diese Differenzierung entschieden. Per Zufall kann jetzt aus den drei Schichten ein passender prozentualer Anteil gezogen werden. Graphik 4.3 auf der folgenden Seite zeigt die mit roten Kreisen markierte Stichprobe.

GRAPHIK 4.3:⁴²⁶Stratifizierte $\frac{1}{3}$ Stichprobe (Kreise) aus: Geschlecht, Familienstand und Aufenthaltszeitraum

Das Ergebnis der Stichprobenerhebung sind damit 117 Patientinnenakten, bestehend aus 47 ledigen und 70 verheirateten, verwitweten oder geschiedenen Frauen der Zeit Dr. Landerers.

4.2 Einzelfälle

Mit diesen 117 Akten wäre nun problemlos eine weitere inhaltliche Arbeit möglich – allerdings sind mehr als einhundert Akten nach wie vor zuviel für eine gezielte Einzelfall-Untersuchung, weshalb eine weitere Auswahl nötig ist. Analog zur Quellenselektion für die Stichprobenziehung folgt daher nun eine Selektion von Einzelfällen aus der Stichprobe. Auch dies soll mithilfe leicht nachvollziehbarer statistischer Schritte geschehen. Ziel der weiteren statistischen Eingrenzung ist, wie bereits erläutert, maximal mögliche Repräsentativität sowie die Bildung von Typen. Volker Sellin nennt die Typenbildung ein Verfahren, das dabei hilft, „die Mannigfaltigkeit des Gegebenen so zu organisieren, daß Erkenntnis möglich wird.“⁴²⁷

⁴²⁶ Zum technischen Ablauf der Stichprobenziehung:

Die Aufenthaltsnummern der 351 ausgewählten Patientinnen unter Dr. Landerer wurden nach ledig vs. nicht ledig getrennt und aufgelistet. Jede Liste wurde in gleich große ‚Lose‘ zugeschnitten, in eine Urne gegeben, dort sehr gründlich durchgemischt und dann per Zufall von einer nicht mit den Nummern vertrauten Person ‚blind‘ (mit verbundenen Augen) aus der Urne gezogen, bis die Zahl des vorher festgelegten Drittels (47 Aufnahmen ledig vs. 70 Aufnahmen nicht ledig) erreicht war.

⁴²⁷ Sellin (2008): Einführung in die Geschichtswissenschaft, S. 140.

4.2.1 Selektionskriterien

Auf diesem Weg Richtung Erkenntnis ist zu überlegen, ob sich in den Akten Parameter finden lassen, die, obwohl noch keine inhaltlichen Aspekte bekannt sind, bei der weiteren Selektion helfen könnten. Ein Blick auf den Kopf der Aufnahmebögen zeigt, dass hier, neben den beschriebenen Angaben wie Stand, Konfession, Alter, Ort und Beruf des Vaters oder des Mannes, in den allermeisten Fällen auch die Körpergröße sowie das Eintritts- bzw. Entlassgewicht notiert sind. Während Angaben der Diagnosen oder des Zustands bei Entlassung, wie beispielsweise geheilt, gebessert oder ungeheilt, ungebessert, leider nur unregelmäßig und auch nicht im Aufnahmekopf, sondern teils auf beiliegenden Zetteln, teils am Ende des Verlaufs, aber teilweise eben auch gar nicht erfolgen und somit kaum eine Vergleichbarkeit zulassen, scheinen Größe- und Gewichtsangaben zum standardisierten Aufnahme- und Entlass-Prozedere Kennenburgs zu gehören. Es darf spekuliert werden, dass die Veränderung des Gewichts während des Aufenthaltes für die Kennenburger Ärzte von medizinischer Bedeutung war, andernfalls hätten sie die Angaben nicht dokumentiert. Analog zu den Stichprobekriterien habe ich mich daher für vier weitere Kriterien entschieden, die die Akten erfüllen müssen, damit eine weitere inhaltliche Auswertung möglich ist:

- (1) Größe
- (2) Gewicht bei Aufnahme
- (3) Gewicht bei Entlassung
- (4) Aufenthaltsdauer

Die Kriterien sind weitgehend selbsterklärend. Unterschiedliche Angaben in Kilogramm oder Pfund bzw. Meter oder Zentimeter wurden für die Dateneingabe entsprechend vereinheitlicht und in Excel-Tabellen erfasst. Aus der Kombination von Gewichts- und Größenangaben ließen sich die BMI-Werte bei Aufnahme und Entlassung sowie die entsprechende BMI-Veränderung während des Aufenthaltes der Patientinnen in Kennenburg berechnen.⁴²⁸ Mithilfe des Datenbankprogramms Access konnten die historischen Daten unmittelbar in die Dauer des Aufenthaltes in Tagen umgerechnet werden. Diese Umrechnung war wichtig, weil die Dynamik jeder Veränderung erst durch die Relation am jeweiligen Zeitraum deutlich wird, den die Veränderung in Anspruch genommen hat. Große Zunahmen über einen Zeitraum mehrerer Jahre sind beispielsweise für die inhaltliche Interpretation weit weniger spannend als die gleiche Zunahme innerhalb weniger Monate. Um darüber hinaus noch die individuelle BMI-Relation mit einzubeziehen, wurde, wie Graphik 4.4 auf der nächsten Seite zeigt, die BMI-Differenz zwischen Aufnahme und Entlassung durch den jeweiligen Aufnahme-BMI dividiert, um so die prozentuale BMI-Veränderung jeder Aufnahme zu erhalten. Nach dieser erneuten Selektion blieben noch 103 Fälle übrig, die alle genannten Kriterien erfüllt hatten.

⁴²⁸ Body Mass Index: Definition des Gewicht-Größe-Verhältnisses [BMI = Gewicht (kg) / Größe (m)²]. Zur Verwendung des BMI als historische Methode s. ausführliche Erklärung in Anmerkung 4.

4.2.2 Von den Punkten zu den Fällen

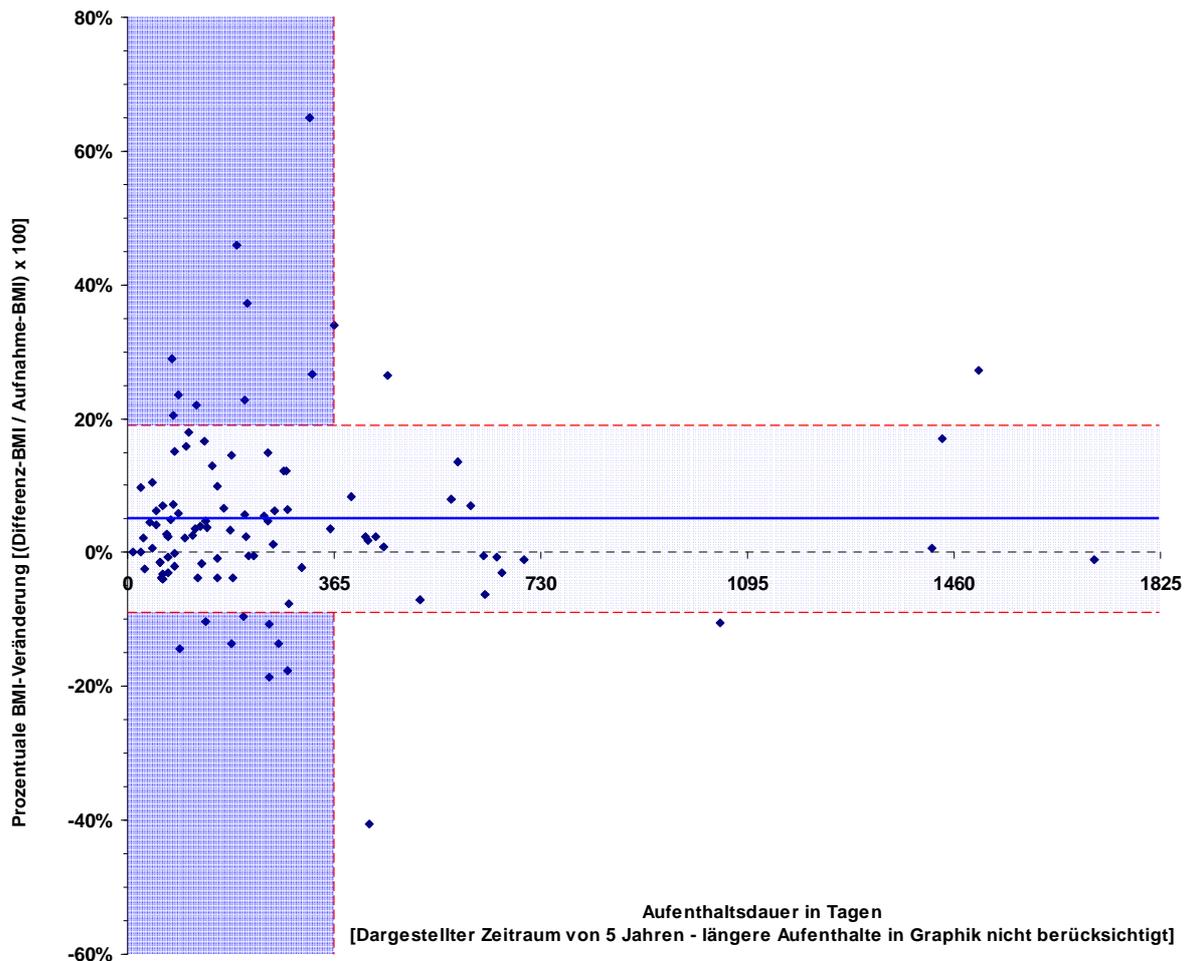
GRAPHIK 4.4:⁴²⁹

Blaue Linie: Mittelwert der Stichprobe = Ø BMI-Zunahme von 5%.

Hellblauer Balken: Normale Streuung innerhalb einer Standardabweichung = $\pm 14\%$ um Ø.⁴³⁰

Dunkelblaue Balken oben: 10 Einzelfälle ≥ 1 Std.abweichung *Zunahme* innerh. eines Jahres.

Dunkelblaue Balken unten: 8 Einzelfälle ≤ 1 Std.abweichung *Abnahme* innerh. eines Jahres.



Schritt für Schritt erläutert, markiert die blaue Linie bei 5% den Mittelwert der 103 Fälle, das heißt die durchschnittliche BMI-Zunahme dieser Patientinnen-Stichprobe in Kennenburg. Das bedeutet, dass die Mehrheit der Patientinnen während ihres Aufenthaltes leicht zunahm. Wer etwa mit einem BMI von 20 aufgenommen wurde und prozentual 5% des Eintritts-BMI zunahm, verließ Kennenburg wieder mit einem BMI von 21. Der hellblaue Querbalken zeigt die normale Streuung, die ausgehend vom beschriebenen Mittelwert bei $5\% \pm 14\%$ beträgt. Diese $\pm 14\%$ bilden die so genannte Standardabweichung – ein Maß für die Streubreite.

⁴²⁹ Insgesamt 103 Patientinnen mit vollständigen BMI-Angaben.

Hier aus technischen Gründen nicht dargestellt: 4 Frauen mit einer Aufenthaltsdauer > 5 Jahre.

⁴³⁰ Die Standardabweichung berechnet sich aus der Wurzel der Summe der quadrierten Abweichungen vom Mittelwert relativiert an der Größe der Stichprobe.

Interessant sind nun die Punkte, die außerhalb der normalen Streuung, also oberhalb beziehungsweise unterhalb der roten gestrichelten Linien im dunkelblauen Bereich liegen. Hier nun geschieht der Schritt *von den Punkten zu den Fällen*, der der statistischen Vorarbeit endlich Rechnung trägt. Diese insgesamt 18 Fälle, die außerhalb des erwartbaren Normbereichs streuen, sind es, die ich für eine weitere Einzelfalluntersuchung auswähle.

Hinter den statistischen Normabweichungen vermute ich inhaltliche Gründe, die nach der statistischen Auswahl jetzt kasuistisch aufzuarbeiten sind. Dabei habe ich mich für eine zeitliche Grenze von einem Jahr entschieden. Zwar streuen darüber hinaus noch einige Fälle außerhalb der Standardabweichung, allerdings wird ein Zusammenhang zwischen der BMI-Veränderung und dem Aufenthalt in Kennenburg immer unwahrscheinlicher, je länger der Zeitraum gewählt wird. Graphik 4.4 stellt daher auch nur den Zeitraum von fünf Jahren dar; die Gewichtsveränderungen der vier Frauen, die länger in Kennenburg blieben – in einem Fall waren es 30 Jahre – werden zwar in alle Berechnungen mit einbezogen, spielen aber graphisch und inhaltlich aufgrund der langen Aufenthaltsdauer dann keine Rolle mehr.

Es wurde bereits besprochen, dass die Bildung von Typen ein probates Hilfsmittel darstellt, *„die Mannigfaltigkeit des Gegebenen so zu organisieren, daß Erkenntnis möglich wird.“*⁴³¹ Mithilfe der Graphik 4.4 wurde die Mannigfaltigkeit der verschiedenen Fälle anhand der BMI- und Zeitvariablen so organisiert, dass sich die Bildung dreier Typen geradezu anbietet. Bereits der erste optische Eindruck zeigt zum einen die zehn Punkte in dem oberen und die acht Punkte in dem unteren blauen Balken sowie die meisten der restlichen Punkte in dem mittleren hellblauen Querbalken. Als *„logisches Hilfsmittel“* der Erkenntnis⁴³² bietet sich an, die zwei Typen mit einer besonders stark ausgeprägten Gewichtsveränderungsdynamik, sowohl was die Zu- als auch was die Abnahme in einem klar begrenzten Zeitraum anbetrifft, ganz einfach als Typ ‚Zunahme‘ beziehungsweise Typ ‚Abnahme‘ zu bezeichnen. Für den dritten Typus, zu dem alle restlichen 85 Punkte zusammengefasst werden, auch wenn vier Punkte wie beschrieben nicht abgebildet werden konnten und drei Punkte außerhalb des hellblauen Balkens liegen, bietet sich die einfache Bezeichnung des Typs ‚Durchschnitt‘ an.

Aufgrund der Auswahlkriterien ist zu vermuten, dass sich die BMI-Differenz-Mittelwerte der beiden Typen ‚Zu-‘ und ‚Abnahme‘ mit hoher Wahrscheinlichkeit signifikant vom Mittelwert des Typs ‚Durchschnitt‘ unterscheiden. Ebenso kann vermutet werden, dass der Aufnahme-BMI der ‚Zunahme‘-Frauen besonders niedrig, der der ‚Abnahme‘-Frauen aber besonders hoch im Vergleich zum ‚Durchschnitt‘ liegt. Unklar ist, ob sich die drei Typen in der Variable Alter unterscheiden. Die inferenzstatistischen Ergebnisse zeigt die folgende Tabelle:

⁴³¹ Sellin (2008): Einführung in die Geschichtswissenschaft, S. 140.

⁴³² Ebd., S. 144. Sellin bezieht sich hier auf den von Max Weber geprägten Begriff des »Idealtypus«.

TABELLE 4.1.⁴³³

T-Test der Mittelwerte

Variablen	Mittelwerte der drei Typen			T-Test
	Typ: ,Zunahme' (n = 10)	Typ: ,Durchschnitt' (n = 85)	Typ: ,Abnahme' (n = 8)	Signifikanz ,Zu'- u. ,Abnahme' zu Typ ,Durchschnitt'
Alter (Jahre)	24 ***	42	40 (n.s.)	24 zu 42 = höchsts.
BMI (Aufnahme)	17 ***	23	25 (n.s.)	17 zu 23 = höchsts.
BMI (Differenz)	+5 ***	+1	-3 ***	5; -3 zu 1 = höchsts.

Es überrascht nicht, dass sich Typ ,Zunahme' sowohl in der BMI-Differenz höchstsignifikant vom ,Durchschnitt' unterscheidet, das war nach der Auswahl der so gelagerten Punkte zu erwarten, als auch in dem relativ geringen BMI-Wert bei der Aufnahme in Kennenburg, dagegen überrascht, dass sich dieser Typ auch in der Variable Alter höchstsignifikant von den restlichen 85 Frauen unterscheidet. Während die acht Frauen des Typs ,Abnahme' im Mittel weder bei der Aufnahme als besonders übergewichtig auffallen noch altersmäßig vom Typ ,Durchschnitt' abweichen, bilden die zehn ,Zunahme'-Frauen eine Ausnahme: Bei ihrer Aufnahme sind sie im Mittel auffallend jung (Alters-Range: 14-32 Jahre), auffallend untergewichtig (BMI-Range: 14-20) und sie nehmen während ihres Aufenthaltes auffallend deutlich um durchschnittlich 5 BMI-Punkte zu. Dagegen unterscheiden sich die ,Abnahme'-Frauen lediglich – und das besagt ja auch ihre Typen-Bezeichnung – in der Abnahme um durchschnittlich -3 BMI-Punkte von den mittleren 85 Fällen. Alter und BMI-Wert bei der Aufnahme zeigen dagegen keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Typen.

Für die weitere inhaltliche Untersuchung im folgenden fünften Kapitel scheint mir der Typ der jungen, untergewichtigen Frauen mit der enormen Zunahmedynamik besonders lohnend zu sein. Grund dafür ist die Annahme, dass eine Zunahme entweder von den Patientinnen selbst oder durch Zwangsmaßnahmen aktiv herbeigeführt werden muss, während eine Abnahme schlicht durch Passivität erreicht werden kann. Nahrung kann, wenn man so will, als rudimentäres Bindeglied zwischen Anstalt und Patientinnen interpretiert werden – wie freiwillig oder bewusstseinsklar die Nahrungsaufnahme auch immer von statten geht. „[R]eichliche Ernährung“ ist Teil des diätetischen Behandlungskonzepts Kennenburgs.⁴³⁴

⁴³³ T-Test ist ein gängiges Verfahren zur Hypothesentestung zum Unterschied zweier Mittelwerte. Wahrscheinlichkeit (p) ≤ 5% = signifikant *; (p) ≤ 1% = hochsign. **; (p) ≤ 1‰ = höchstsign. ***

Alle statistischen Rechenvorgänge dieses Kapitels basieren auf Schilling (2001): Grundkurs.

⁴³⁴ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

Die zehn Frauen scheinen dieses Behandlungskonzept in geradezu idealtypischer Weise anzunehmen. Daher liegt im Folgenden der Focus der Untersuchung auf diesen zehn Fällen. Vorgestellt werden zunächst die Gründe, die zur Aufnahme führen, die Aufnahme als solche, die somatischen und vor allem die psychischen Behandlungsmethoden in Kennenburg sowie die Reaktionen der Patientinnen auf diese Methoden. Auch hier wird wieder zu fragen sein, ob sich innerhalb der Gruppe der zehn Frauen verschiedene ‚Reaktions-Typen‘ auf die Kennenburger Behandlung finden lassen und in welcher Form sich diese ‚Reaktions-Typen‘ voneinander unterscheiden. Mithilfe dieser zehn Einzelschicksale soll Kennenburg detailliert als sozialer Raum beschrieben werden. Die acht Frauen des Typs ‚Abnahme‘ werden demgegenüber zwar als Vergleichsgruppe herangezogen, nicht jedoch in der Ausführlichkeit kasuistisch untersucht wie die Gruppe der zehn Patientinnen des (Ideal)-Typus ‚Zunahme‘.

5. Kasuistische Untersuchung

Nachdem im vorherigen vierten Kapitel die 410 Patientinnenakten aus der Zeit Dr. Landerers mithilfe einiger statistischer Methoden reduziert und klassifiziert wurden, ist nun der Punkt „an der Grenzzone des Meßbaren“ erreicht, „an dem eine deskriptive Kasuistik der Datenlage angemessener wäre.“⁴³⁵ Dementsprechend untersucht das folgende fünfte Kapitel ganz im Sinne der ‚traditionellen‘ Historie die zehn Frauen des Typs ‚Zunahme‘ im Einzelfall.

TABELLE 5.1:⁴³⁶

Stammdaten der 10 Patientinnen des Typs ‚Zunahme‘

BMI-Veränderung ≥ 1 Standardabweichung: $[(\text{Differenz-BMI} / \text{Aufnahme-BMI}) \times 100]$

Name	Ort	Stand	Alter	Tage	BMI Aufn.	BMI Entlass.	BMI Veränd.
Geldart, Marie Charlotte	Norbiton (bei London)	ledig	28	322	13,59	22,43	65%
Zimmer, Elisabeth	Heidelberg	ledig	22	193	13,61	19,85	46%
Krieger, Bertha	Pforzheim	ledig	19	122	14,98	18,27	22%
Haegler-Passavant, Emilie	Basel	verheiratet	27	78	15,78	20,35	29%
Hochstätter, Elisabeth	Darmstadt	ledig	14	365	17,65	23,66	34%
Scharpinet, Elisabeth	Mannheim	ledig	32	80	17,94	21,6	20%
Gräff, Luise	Karlsruhe	ledig	32	327	18,18	23,01	27%
Matterstock, Karoline	Würzburg	verheiratet	24	211	19,4	26,64	37%
Maier, Emilie	Mannheim	verheiratet	25	89	19,95	24,67	24%
Knewitz, Anna	Appenheim (Rheinl.)	ledig	18	206	20,37	25,02	23%

Damit folge ich Thomas Beddies, der fragt, „ob das gemeinsame Merkmal [...] als Psychiatrie-Patienten, ausreichende Grundlage für die Rechtfertigung einer »Kollektivbiographie« sein kann, oder ob hier nicht sehr viel stärker [...] zu differenzieren wäre.“⁴³⁷ Eine erste Differenzierung hat die Typenbildung in Kapitel vier ergeben: Hier zeigen sich jenseits der gemeinsamen Ausprägungen – jung, dünn, kurzer Aufenthalt, deutliche Zunahme – noch zwei weitere Gemeinsamkeiten der zehn Frauen: Alle Aufnahmen sind Erstaufnahmen und, wie ein erster Blick in die Akten verrät, jede der zehn Frauen muss ins Unterhaus. Kapitel fünf wird diese Gruppe nun weiter differenziert untersuchen. Der Focus liegt dabei auf dem Geschehen in Kennenburg. Beschrieben werden aber auch die Anlässe, die zur Aufnahme führten, sowie einige der Auswirkungen, die der Aufenthalt mit sich brachte.

⁴³⁵ Best & Schröder (1988): Quantitative historische Sozialforschung, S. 262.

⁴³⁶ Sortiert nach BMI-Wert bei Aufnahme.

⁴³⁷ Beddies (2002): [Tagungsbericht]: Zur Methodologie, S. 9f.

5.1 Verlauf vor Aufnahme

Jede der zehn Frauen und deren Familien bringt eine teils jahrelange Vorgeschichte mit, bevor schließlich die Entscheidung zur Aufnahme in eine ‚geschlossene Irrenanstalt‘ fällt. Zwar waren die Frauen teilweise bereits in Sanatorien oder somatischen Krankenhäusern untergebracht; psychisch so auffällig, dass eine Aufnahme in Kennenburg notwendig wurde, war aber bislang keine von ihnen. Dabei wäre es anachronistisch, aus heutiger Sicht die ‚echten‘ von den ‚unechten‘ psychischen Störungen trennen zu wollen. Dazu schreibt etwa Karl-Heinz Leven: *„Für den Historiker ist eine mittelalterliche Lepra diejenige Krankheit, die von den Zeitgenossen nach den damaligen Kategorien als Lepra angesehen wurde“*⁴³⁸. Ähnlich verhält es sich auch mit psychischen Störungen: Retrospektiv lassen sie sich nicht mehr in heutige diagnostische Kriterien fassen. Aufschlussreicher ist dagegen die Frage, welches Verhalten von den Zeitgenossen als so problematisch bewertet wurde, dass ein Anstaltsaufenthalt unausweichlich erschien. Hettling und Hoffmann sehen die weibliche Rolle im Bürgertum des 19. Jahrhunderts als *„statisch und gegenwartsverhaftet“*, die männliche hingegen als *„dynamisch und zukunftsorientiert“*. Dementsprechend waren nicht nur die *„sozialen Räume, sondern auch die Zeitvorstellungen [...] geschlechtsspezifisch präfiguriert.“*⁴³⁹ Im Folgenden wird detailliert untersucht, ob und wie die zehn Frauen gegen dieses statische Modell verstießen. Dabei orientiere ich mich an den ‚klassischen‘ Rollen junger Frauen: Töchter, Bräute und Mütter.

5.1.1 Töchter

Meiner Ansicht nach zählen vier von den zehn jungen Frauen zu der Kategorie der Töchter: Marie Charlotte Geldart, die zwar bereits 28 Jahre alt ist, aber aufgrund ihrer Störung auf der *„Stufe eines Kindes“* stehen geblieben zu sein scheint,⁴⁴⁰ Bertha Krieger, deren Hauptkonflikt in der Auseinandersetzung mit der vom Hausarzt als hysterisch beschriebenen Stiefmutter zu liegen scheint,⁴⁴¹ Elisabeth Hochstätter, einer erst 14-jährigen Fabrikantentochter aus Darmstadt, die in Kennenburg noch gern mit ihren Puppen spielt⁴⁴², und schließlich Anna Knewitz, gut erzogene Tochter einer wohlhabenden Bauernfamilie, die an *„Hallucinationen und Melancholie“* leidet⁴⁴³. Bei keiner der vier Frauen wird das Thema einer Liebesbeziehung oder Verlobung erwähnt, auch sind die Hauptansprechpartner für die Ärzte die Eltern dieser Patientinnen. Daher zähle ich diese vier Mädchen bzw. Frauen zu der Kategorie der Töchter.

Welche Gründe und Entwicklungen führen nun zu ihrer Aufnahme in Kennenburg?

⁴³⁸ Leven (1998): Krankheiten, S. 177.

⁴³⁹ Hettling & Hoffmann (2000): Zur Historisierung bürgerlicher Werte, S. 15.

⁴⁴⁰ Akte Geldart, Anamnese.

⁴⁴¹ Akte Krieger, Krankengeschichte d. Hausarztes.

⁴⁴² Akte Hochstätter, Verlauf.

⁴⁴³ Akte Knewitz, Ärztliches Zeugnis.

Die Symptome zweier dieser vier Frauen in den Wochen vor der Aufnahme deuten auf akute psychotische Erkrankungen hin. Die Bauerntochter Anna Knewitz „*aüßerte z.B. vor einigen Tagen, als in der Familie das bei unseren wohlhabenden Bauern übliche »Schlachtfest« gefeiert wurde, »man werde sie schlachten, um kein Schwein schlachten zu müssen.*“⁴⁴⁴ Obwohl die 18-jährige bis auf eine „*Unterleibsentzündung*“ vor zwei Jahren immer gesund und „*ein gutes Kind gewesen sein*“ soll, höre sie nun seit mehr als zwei Monaten Stimmen, „*sah Figuren, war schlaflos, und verweigerte die Nahrung.*“⁴⁴⁵ Unter der Angst getötet zu werden, leidet auch die zehn Jahre ältere Marie Charlotte Geldart aus der Nähe von London. Auslöser sei nach Angaben der Mutter der Tod der Großmutter im vergangenen Winter gewesen. Seitdem sei auch die Tochter überzeugt, selbst „*[h]erzleidend*“ zu sein und fürchte, von einem von ihr geschätzten Pastor in Norbiton umgebracht zu werden. Nachdem die Mutter mit der Kranken erst zu Verwandten nach Stuttgart reiste und von dort in eine Pension zog, beschuldigt „*die Tochter jedoch bald die Besitzerin [...], sie mache ihr Kopfschmerzen, sie wolle ihr mit einem Schnitt die Schädeldecke abschneiden.*“ Bis zuletzt äußert die Tochter, „*daß sie der Norbitoner Pastor töten lasse, ähnlich wie sie auch früher schon öfter behauptet hatte, sie werde elektrisiert, und ihr die Gedanken abgezogen.*“⁴⁴⁶ Darüber hinaus äußert sich ihre „*Aufregung*“ in Schlaflosigkeit und Appetitverlust.⁴⁴⁷

Im Gegensatz zu den beiden offenbar wahrnehmungsgestörten Patientinnen, die aufgrund ihrer Halluzinationen im Sinne Hettlings und Hoffmanns nicht mehr als „*gegenwartsverhaftet*“ gelten können, fallen die beiden anderen jungen Patientinnen eher durch ihr „*hysterisches*“ Verhalten auf. Ätiologisch werden bei der erst 14-jährigen Elisabeth Hochstätter ihre „*hysterischen Lach- und Weinkrämpfe*“ auf eine linksseitige Unterleibsentzündung zurückgeführt, die sich im November 1886 etwa drei Monate vor Aufnahme einstellte, aber binnen 6-8 Wochen wieder verheilte. Die Anfälle indes blieben und verschlimmerten sich sogar. Hinzu kamen „*Schlafsucht*“ und „*Katalepsie, in der sie einmal 8 Tage lang liegen blieb.*“⁴⁴⁸ Die Familie, die an Elisabeth bis dahin als „*ganz normales Kind*“ gewohnt war, sieht sich nun einer Tochter gegenüber, die seit Wochen in bizarren Haltungen im Bett liegt oder unruhig um sich schlägt, die einerseits über heftige Kopfschmerzen und Krämpfe klagt, andererseits lacht und pfeift und singt, die sich angewöhnt hat, ihre Umgebung nur noch durch ihren „*Geruchsin*n“ zu unterscheiden, die durch „*complicirte Zeichensprache*“ kommuniziert und der der Arzt „*täglich 6 Küsse habe geben müssen, 3 beim Kommen, 3 beim Abschied.*“⁴⁴⁹

⁴⁴⁴ Akte Knewitz, Arztbrief.

⁴⁴⁵ Akte Knewitz, Anamnese.

⁴⁴⁶ Akte Geldart, Anamnese.

⁴⁴⁷ Akte Geldart, Anamnese und Brief d. Mutter v. 10.06.1900.

⁴⁴⁸ Akte Hochstätter, Anamnese.

[Katalepsie = ‚Festhalten‘. Längeres Einnehmen einer unnatürlichen Haltung.]

⁴⁴⁹ Akte Hochstätter, Anamnese und Verlauf.

Schließlich, so der offizielle Einweisungsgrund des Hausarztes, war in einem Privathaushalt die ohnehin *„schon sehr schwierige Pflege [...] ohne Schaden der Kranken“* nicht mehr durchführbar, so dass sich die Eltern zur Aufnahme in Kennenburg entscheiden.

Ein im Sinne Hettlings und Hoffmanns ebenfalls nicht sehr statisches, den Erwartungen an ein *„normales Kind“* oder eine ruhige Kranke entsprechendes Bild präsentiert auch die Patientin Bertha Krieger. Fünf Jahre älter als Elisabeth Hochstätter, Einzelkind und früher *„der Stolz der Familie“* zeigt sie seit der Pubertät und insbesondere in den letzten Monaten *„eine Veränderung ihres Wesens und Verhaltens“*⁴⁵⁰. So schildert der Hausarzt die Veränderungen in seiner Krankengeschichte: *„Das früher ruhige bescheidene Kind wurde eigensinnig, rechthaberisch, zeigte eine fabelhafte Selbstüberhebung, nahm es mit der Wahrhaftigkeit nicht mehr genau u. vertrug sich mit ihrer Stiefmutter absolut nicht mehr.“*⁴⁵¹ Nicht mehr zu klären ist, wann die leibliche Mutter verstarb und der Vater neu geheiratet hat, so dass sich nicht sagen lässt, ob die Veränderungen mit diesen familiären Veränderungen korrelieren. Die auffälligste Änderung in Berthas Verhalten ist ihre Nahrungs-Verweigerung: *„Mein einziges Kind [...] weigert sich seit 8 Monaten Nahrung zu nehmen, und ist in Folge dessen zum Gerippe abgemagert“*⁴⁵² schreibt Berthas Vater vor der Aufnahme an Landerer, und die Kennenburger Anamnese ergänzt: *„seit 13 Wochen ißt Pat. nur noch etwas Compot und Confect. Sie motiviert diese Abstinenz damit, nichts essen zu können, der Magen sei zu voll, vor jeder Speise, besonders vor Fleisch, habe sie einen unüberwindlichen Eckel.“*⁴⁵³ Im Verlauf dieser acht Monate haben die Eltern bereits einige Maßnahmen ergriffen. Sie schicken Bertha zur *„Beruhigung der Nerven“* in ein Pfarrhaus auf dem Lande, danach zu einem Herrn Dr. Fischer nach Cannstatt, der sie in seiner Heilanstalt zweimal täglich mit einer *„Massagecur“* behandelt – alles nur mit dem Erfolg, dass Bertha stetig weiter abnimmt. Mittlerweile wiegt sie nur noch gut 34 kg bei einer Größe von 1,52 Meter, was einem BMI-Wert von 14,98 entspricht. Sie wirkt klein und zierlich, ist *„bis zum Skelet abgemagert“*⁴⁵⁴ und ihr Hausarzt befürchtet das *„Schlimmste“*. Kurz vor ihrer Aufnahme diagnostiziert er *„eine hochgradige Blutarmuth, Amenorrhoe u. Verstopfung.“*⁴⁵⁵ Allerdings zögern die Eltern lange mit der Einweisung Berthas nach Kennenburg, denn diese setzt die Eltern unter Druck: *„Bei Inaussichtnahme einer Zwangsfütterung od. Verbringung in eine Anstalt droht sie mit Selbstmord!“*⁴⁵⁶ Schließlich kommt es doch zur Aufnahme. Wie – das wird noch berichtet werden. Hier sei stattdessen auf die Dynamik in Berthas Rolle als (Stief-) Tochter verwiesen, die sich in Streit, lebensbedrohlicher Nahrungsverweigerung und Suiziddrohungen äußert.

⁴⁵⁰ Akte Krieger, Anamnese.

⁴⁵¹ Akte Krieger, Krankengeschichte d. Hausarztes.

⁴⁵² Akte Krieger, Brief d. Vaters v. 03.11.1886.

⁴⁵³ Akte Krieger, Anamnese.

⁴⁵⁴ Akte Krieger, Status.

⁴⁵⁵ Akte Krieger, Krankengeschichte d. Hausarztes. [Amenorrhoe = Aussetzen der Menstruation.]

⁴⁵⁶ Akte Krieger, Anamnese und Status.

5.1.2 Bräute

Suizidgedanken spielen auch bei den im Folgenden vorgestellten drei Frauen eine Rolle: Eine von ihnen äußert nur entsprechende Gedanken, eine zweite wird bei dem Versuch, sich das Leben zu nehmen, gerettet werden und die dritte wird sich in Kennenburg schließlich tatsächlich umbringen. Doch der Reihe nach: Zunächst soll es hier wie schon bei den Töchtern nun auch bei den Bräuten um die familiären bzw. psychopathologischen Hintergründe gehen, die zur Aufnahme führten.

Bei allen drei Frauen hat der Gedanke an eine Heirat eine zentrale Rolle im Leben gespielt. Sowohl Luise Gräff als auch Elisabeth Scharpinet gelten mit über dreißig Jahren vielleicht bereits als ‚alte Jungfern‘, aber während Luise Gräff tatsächlich mit Mitte zwanzig einmal verlobt war, scheint es so, als hätte Elisabeth Scharpinet sich das Interesse eines Mannes lediglich eingebildet. Eine ihrer „fixen Ideen“, wie ihr Bruder schreibt, von denen sie zum Bedauern der Familie einfach „nicht loskommen kann“.⁴⁵⁷ Entstanden sei diese Idee während eines Krankenhausaufenthaltes im Rahmen einer „leichte[n] Unterleibsoperation“ vor etwa sechs Jahren. Bis dahin galt sie bis auf ein Migräneleiden als gesund, wird als Kind als „lebhaft, munter leicht zu lenken und zu erziehen“ beschrieben, das in der Schule „sehr gut“ gelernt habe. Etwa zur Zeit der Operation scheint sie nach Aussage des damals behandelnden Professors „auf nervösem, beziehungsweise psychischem Gebiete“ erkrankt zu sein:

„So z.B. glaubte die Kranke, ein Assistenzarzt wolle sie heiraten, obwohl [der Professor] nach Angabe der Schwester den Eltern gegenüber alle Garantie für das correcte Verhalten seines Assistenzarztes übernahm, beschuldigte die Kranke die Eltern und Geschwister fortwährend, sie hätten durch ihre Dazwischenkunft die Aussprache des Herrn unmöglich gemacht; die Heirat damit vereitelt. Seither glaubte sie sich verfolgt, [...] sie meinte, die Leute auf der Straße machten deswegen und auch sonst höhnische Bemerkungen über sie [...] sie überschüttete [...] ihre Angehörigen mit den bittersten Vorwürfen, man habe sie auf Grund ihrer damaligen Angaben verunglimpft, und führte Scenen erregtester Art auf.“⁴⁵⁸

Während diese Erregung nach etwa einem dreiviertel Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt mehr und mehr nachlässt und sich nur noch „um die Zeit der menses“ wieder verstärkt, leidet Elisabeth Scharpinet außerdem regelmäßig im Winterhalbjahr an saisonaler „Depression, gemischt mit Aufregungszuständen“, die sich im Frühjahr aber genauso regelmäßig wieder bessern. Allerdings nicht im Frühjahr des Jahres 1905, in dem sich die „Erregungszustände“ häufen. Sie schläft kaum noch und äußert immer wieder Suizidgedanken.⁴⁵⁹ Kurz vor ihrer Aufnahme im Mai leidet sie an „Psychose (Verfolgungsideen, Melancholie etc)“⁴⁶⁰. Schließlich wird laut Anamnese „das Zusammenleben mit den Ihrigen zur Unmöglichkeit“⁴⁶¹.

⁴⁵⁷ Akte Scharpinet, Brief d. Bruders v. 22.07.1905.

⁴⁵⁸ Akte Scharpinet, Anamnese.

⁴⁵⁹ Ebd.

⁴⁶⁰ Akte Scharpinet, Ärztliches Zeugnis.

⁴⁶¹ Akte Scharpinet, Anamnese.

Während Elisabeth Scharpinet auf Druck der Angehörigen nach Kennenburg gebracht wird, kommt Luise Gräff freiwillig. Auch sie ist 32 Jahre alt, auch sie entfremdet sich ihrer Familie. Aber während Elisabeth Scharpinet an ihren „*fixen Ideen*“ gegen Eltern und Geschwister festhält, verfügt Luise Gräff laut Anamnese noch über ein „*gewisses Krankheitsgefühl*“.⁴⁶² Auch über sie wird berichtet, sie habe sich als Kind „*normal entwickelt*“, sei zwar nicht „*besonders rege [...] aber sehr fleissig*“ gewesen. Mit 25 Jahren habe sie sich ver- und wieder entlobt. Nähere Hinweise auf Gründe oder weitere Angaben finden sich dazu nicht. Sie sei aber für etwa ein viertel Jahr „*psychisch verstimmt*“ und „*niedergeschlagen*“ gewesen, „*doch gieng diese Störung ohne daß ein Anstaltsaufenthalt nötig wurde vorüber*“.⁴⁶³ Jetzt, sieben Jahre später, beobachten die Angehörigen bei ihr deutlichere Wesensveränderungen:

*„Seit nunmehr etwa acht Wochen war Fräulein Gräff in ihrem Wesen in einer für die Ihrigen auffälligen Weise wieder verändert, [...] sie wurde im Gegensatz zu ihrer sonst sehr stillen Art heiter, lebhaft erregt, schrieb Briefe an Leute, mit denen sie sonst nie correspondiert hatte, machte Gedichte, war im Gegensatz zu ihrer sonst so fügsamen Art, gereizt [...] kehrte [im Haushalt] das unterste zu oberst, brachte alles durcheinander, war eigensinnig [...]. Vor etwa 14 Tagen schlug die expansive Stimmung in eine gedrückte um, Frl. Gräff machte sich Vorwürfe, sie hätte ihr Seelenheil verscherzt, obwohl sie sich Mühe gegeben hätte, einen ordentlichen Lebenswandel zu führen, komme sie nun sicher in die Hölle [...]. Sie glaubte zur Strafe für ihre Missetaten werden sie und alle ihre Angehörigen verhaftet und in das Gefängnis überführt [...]. Der Schlaf wurde sehr schlecht, Frl. Gräff lief ruhelos in mangelhafter Kleidung im Zimmer auf und ab oder lag unter dem Fenster, um die ihrer Familie drohenden Leute mit dem Blick zu bannen.“*⁴⁶⁴

Schließlich kommt es zu einem Suizidversuch, bei dem Luise Gräff erst nach längerem Suchen auf dem Abort gefunden wird „*eben im Begriff Salzsäure zu trinken*.“ Sie gab an, sie wäre lediglich durch die „*ängstlich flehenden Rufe der Mutter*“ davon abgehalten worden. Tage später äußert sie Bedauern, „*daß sie die Absicht neulich nicht durchgeführt habe*“.⁴⁶⁵ Nach wie vor gibt sie den Angehörigen gegenüber „*Selbstmordideen*“ an, die ihr Arzt auf die „*schmerzliche[n] Angstgefühle*“ zurückführt, die etwa durch „*böse Geister, die sie bedrohen*“, wie sie selbst meint, in Luise Gräff ausgelöst würden und diese „*zeitweilig so überwältigen, daß sie erklärt, sie könne so nicht weiterleben, sie werde ihrem Leben ein Ende machen*.“ Um sie daran zu hindern, sorgt der Arzt für „*sorgfältige Beaufsichtigung bei Tag u. Nacht*.“ Wie diese Beaufsichtigung konkret organisiert werden konnte, ist nicht beschrieben, es ist aber zu vermuten, dass zahlreiche Familienmitglieder mit eingebunden werden, denn Luise Gräff hat noch 11 Geschwister: drei leibliche und acht Stiefgeschwister.⁴⁶⁶ Schließlich klärt sich die Situation, weil die Patientin selbst „*ihre Überführung in eine Anstalt [verlangte]*“.⁴⁶⁷

⁴⁶² Akte Gräff, Anamnese.

⁴⁶³ Ebd.

⁴⁶⁴ Ebd.

⁴⁶⁵ Ebd. [Unterstreichungen im Original]

⁴⁶⁶ Akte Gräff, Fragebogen.

⁴⁶⁷ Akte Gräff, Anamnese.

Ganz anders als bei den beiden gerade vorgestellten Frauen, die beide von ihren jeweiligen Ärzten mit den Diagnosen „*Psychose*“ bzw. „*Melancholie [...] mit Hallucinationen*“⁴⁶⁸ eingewiesen werden, verhält sich der Fall der zehn Jahre jüngeren Elisabeth Zimmer. Während sowohl Elisabeth Scharpinet als auch Luise Gräff nach den Beschreibungen ihrer Angehörigen irgendwann die Verhaftung in der Gegenwart und damit das Gefühl für die eigene Rolle im Kontext der Umwelt verloren gegangen zu sein scheint, werden bei der 22-jährigen Elisabeth Zimmer ähnlich wie schon bei der 14-jährigen Elisabeth Hochstätter und der 19-jährigen Bertha Krieger vor allem Verhaltensauffälligkeiten beschrieben, die im Fall von Elisabeth Zimmer als „*hysterische Charakterzüge*“ oder „*typisch hysterische Neigung*“⁴⁶⁹ bezeichnet werden. Elisabeth Zimmers Vorgeschichte ist vielschichtig: Als fünftes Kind einer „*sehr vermögende[n]*“, „*sehr kirchlich[en]*“ Familie, habe sie „*schon stets hysterische Charakterzüge gezeigt. Vor 2 ½ Jahren erkrankte sie bei Bodelschwingh, wo sie sich zum Zwecke ihrer Ausbildung als Missionarsbraut aufhielt, an ulcus ventriculi.*“ [Magengeschwür]. Daraufhin muss sie zwei Magendarmoperationen durchstehen, erlebt kurz danach die Entlobung von ihrem Bräutigam, einem, wie es heißt, „*robuste[m] Bauernabstammeling ohne Verständnis für die nervösen Störungen seiner Braut*“ und reagiert darauf offenbar mit „*hysterische[m] Erbrechen, Nahrungsverweigerung, heimliche[n] Magenausspülungen etc.*“ Hinter diesem „*etc.*“ verbirgt sich ein ganzer Kodex derjenigen Verhaltensweisen, die dem Arzt für eine Bürgerstochter des ausgehenden 19. Jahrhunderts unangemessen erscheinen. Aus den aufgezählten Auffälligkeiten lassen sich umgekehrt einige Rollenerwartungen an eine angehende (Missionars-) Braut und ‚höhere Tochter‘ herauslesen. So zählten zu einem adäquaten Verhalten sicher nicht ein „*[d]auerndes Verlangen nach Alkohol und Morfium*“, ebenso wenig wie heimliches Trinken von Alkohol, das Fälschen von „*Morfiumrecept[en]*“, ein auf dem Gebiet des Alkoholmissbrauchs „*skrupellos[es] unwahr[es] und auch nicht allzu sehr auf Genesung versessene[es]*“ Verhalten, auch nicht heimliches Essen, „*willkürlich[es]*“ Erbrechen oder Magenausspülungen, vor denen der behandelnde Arzt Landerer warnt: „*Obacht, dass sie nicht willkürlich nach dem Essen bricht oder Magen ausspült.*“ Außerdem bittet er Landerer um strenge Überwachung, wie sie in offenen Anstalten kaum möglich ist. Es wird ein Aufenthalt in Kennenburg unter „*folgenden [...] Bedingungen*“ vereinbart:⁴⁷⁰

- „1. *Darf die Patientin keinen Schritt außerhalb der Anstalt ohne Begleitung machen. Die (wenns geht gebildete) Begleitung müsste speziell Obacht geben dass weder Alkohol noch erst recht Morfium in die Hände der Patientin fällt.*
2. *Alles Geld verwaltet die Anstalt, um zu verhindern, dass sie sich Alk. kauft.*
3. *Alle Briefe und Pakete werden im Beisein der Kranken von ihr geöffnet und die Umschläge an den Arzt abgegeben; der Inhalt der Pakete sorgfältig kontrolliert.*“

Die Familie stimmt diesen Bedingungen zu, wie Elisabeth selbst darüber denkt, bleibt offen.

⁴⁶⁸ Akte Scharpinet, Ärztliches Zeugnis und Akte Gräff, Brief d. Arztes v. 10.08.1902.

⁴⁶⁹ Akte Zimmer, Brief d. Professors v. 20.03.1903.

⁴⁷⁰ Ebd.

5.1.3 Mütter

Die drei folgenden Frauen sind nur wenige Jahre älter als die gerade vorgestellte Patientin, stehen aber als Ehefrauen und Mütter doch in ganz anderen Lebenszusammenhängen. Dabei scheint die drei verheirateten Frauen eines zu verbinden: Alle drei Anamnesen lassen auf eine gewisse Überforderung schließen. Das mag nicht zuletzt an dem ‚Life-Event‘ Geburt liegen, das alle drei Frauen erlebt haben. Manche von ihnen sind bereits mehrfache Mütter.

So etwa die 24-jährige Kaufmannsgattin Karoline Matterstock aus Würzburg. Seit vier Jahren verheiratet, erlebte sie zwei Fehl- und zwei normale Geburten, eine Gebärmuttererschleimhautentzündung sowie im Winter vor ihrer Aufnahme eine „äußerst heftige Cardialgie“.⁴⁷¹ Zwei Monate später, im Februar, stellen sich dann psychische Veränderungen bei ihr ein: „sie vernachlässigte ihren Haushalt, ging ungern aus, glaubte sich von ihren Verwandten bezüglich ihres Verhaltens verleumdet.“ Der konsultierte Arzt stellt „hochgradige Erregung“ fest, die sich aber zunächst noch beruhigen ließ, während sie Anfang März eskaliert:

*„bis am Sonntag, den 4ten März Nachts eine, wenn auch kurz vorübergehende, tobsüchtige Aufregung eintrat, bei der sie ihrem Mann durch einen Wurf mit einem Glase verletzte und nur mit Mühe gehalten werden konnte. [...] Der Grund dieser Aufregung dürfte wohl mit in Gesichts- und Gehörshallucinationen und Illusionen zu suchen sein, da sie Stimmen hörte, ihren Mann und andere Personen der Umgebung für Lucifer hielt“.*⁴⁷²

Auch ihre Nahrung hielt Karoline Matterstock, wie der Arzt weiter an Landerer schreibt, vom „Teufel beeinflusst, da sie durch Einlegen eines Kreuzes in ihre Nahrung und Getränke, dieselben erst wieder von bösen Einflüssen befreite.“ Schließlich sei es nicht mehr möglich gewesen, „dieselbe in häuslicher Pflege zu behalten“ und es folgt die Aufnahme.⁴⁷³

Auch die 27-jährige Chirurgengattin Emilie Haegler-Passavant aus Basel ist Mutter zweier Kinder, von denen das jüngste noch kein Jahr alt ist. Im Anschluss an die Geburt litt sie an „Venenentzündung“ und „Gebärmutterhalsknickung“.⁴⁷⁴ Psychisch wird der „Beginn ihrer Erkrankung [...] von den Angehörigen in die Zeit des letzten Wochenbettes verlegt.“ Seitdem sei die Patientin „mürrisch, launisch, reizbar und boshaft“. Obwohl sie früher interessiert, außerdem „heiter, lebenswürdig und lebenslustig“ gewesen sei, habe sie sich nun verändert, „in dem Sinne [...], daß sie sich ganz zurückzog, hausbacken wurde, sich nur mehr mit sich und ihren Kindern abgab, sich ihrem Manne mehr und mehr entfremdete“. Charakterlich wird sie von der eigenen Mutter als „schwer zu erziehendes, eigensinniges, lügenhaftes Kind“ beschrieben, das wohl auch einmal von zu Hause weggelaufen sei. Gesundheitlich wird bis zur jetzigen Erkrankung außer einer starken Bleichsucht „in früheren Jahren“ nichts berichtet.

⁴⁷¹ Akte Matterstock, Krankenbericht.

[Kardialgie = Herzschmerz, Stechen in der Brust.]

⁴⁷² Ebd.

⁴⁷³ Ebd.

⁴⁷⁴ Akte Haegler-Passavant, Anamnese.

Dass sich nun die Krise der Patientin seit der Geburt vor ca. 11 Monaten zugespitzt zu haben scheint, führt die Kennenburger Anamnese nicht nur wie die Angehörigen auf das Wochenbett und die daran anschließenden somatischen Komplikationen zurück, sondern es werden auch weitere Faktoren benannt, die zur Überforderung beigetragen haben könnten:

„Als weitere auslösende Momente kamen in Betracht ein plötzlicher Tod einer Köchin, eine körperlich und geistig sehr anstrengende Assistenz bei den Operationen des Mannes, die Unruhe eines Hausbaus und die Pflege des Mannes während einer Krankheit.“⁴⁷⁵

Mitte Januar 1898, genau einen Monat vor der Aufnahme in Kennenburg, wird Frau Haegler-Passavant in ein Sanatorium nach Baden-Baden gebracht, wo sie zuerst als schwerer „Hysterie-Neurasthenie“-Fall eingeschätzt wird, der aber nach Aussage des Besitzers immer mehr in ein „psychotisches Gebiet“ übergang. Schließlich attestiert ihr dieser Arzt eine „geistige Störung [...], die sich in hochgradigen Erregungszuständen, in fixen Ideen und in Wahnvorstellungen äußert.“ Weil sie infolge dessen selbst- und fremdgefährdend sei, sei die „Verbringung der Kranken in eine geschlossene Anstalt absolut notwendig!“⁴⁷⁶

Drohende Selbstgefährdung ist auch einmal mehr der Aufnahmearbeit der letzten Patientin: Frau Emilie Maier, 25-jährige Kaufmannsgattin aus Mannheim, seit drei Jahren verheiratet und „seit 1 ½ Jahren Mutter eines Kindes, das sie bis diesen Sommer, nach Angabe ihrer Ärzte viel zu lang gestillt hat, was sie sehr mitnahm und körperlich sehr herunterbrachte.“⁴⁷⁷ Weitere gesundheitliche Belastungen oder lebensgeschichtliche Ereignisse können weder sie selbst noch ihr Mann angeben. Beide beteuern, dass sie „in ihrer Jugend nie krank“ gewesen sei, dass sie „mit gutem Erfolg die übliche Schulbildung durchgemacht“ habe und dass es keinen „Grund zu Kummer oder Sorgen“ gäbe. Dennoch leidet Emilie Maier seit etwa drei Monaten an Konzentrationsproblemen, Antriebsverlust und Verlust von Freude. Gegen diese Symptome halfen weder ein „Badeaufenthalt in Teinach“, noch die Verordnung ihres Hausarztes während zweier Monate, „dauernd zu Hause im Bette gehalten“ zu werden. Sie klagt, sie werde „nie wieder gesund, sie könne nichts ordentliches mehr leisten“.

„[S]chließlich unternahm Frau Maier einen offenbar ernst gemeinten [...] Selbstmordversuch, indem sie versuchte mit Hilfe von [Haar-] Nadeln sich die Pulsadern an den Händen zu öffnen, so dass sich der Mann bestimmen ließ, dem Rate seiner Ärzte folgend, seine Frau der Heilanstalt zu übergeben.“⁴⁷⁸

Mit Emilie Maier ist die letzte der zehn Vorgeschichten berichtet, die zur jeweiligen Aufnahme führte. Zusammengefasst sind die Hauptgründe für die Einweisung psychotische Symptome, hysterisches Verhalten, schwere Melancholie sowie bei fünf Frauen drohende Suizidgefahr.

⁴⁷⁵ Akte Haegler-Passavant, Anamnese.

⁴⁷⁶ Akte Haegler-Passavant, Brief und Attest, [Qu. 5 und Qu. 6].

⁴⁷⁷ Akte Maier, Anamnese.

⁴⁷⁸ Ebd. [„Haarnadel“ aus Brief d. Arztes v. 30.10.1905].

Aus heutiger Sicht scheint es einfach, ex post einige nahe liegende Diagnosen zu vergeben. So wurden etwa Symptome beschrieben, die wir heute einer normalen Depression zuordnen würden, ebenso wie Symptome von wahnhaften oder auch postpartalen Depressionen. Obwohl eine solche *„retrospektive Diagnose von historischen Krankheitsfällen, also die Identifikation einer historischen Krankheit mit einem modernen Krankheitsnamen“*, nach Leven meist zu den Aufgaben gehört, *„die man gemeinhin der Medizingeschichte zubilligt“*, liegt hier seinen Ausführungen nach ein *„populäres Mißverständnis“* vor.⁴⁷⁹ Denn nicht die Identifikation einer Krankheit ist von historischem Wert, für ihn ist vielmehr die *„medizin-historische Deutung des Krankheitsgeschehens der Vergangenheit [...] spannender als eine retrospektive Diagnose und auch aufschlußreicher für das Verständnis der Gegenwart.“*⁴⁸⁰ Eine nachträgliche Zuordnung der beschriebenen Symptome zu modernen Krankheitsnamen wäre somit weder sinnvoll noch statthaft. Auch wenn sich beispielsweise der Begriff einer Magersucht bei der Patientin Bertha Krieger geradezu aufdrängt. Ihre Nahrungsverweigerung, ihr Verhalten, ihre körperlichen Beschwerden scheinen darauf hinzudeuten. Dennoch wäre es nach all der Zeit unzulässig, ex post zu diagnostizieren. Davor warnt auch Joan Jacobs Brumberg in ihrem Buch zur Geschichte der Anorexia nervosa:

*„Ich wende keine modernen psychologischen oder psychoanalytischen Theorien auf fastende Frauen der Vergangenheit an. Meiner Ansicht nach ist es im Fall der Anorexia nervosa ein sinnloses Unterfangen, Übereinstimmungen zwischen einem zeitgenössischen psychologischen Modell und den fragmentarischen Quellen aus längst vergangenen Tagen herstellen zu wollen. Selbstverständlich erkenne ich emotionale Phänomene, die sich im Laufe der Jahrhunderte nicht verändert haben – wie beispielsweise Wut und Angst [...] auch in der modernen Anorexia nervosa wieder. Als Historikerin allerdings ist es mir meist nicht möglich, die Psychogenese einzelner Fälle zu beurteilen. Die mir zur Verfügung stehenden Quellen sind schlichtweg unzureichend, die Patientinnen für mich nicht mehr greifbar.“*⁴⁸¹

*„Diagnosen psychischer Störungen sind als zeitliche begrenzte Konstrukte anzusehen“*⁴⁸², schreiben auch Wittchen und Hoyer in ihrem aktuellen Lehrbuch zur Klinischen Psychologie. Historische Diagnosen sind Konstrukte ihrer Zeit so wie heutige Diagnosen Konstrukte unserer Zeit sind. Eine nachträgliche Anwendung wäre historisch unzulässig. Allerdings würde ich nicht so weit wie einige andere Autor/innen gehen, die die Symptome psychischer Erkrankungen hinter einer kulturellen Konstruktion dieser Erkrankungen zurücktreten und damit nahezu verschwinden lassen.⁴⁸³ Ich halte es schon für maßgeblich, ob Menschen zu- oder unzurechnungsfähig handeln und dementsprechend behandelt werden. Interessanter jedoch als die Identifikation eines Krankheitsnamens ist auch für mich die Frage nach dem jeweiligen Umgang mit den Kranken. Genau darum soll es nun wieder im Folgenden gehen.

⁴⁷⁹ Leven (1998): Krankheiten, S. 153.

⁴⁸⁰ Ebd., S. 181.

⁴⁸¹ Jacobs Brumberg (1994): Todeshunger, S. 10f.

⁴⁸² Wittchen & Hoyer (2006): Klinische Psychologie & Psychotherapie, S. 7.

⁴⁸³ Dazu etwa Nolte (2003): Gelebte Hysterie, S. 21. Auch Brink (2010): Grenzen der Anstalt, S. 15f.

5.2 Aufnahme

Mit diesem Kapitel beginnt die eigentliche Auseinandersetzung mit den ‚therapeutischen‘ Maßnahmen in Kennenburg. Dienten die vorangehenden Kapitel der Vorstellung der Anstalt, des Direktors und der Patient/innen, geht es nun um den Aufenthalt selbst. Was passierte in Kennenburg um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert? Wie wurden die Patient/innen aufgenommen, wie wurden sie behandelt, wie wurden sie entlassen? Für welche ‚therapeutischen‘ Leistungen zahlten die Angehörigen die hohen Unterbringungskosten? Diese Fragen sollen nun im Folgenden behandelt und, wenn möglich, beantwortet werden.

Die Aufnahme fungiert wie ein ‚Scharnier‘ zwischen ‚Dinnen‘ und ‚Draußen‘. Für jede der zehn Frauen ist es die erste Aufnahme in Kennenburg. Sie kennen dort weder Personal noch Räumlichkeiten. Mit der Aufnahme betreten sie eine ganz neue Welt. Für viele Autor/innen ist dieser Übergang an der *„Schwelle der Anstalt“* ein faszinierender Forschungsaspekt.⁴⁸⁴ Ich habe mich jedoch dafür entschieden, weniger den Übergang als vielmehr die Behandlung als solche in den Mittelpunkt meiner Fragestellung zu rücken. Nichtsdestotrotz beginnt mit der Aufnahme die Anstaltszeit in Kennenburg. Die beschriebenen psychopathologischen Symptome der zehn Patientinnen lassen aber bereits ahnen, dass einige von ihnen gar nicht hinreichend orientiert sind, um den Schritt über die *„Schwelle der Anstalt“* bewusst wahrzunehmen. So etwa die 18-jährige Anna Knewitz, von der der Arzt bei der Aufnahme notiert:

*„Die Kranke zeigt schlaffe Haltung, hat müden schläfrigen Blick, ist über Ort, Zeit, Tag u. Stunde nicht unterrichtet, giebt auch auf wiederholte Fragen nur wenige, selten dem Sinn der Frage entsprechende Antworten, sieht bei ihren Antworten den mit ihr Sprechenden nicht an [...]“*⁴⁸⁵

Die *„tobsüchtige“* Patientin Matterstock aus Würzburg kommt mit 8,0 g. Chloralhydrat im Blut – einem damals üblichen Hypnotika, dessen maximale Tagesdosis eigentlich bei 6,0 g. lag – nachts *„schlafend an, mußte aus dem Wagen gehoben u. in ihr Zimmer getragen werden“*.⁴⁸⁶ Auch bei Frau Haegler-Passavant verläuft die Anreise und Aufnahme mit Hilfe einer *„ziemlich reichlichen Dosis Morfium“* offenbar entsprechend *„widerstandslos“*.⁴⁸⁷ Was uns heute vielleicht als ethisch bedenklich erscheinen mag, war lege artis gemessen an den zeitgenössischen Maßstäben. Lesenswert dazu sind die *„Mittheilungen“* des Oberarztes Eduard Hess aus der Anstalt Stephansfeld im Elsaß, die dieser auf einer Versammlung der *„südwestdeutschen Irrenärzte [...] 1898 in Heidelberg“* vortrug.⁴⁸⁸ Hess zeichnet darin ein pittoreskes Bild der *„Behandlung der Geisteskranken bis zu ihrer Aufnahme in die Anstalt“*.

⁴⁸⁴ Brink (2010): Grenzen, S. 20ff. Brink verwendet d. *„Schwelle [...] als gezielt eingesetztes Suchlicht“* für div. weitere Untersuchungsaspekte (medizinische, rechtliche, bürokratische, räumliche, soziale) und verweist auf die Uneindeutigkeit der Terminologie: Schwelle als Grenze, *„boundary“* (Gittins) oder als *„unsichere Linie“* (Ewald) der Trennung zwischen ‚Anormal‘ und ‚Normal‘.

⁴⁸⁵ Akte Knewitz, Status.

⁴⁸⁶ Akte Matterstock, Verlauf. Angaben zu Chloralhydrat aus: Domeyer, Bellevue 1886-1890, S. 85.

⁴⁸⁷ Akte Haegler-Passavant, Verlauf.

⁴⁸⁸ Hess (1898): Mittheilungen.

Als aufnehmender Arzt hielt er die von Angehörigen oder Nachbarn praktizierten Methoden, wie etwa die „*Kranken mit Stricken*“ zu binden oder sie unsachgemäß und nur wegen des „*sensationelle[n] Ansehen[s]*“ in Zwangsjacken zu stecken, für „*unentschuldig*“. „*Einmal*“, so berichtet er, „*wurde eine Frau gebracht, die in einen Sack eingenäht war*“. Um diese körperlichen Zwangsmaßnahmen, die nicht zuletzt die Gefahr schwerer Verletzungen mit sich brachten, zu umgehen, spricht Hess sich eindeutig für den „*chemischen Zwang*“ aus.⁴⁸⁹

*„Eine ausgiebige Anwendung von Narcoticis und Hypnoticis [...] ist meiner Ansicht nach dringend zu empfehlen; man wird dadurch, mag man sie auch als chemischen Zwang auffassen, manche sehr unangenehme Zwischenfälle, vor allem vielfach die Anwendung von anderen Zwangsmitteln verhüten können. Dies gilt auch für den [...] Transport der Geisteskranken.“*⁴⁹⁰

Am einfachsten und unspektakulärsten verlaufen Anreise und Aufnahme selbstverständlich, wenn die Patient/innen freiwillig die Anstalt aufsuchen. Dafür finden sich auch in Kennenburg Beispiele. So etwa die zuletzt beschriebene, an „*Gemüthsstimmung depressiven Charakters*“ leidende Emilie Maier aus Mannheim, die versucht hatte, sich die Pulsadern mit Hilfe einer „*Haarnadel*“ zu öffnen.⁴⁹¹ In Kennenburg ist sie „*zeitlich und örtlich, über die Lage ihrer eigenen Dinge gut und zuverlässig orientiert und spricht selbst das dringende Verlangen aus, in der Anstalt aufgenommen zu werden, um endlich wieder ganz gesund zu werden.*“⁴⁹²

Ebenfalls freiwillig, wenn auch „*verstört*“ und „*stark gehemmt*“, kommt die unverheiratete Luise Gräff nach Kennenburg, die noch wenige Tage zuvor versucht hatte, sich zu Hause mit Salzsäure das Leben zu nehmen. Sie ist ein Beispiel dafür, wie ambivalent sich Patienten bei der Aufnahme verhalten können. So „*folgt [sie] ohne Widerstreben nach kurzem Abschied von der Mutter auf die Überwachungsabteilung*“, nur um kurz darauf den Arzt zu fragen,

*„ob es nicht besser gewesen wäre, sie hätte die Tat doch ausgeführt, [...], ob ihm nichts an ihrer Mutter aufgefallen sei, ob er nicht glaube, daß diese wahnsinnig sei und daß man ihre Mutter in eine Irrenanstalt hätte tun sollen, ihre Mutter komme ihr seit 14 Tagen so verändert, so ganz anders vor.“*⁴⁹³

Hier zeigt sich auch, wie wichtig das Kriterium der ‚Krankheitseinsicht‘ sein kann, das bereits im ersten Kapitel im Zusammenhang mit der Quellenkritik diskutiert wurde. Angesichts ihrer Zweifel, ob es nicht doch besser gewesen wäre, die Salzsäure zu trinken, wirkt Luise Gräff von ihren Suizidgedanken nicht ausreichend distanziert und daher akut suizidgefährdet. Auch heute würden bei solchen Äußerungen strenge Überwachungsmaßnahmen getroffen. In beiden Fällen der Patientinnen Maier und Gräff ist aber offenbar weder körperlicher noch chemischer Zwang noch eine Lügengeschichte notwendig, um sie zur Aufnahme zu bringen.

⁴⁸⁹ Ebd., S. 706f.

⁴⁹⁰ Ebd., S. 702.

⁴⁹¹ Akte Maier, Brief d. Arztes v. 30.10.1905.

⁴⁹² Akte Maier, Status.

⁴⁹³ Akte Gräff, Status.

Ganz anders stellt sich da der Fall der 19-jährigen „bis zum Skelet“ abgemagerten Bertha Krieger aus Pforzheim dar. Die Fabrikantentochter wähnt sich mit ihrem Vater auf einem Ausflug nach Stuttgart, als mitten während der Bahnfahrt plötzlich alles ganz anders kommt: Eine Wärterin von Kenneburg steigt zu und Bertha erfährt erst im Zug, wohin die Reise geht. Damit ergeht es ihr ganz ähnlich wie vielen Patient/innen, von denen Hess 1898 berichtet:

„[M]an redet den Kranken ein, man mache eine Wallfahrt nach Marienthal, einem zwei Stunden von Stephansfeld entfernten vielbesuchten Wallfahrtsort, und die Einfahrt in die Anstalt sei die Einfahrt ins Kloster. [...] Man glaubt eben, es gehe nicht anders, und erwartet bei der Aufnahme vom Arzt für die bewiesene Schläue gar noch ein Lob oder sucht ihn durch »verständnissinnige« Blicke und manchmal auch durch vertrauliche Rippenstösse zum Eingehen auf das Spiel zu veranlassen.“⁴⁹⁴

Hess selbst lehnt diese scheinbar häufig praktizierte Täuschung der Kranken, die sich in der Umgebung der Elsässischen Anstalt als „*locale[r] Tric*“ herumgesprochen zu haben scheint, in seinem Beitrag jedenfalls dezidiert ab, „*schon allein deshalb*“, begründet er die Ablehnung, „*weil man einen Menschen in einer ernsten Sache nicht anlügen soll.*“⁴⁹⁵

Bertha Krieger wird jedoch mit Wissen und Einverständnis ihres Hausarztes getäuscht. Ihr Vater hatte bereits einige Tage zuvor Kenneburg alleine besucht und mit Direktor Landerer gesprochen. Jetzt schreibt er einen Tag vor der Aufnahme die letzten Details an Landerer. Persönlich hätte er es „*weit vorgezogen sie noch im Eltern Hause in Kenntniß zu setzen*“, allerdings ist seine Frau – Berthas Stiefmutter – damit nicht einverstanden:

„Nachdem meine Frau erklärte, daß sie einer Scene nicht beiwohnen könne welche dadurch entstünde, wenn man Bertha kurz vor der Abreise Mittheilung über ihren zukünftigen Aufenthaltsort machen würde, habe ich im Einverständniß unseres Hausarztes die Absicht, Bertha unter dem Vorwand einer Reise nach Stuttgart – auf die Bahn zu bringen, und ihr erst etwa zwischen Ludwigsburg und Stuttgart Eröffnung über den Zweck der Reise zu machen. Zu diesem Behufe bitte ich Sie, eine handfeste Wärterin früh nach Ludwigsburg zu schicken, welcher ich mich dort durch ein Zeichen (weißes Taschentuch, Krücke) verständigen werde, worauf dieselbe in unser Coupè einzusteigen hat. Unmittelbar darauf werde ich Farbe bekennen. [...] Vielleicht wäre eine weitere Hilfe im Esslinger Bahnhof nöthig – dies zu beurtheilen überlasse ich Ihnen.“⁴⁹⁶

Inhaltlich fallen in diesem Zitat zum einen die offensichtliche Lüge des Vaters über den Ausflug nach Stuttgart auf, zum anderen aber auch dessen Hilflosigkeit seiner eigenen Tochter gegenüber. Welche Wucht an Reaktion scheint er von ihr zu erwarten, dass er bei Landerer mindestens eine „*handfeste Wärterin*“, lieber noch zwei an die Bahn bestellt und dass er seiner Frau nachgibt und Bertha nicht zu Hause informiert, wie es ihm persönlich weit lieber gewesen wäre. Das lässt vorsichtige Rückschlüsse auf die „*Scene[n]*“ zu, die sich in der Dreierkonstellation Bertha, Vater, Stiefmutter vermutlich bereits abgespielt haben.

⁴⁹⁴ Hess (1898): Mittheilungen, S. 709.

⁴⁹⁵ Ebd.

⁴⁹⁶ Akte Krieger, Brief d. Vaters v. 09.11.1886. [Unterstreichungen im Original]

Der Fabrikant Carl Krieger fürchtet den Hass seiner einzigen Tochter, wie er Direktor Landerer gegenüber im gleichen Brief zugibt: *„Daß Bertha mit mir geht, ist eine Thatsache – aber wie wird sie mich hassen wenn ich den wahren Sachverhalt mitgeteilt habe!“*⁴⁹⁷ Deutlich wird, wie sehr allein die Vorgeschichte einer Aufnahme eine Familienbeziehung erschüttern kann. Bertha kommt jedenfalls, nachdem sie tatsächlich erst wie geplant in der

*„Bahn den eigentlichen Reisezweck erfahren hatte, [...] in Thränen aufgelöst hier an, fällt immer wieder von Neuem dem Vater schluchzend um den Hals, folgt jedoch ohne Widerrede, unter fortwährendem Weinen und sich wie gebrochen hängen lassend auf die Abtheilung ins Unterhaus.“*⁴⁹⁸

Wie die weitere Behandlung Bertha Kriegers sowohl in Kennenburg als auch nach ihrer Entlassung verläuft, wird noch berichtet werden, an dieser Stelle steht die Aufnahme im Focus des Interesses. Und die verläuft, wie gezeigt wurde, je nach Störungsbild und Freiwilligkeit der Patientinnen ganz unterschiedlich. Zusammenfassend lassen sich an den gerade geschilderten Aufnahmebeispielen drei prototypische Patientencharaktere erkennen: Erstens die freiwillig eintretenden, kooperierenden Frauen, zweitens die desorientierten oder stark sedierten Frauen, über deren Freiwilligkeit zum Zeitpunkt der Aufnahme keine Aussage getroffen werden kann, und drittens die unfreiwillig eintretenden bzw. widerständigen oder *„sich wie gebrochen hängen lassend[en]“* Frauen.

Anders als in anderen Anstalten ist zu vermuten, dass in Kennenburg aufgrund der sehr geringen jährlichen Aufnahmezahlen die Ankunft einer neuen Patientin beziehungsweise bis 1892 eines neuen Patienten auch für Ärzte und Wartpersonal ein besonderes Ereignis war. Während beispielsweise in der Großherzoglichen Badischen Universitäts-Irrenklinik Heidelberg unter der Leitung ihres damaligen Direktors Emil Kraepelin 1901 täglich etwa eine Aufnahme und Entlassung stattfand, *„eine relativ starke PatientInnenfluktuation, die“*, wie Monika Ankele bemerkt, *„in Zusammenhag mit Kraepelins Forschungsinteresse gesehen werden kann“*,⁴⁹⁹ und selbst in der viel kleineren Privatklinik Bellevue unter der Leitung Robert Binswangers um 1901 etwa 80 Patienten und Patientinnen im Jahr aufgenommen werden,⁵⁰⁰ finden im gleichen Jahr in der Heilanstalt Kennenburg insgesamt nur 13 Aufnahmen statt. Fünf Jahre früher – 1896 – sind es meinen Recherchen nach sogar nur sechs Aufnahmen während des ganzen Jahres. Auch wenn die Aufnahmezahlen in den 1880er Jahren und zu Beginn des 20. Jahrhunderts deutlich höher liegen, überschreiten sie unter Landerer doch nie ein Maximum von 40 Aufnahmen pro Jahr. Die neuen Patientinnen stoßen also jeweils auf eine recht persistierende Gemeinschaft und werden dort von Ärzten, Wärterinnen und Mitpatientinnen in den ersten Stunden und Tagen genau beobachtet.

⁴⁹⁷ Ebd.

⁴⁹⁸ Akte Krieger, Status.

⁴⁹⁹ Ankele (2009): Alltag und Aneignung, S. 79. Laut Ankele beträgt die Patient/innenfluktuation i. Jahr 1901 an der Badischen Universitäts-Irrenklinik Heidelberg: 366 Aufnahmen vs. 365 Entlassungen.

⁵⁰⁰ Moses (2002): [Tagungsbericht] Teil I: Das Tübinger Projekt, S. 18.

5.3 **Behandlung**

Jede Behandlung setzt zunächst einmal eine Diagnostik voraus. Insofern erklärt dies die genaue Beobachtung seitens der Kennenburger Ärzte beziehungsweise des Wachpersonals. Einen ersten Eindruck von den neuen Patientinnen gewannen die Ärzte sowohl beim Aufnahmegespräch als auch bei der daran anschließenden körperlichen Untersuchung. Außerdem lagen in den meisten Fällen ein Brief des überweisenden Arztes sowie die fremdanamnestischen Berichte der Angehörigen vor, die die Patienten zur Aufnahme begleiteten. Um sich darüber hinaus ein möglichst exaktes Bild einer neuen Patientin machen zu können, eignete sich besonders die Unterbringung im Unterhaus. Wie beschrieben, hatte Direktor Landerer hier bereits in den 1870er Jahren eine kleine Überwachungsstation eingerichtet, die er ständig erweiterte und modernisierte, so dass das Unterhaus Anfang des 20. Jahrhunderts schließlich ein, den Visitationsberichten nach, übersichtlicher und geräumiger Bau mit zwei getrennten Überwachungsabteilungen für ruhige und unruhige Patientinnen war, der außerdem über diverse Nebenzimmer sowie zwei restliche Zellen für isolationsbedürftige Kranke verfügte. Allerdings existierte kein Automatismus, nach dem jede neu aufgenommene Patientin zwangsläufig ins Unterhaus gemusst hätte. Viele Patientinnen kamen während ihres gesamten Aufenthaltes nicht ein einziges Mal auf die Überwachungsstationen oder gar in den Zellenbau, allerdings verbrachten ausnahmslos alle zehn Patientinnen des hier im Focus stehenden Typs ‚Zunahme‘ eine Zeit im Unterhaus. Der Grund dafür mag in der beschriebenen Schwere der psychopathologischen Symptomatik gelegen haben. Diese äußerte sich teils in unruhigem, lautem Verhalten, das für die, auf gesellschaftlichen Umgang angelegten, Räume des Oberhauses nicht geeignet war, teils in hilfloser Orientierungslosigkeit, aber vor allem in der Selbstmordgefahr der Patientinnen. Fünf der zehn Frauen wurden in der Anamnese als zum Teil akut suizidal beschrieben. Bertha Krieger etwa drohte offen mit Selbsttötung im Fall ihrer Verbringung in eine Anstalt, andere Frauen des Typs ‚Zunahme‘ hatten bereits ernsthafte Suizidversuche begangen oder nannten konkrete Pläne. In diesen Fällen erschien jede weitere intensive Beobachtung der Patientinnen in den ersten Tagen nach der Aufnahme medizinisch besonders notwendig, und genau diese Möglichkeit zur intensiven Überwachung der Patientinnen unterschied Kennenburg von anderen Privatkliniken, die nicht über ‚geschlossene Abteilungen‘ verfügten.

In den Krankenakten sind die Beobachtungen der ersten Tage recht genau dokumentiert, während später, je nach Länge des Aufenthaltes und Chronizität des Störungsbildes, manchmal Wochen oder sogar ganze Monate in der Dokumentation übersprungen wurden. Im Kern werden stets sechs Bereiche beobachtet und dokumentiert: Erstens der Schlaf, zweitens die Nahrungsaufnahme, drittens die Verdauung, viertens alle weiteren somatischen Auffälligkeiten, fünftens der Menstruationszyklus und sechstens das individuelle Verhalten.

ABBILDUNG 5.1:

a) Emilie Maier: Schlafprotokoll

b) Bertha Krieger: Gewichtsprotokoll

Emilie Maier: Schlafprotokoll

1905
 ORA. 10-11 11-12 12-11 22-3 3-4 4-5 5-6 6-7
 31/160
 1/2
 2/3
 3/4
 4/5
 5/6
 6/7
 7/8
 8/9
 9/10
 10/11
 11/12
 12/13
 13/14

Bertha Krieger: Gewichtsprotokoll

Körperlänge 1,52
 Körpergewicht

13 Dezember	34,600.
16 " "	34,600.
23 " "	34,000.
30 " "	34,300.
10 Dezember	33,200.
23 " "	36,900.
3 Januar 1887.	38,000.
10 " "	38,400.
17 " " "	39,400.
31 " "	40,510.
17 Febr.	41,20.
28 " "	41,500.

Abbildung 5.1 zeigt zwei Beispiele für ein typisches Schlaf- bzw. Gewichtsprotokoll. Links ist zu erkennen, wie die Patientin Emilie Maier in ihren ersten Nächten auf der Überwachungsabteilung geschlafen hat. Lag sie am Anfang noch zwischen zwei und vier Uhr in der Nacht wach, verkürzten sich die schlaflosen Zeiten zusehends, während sie dann ab ihrer fünften Nacht bis auf eine Ausnahme regelmäßig durchschläft. Rechts zeigt die Gewichtstabelle von Bertha Krieger die in unregelmäßigen Zeitabständen erhobenen Gewichtsveränderungen.

Ähnliche Protokolle finden sich vereinzelt in den Akten auch zum Menstruationszyklus. Darüber hinaus werden die meisten Beobachtungen und Eingriffe im Fließtext festgehalten. Insbesondere die Verhaltensbeobachtungen und verbalen Äußerungen der Patientinnen während der ersten Tage und Nächte. Bei Bertha Krieger etwa ihr „Weinen und Schluchzen“, ihre Klagen über „Heimweh“, die „ganz minimale[n] Mengen Fleisch“, die sie am Anfang beim Mittagessen zu sich nimmt, aber schließlich auch die Beobachtung, wie sie am Nachmittag „mit einer etwa gleichaltrigen Mitkranken [...] laut und fröhlich“ singt.⁵⁰¹

⁵⁰¹ Akte Krieger, Verlauf.

Aus den zahlreichen Beobachtungen leiten die Ärzte mögliche Behandlungsmaßnahmen ab. Während der langen Zeit meiner Recherchen zu Kennenburg war die Frage nach eben den Behandlungsmaßnahmen die entscheidende für mich. ‚Wie sahen die Interventionen aus?‘ Diese Frage hat mich intensiv beschäftigt. Die Antworten, die ich gefunden habe, will ich in den folgenden Kapiteln zur somatischen bzw. psychischen Behandlung vorstellen.

5.3.1 Somatische Behandlung

Die somatische Behandlung war, um eine persönliche Bewertung vorwegzunehmen, aus meiner Sicht nicht die entscheidende Einflussgröße, die über Heilung oder Nicht-Heilung einer Patientin entschieden hat. Zumindest meine ich dies für die somatische Behandlung, wie sie in Kennenburg unter der Direktion Dr. Landerers stattgefunden hat, sagen zu dürfen. Während in anderen Anstalten wie etwa der vergleichbaren Privatklinik Bellevue nach dem Urteil der Autoren der Tübinger Forschungsgruppe eine Behandlung auf der Höhe der damaligen Zeit stattfand,⁵⁰² lässt sich in Kennenburg somatisch wenig Vergleichbares finden: keine physikalische Therapie wie etwa die elektrischen Bäder, für die es in jeder Villa im Bellevue Einrichtungen gab, keine Massagen, keine theoretisch fundierten „Mastkuren“.⁵⁰³ Erst Ende der 1890er Jahre, wahrscheinlich auf Initiative des neuen zweiten Arztes Reinhold Krauß, der bei Kraepelin in Heidelberg gelernt hatte und später die Anstalt übernehmen würde, *„faßte die Kraepelin’sche Systematik auch in Kennenburg Fuß; man ging zur Liegebehandlung über und erinnerte sich der früher längst üblich gewesenen Dauerbäder.“*⁵⁰⁴ Darüber hinaus gibt es wenig Konkretes über die somatische Behandlung zu berichten, und fast ist man versucht, dem harschen Urteil des letzten Anstaltsinhabers Paul Krauß zuzustimmen, der 1940 über seinen Vorgänger schreibt: *„Weder über seine Auffassung noch über seine Behandlung der Geisteskrankheiten gibt es Wissenswertes zu berichten.“*⁵⁰⁵

Auch die Quellen zeigen wenig, was zu Landerers Ehrenrettung anzuführen wäre. Was sich sagen lässt, ist, dass er auf diesem Gebiet zumindest wohl keine großen Fehler beging, andernfalls wären diese nach den häufig stattfindenden Visitationen sicher vermerkt worden. Aber rechtfertigt das allein die hohen Aufenthaltskosten? Und wie erklärt sich, dass die zehn jungen Frauen unter Landerers Behandlung signifikant innerhalb eines Jahres zunehmen? Meiner Ansicht nach muss dennoch irgendeine Form von Behandlung stattgefunden haben, sonst gäbe es den Typ ‚Zunahme‘ nicht. Um dieser Vermutung nachzugehen, wird im Folgenden ein besonderes Augenmerk auf die Ernährung in Kennenburg gelegt. Später steht dann die psychische Behandlung im Focus der weiteren Arbeit. Vorab jedoch folgt nun zunächst ein kurzer Überblick über die medikamentöse Behandlung unter Direktor Landerer.

⁵⁰² Domeyer (2004): Bellevue 1886-1890, S. 91.

⁵⁰³ Ebd., Physikalische Therapie, S. 91ff. Mastkuren im Bellevue nach Mitchell (1829-1914), S. 108ff.

⁵⁰⁴ Krauß (1940): Kennenburg, S. 31.

⁵⁰⁵ Ebd.

5.3.1.1 Medikation

ABBILDUNG 5.2:

E. Zimmer: Medikation Mai/Juni 1903

8/5	Karlsbader Salz $\frac{3}{4}$ Eßl.
9/5	Karlsbader Salz $\frac{3}{4}$ Eßl.
10/5	Karlsbader Salz $\frac{3}{4}$ Eßl.
11/5	Karlsbader Salz $\frac{3}{4}$ Eßl.
12/5	Karlsbader Salz 1 Eßl.
13/5	Karlsbader Salz $\frac{3}{4}$ Eßl.
14/5	Karlsbader Salz $\frac{3}{4}$ Eßl.
15/5	Karlsbader Salz $\frac{3}{4}$ Eßl.
16/5	Karlsbader Salz 1 Eßl.
17/5	Karlsbader Salz 1 Eßl.
18/5	Karlsbader Salz 1 Eßl.
19/5	Karlsbader Salz 1 Eßl.
20/5	Karlsbader Salz 1 Eßl.
21/5	Karlsbader Salz 1 Eßl. 1 $\frac{1}{2}$ Glycerin spritzgen
22/5	Karlsbader Salz 1 Eßl.
23/5	2 Glycerin spritzgen
24/5	2 Glycerin spritzgen
25/5	1 Einlauf
25/5	2 Glycerin spritzgen
26/5	1 Einlauf
27/5	1 Einlauf
28/5	1 Einlauf
29/5	1 Einlauf
30/5	1 Einlauf
1/6	1 Einlauf
2/6	1 Einlauf
3/6	1 Einlauf
4/6	1 Glycerin spritzgen
5/6	1 Hamillen einlauf
6/6	1 Hamillen einlauf
7/6	1 Hamillen einlauf
8/6	1 Hamillen einlauf
9/6	1 Hamillen einlauf
10/6	1 Hamillen einlauf
11/6	1 Hamillen einlauf Natr. bicarb. 1 Messerspitze
12/6	1 Einlauf Natr. bicarb. 1 Messerspitze
13/6	1 Seifenwässer einlauf
14/6	1 Seifenwässer einlauf
15/6	1 Hamillen einlauf
16/6	1 Hamillen einlauf
17/6	1 Hamillen einlauf
18/6	1 Glycerin einlauf
19/6	1 Hamillen einlauf
20/6	1 Hamillen einlauf
21/6	1 Hamillen einlauf
22/6	1 Hamillen einlauf

In der linksstehenden Abbildung ist ein typischer Medikationsbogen oder -zettel zu sehen, wie er manchmal den Akten beiliegt. In diesem Fall handelt es sich um die Medikation der Patientin Zimmer im Frühjahr 1903. Deutlich zu erkennen ist die akribische Dokumentation der immer gleichen Medikamente incl. ihrer Dosis. Dabei erinnern die Mengenangaben in „ $\frac{3}{4}$ Eßl[öffeln]“ oder einer „Messerspitze“ in ihrer Unschärfe teilweise an Küchenrezeptangaben. Es ist ein schöner Einblick in die sich erst allmählich vollziehende Professionalisierung der somatischen Behandlung.

In den dargestellten sieben Wochen erhält Elisabeth Zimmer regelmäßig Karlsbader Salz als Abführmittel im Rahmen einer so genannten „Karlsbader Diät“, nachdem sie „Schmerzen bei Druck in der Magengegend“ beklagt hatte. Allerdings schüttet Elisabeth Zimmer das salzige Wasser oft einfach weg, was wohl der Grund für die regelmäßigen Einläufe ist, die sie erhält. Diese Einläufe sind manchmal mit Kamille, Seifenwasser oder Glycerin versetzt, was den Defäkationsreiz zusätzlich steigern soll. Neben den stark abführend wirkenden Einläufen, können diese auch mit Eiern, Milch oder anderen Lebensmitteln angereichert und als Nährklysmen verabreicht werden. Ihr Sinn liegt dann in der Kaloriensubstitution, falls eine Patientin ihre Nahrung verweigert oder, wie etwa Elisabeth Zimmer, ihr „Essen in das Nachtgeschirr, in den Spucknapf [leert]“.

Vermutlich erhält Elisabeth Zimmer jedoch keine Nährklysmen, sondern vorwiegend Mittel zur beschleunigten Darmentleerung. Auch die „1 Messerspitze“ *Natr[ium]bicarb[onate]* soll wohl gegen unspezifische Verdauungsstörungen helfen, wobei eine Anwendung des Mittels, das unserem heutigen Natron ähnelt, noch für zahlreiche andere Bereiche in Frage käme.

Für einen tieferen Einblick in die zeitgenössische Medikation möchte ich hier zum einen auf die Dissertationen des Tübinger Projekts zur Auswertung des Nachlasses der Familie Binswanger verweisen, die mit ihrem medizinischen Hintergrund die entsprechende Pharmakologische Therapie sehr viel intensiver darstellen, als dies hier meine Absicht ist,⁵⁰⁶ sowie zum anderen auf Ellen Leibbrocks Dissertation zur medikamentösen Therapie psychisch Kranker in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, die nicht nur die historische Medikation anhand zahlreicher Fallbeispiele vorstellt, sondern sie darüber hinaus in ihrer geschlechterspezifischen Anwendung und im Vergleich mit der zeitgenössischen Literatur diskutiert.⁵⁰⁷ Die vorliegende Arbeit erhebt dagegen nicht den Anspruch auf vollständige Darstellung aller unter Direktor Landerer verabreichten Präparate. Zum einen wäre dies aufgrund der Aktenfülle nicht leistbar, zum anderen wäre selbst eine vollständige Auflistung aller Medikamente, die die zehn hier vorgestellten Frauen erhielten, insofern irreführend, als diese Arbeit ja davon ausgeht, dass diese zehn Frauen eine ‚Sondergruppe‘, einen extremen Typus darstellen, der nicht dem Durchschnitt entspricht. Somit ist ihre Behandlung nicht repräsentativ für die Behandlung psychisch Kranker im ausgehenden 19. Jahrhundert.

Das vorliegende Kapitel beschränkt sich daher lediglich auf Auszüge der Pharmakotherapie zu Zeiten Direktor Landers, und diese Therapie betrifft im Wesentlichen fünf Bereiche: Verdauungs- und Schlafförderung, allgemeine Kräftigung, Linderung sonstiger somatischer Probleme sowie die Sedierung unruhiger Patientinnen. Zur Kräftigung dienten neben der Ernährung, auf die noch genauer eingegangen werden wird und zu der auch die bereits beschriebenen Nährklysmen zählen, außerdem Eisenpräparate oder Alkohol, während sich zur Linderung allgemeiner somatischer Probleme Schmerzmittel wie Antipyrin finden. Verdauungsprobleme traten häufig als Nebenwirkungen besonders von Opiaten, aber auch anderer Medikamente wie etwa eisenhaltiger Präparate auf. In Kennenburg konnten sie allerdings auch Folge der ungewohnt reichhaltigen Ernährung sein, die insbesondere im Fall der zumeist stark untergewichtigen Frauen des hier untersuchten Typs anfänglich meist zu Obstipation führte. Als Gegenmittel finden sich in den Akten zahlreiche Angaben, angefangen von Tees über die bereits erwähnten Einläufe, das Karlsbader Salz, die Gabe von Rizinusöl oder auch Abführpillen in Form von zum Beispiel Rhabarbertabletten bis hin zu dem quecksilberhaltigen Calomel, das zum Beispiel der 14-jährigen Elisabeth Hochstätter zur „*Stuhlentleerung*“ verabreicht wurde.

⁵⁰⁶ Bellevue: Domeyer (2004): 1886-1890; Fischer (2004): 1891-1895; Stollwerck (2007): 1896-1900.

⁵⁰⁷ Leibrock (1998): Die medikamentöse Therapie.

Über Jahrzehnte in Kennenburg besonders beliebt war ein „Bitterwasser“, das so genannte „Göppinger Wasser“, das auch heute noch erhältlich ist und inzwischen unter dem Namen „Heilwasser St. Christophorus“ sogar die offizielle Zulassung als Arzneimittel erhalten hat. Laut Firmenhomepage kann eine „anregende Wirkung auf Magen und Darm [...] insbesondere bei Sodbrennen“ nachgewiesen werden. Im Jahr 1888 lieferte die Göppinger Verwandtschaft Landerers bereits „über eine Million Tonkrüge mit Göppinger Wasser“ aus,⁵⁰⁸ und zwar auch nach Kennenburg, wo das Wasser wie ein Medikament in festgelegter Dosis von ein bis zwei Gläsern zum Beispiel der Patientin Bertha Krieger verabreicht wurde.

ABBILDUNG 5.3.⁵⁰⁹

a) Werbeplakat aus den 1880er Jahren

b) Spätere Werb. mit Glasflaschen



Gegen die Positivsymptomatik im Rahmen von Psychosen, wie sie bei einigen der beschriebenen zehn Patientinnen vermutlich auftraten, half allerdings kein Bitterwasser – hier gab Landerer Hyoscin- bzw. Morphinumlösungen. So etwa in dem Fall der Marie Charlotte Geldart aus Norbiton bei London, die Angst hatte, von ihrem Pfarrer ermordet zu werden und die in ihrer ersten Nacht in Kennenburg als „sehr unruhig, sehr oft laut und störend“ beschrieben wird und daraufhin akut Hyoscin erhält. Hyoscin zeigte zwar kurzfristig stark beruhigende Effekte, eignete sich aber nicht zur Dauerbehandlung wie etwa Morphin, das Landerer meiner Einschätzung nach jedoch eher als Schmerzmittel, denn als dauerhaftes Sedativum einsetzte.⁵¹⁰ Zur Beruhigung bzw. als Schlafmedikation, um den fünften Bereich abzuschließen, diente außerdem Bromkalium, das viele der Patientinnen bekamen, sowie in Einzelfällen Paraldehyd und ab Beginn des 20. Jahrhunderts auch das Barbiturat Veronal.

⁵⁰⁸ www.natuerlich-wirksames-heilwasser.de

⁵⁰⁹ Lang (2002): 150 Jahre Christophsbad, S. 35 und S. 45.

⁵¹⁰ Siehe dazu, wie auch zu den o.g. Nährklysmen, die umfangreiche Akte Hochstätter.

5.3.1.2 Ernährung

Wie bereits mehrfach angedeutet, spielt die Ernährung in Kennenburg eine doch so zentrale Rolle, dass sie hier von mir als eigenes Behandlungsmodul bewertet wird. Wie in Kapitel vier gezeigt, nehmen im Mittel die Patientinnen unter Dr. Landerer um 5% ihres Eintritts-BMI zu. „[R]eichliche Ernährung“ ist für Landerer wichtig. Im Anstaltsprospekt um 1900 heißt es dazu: „Ausserdem wird besonderes Gewicht gelegt auf reichliche Ernährung, auf energische Muskelthätigkeit, zweckmässige Beschäftigung und möglichst viele Bewegung im Freien“.⁵¹¹ Derartige diätetische Behandlungsformen sind aus anderen Anstalten längst bekannt und gut beschrieben.⁵¹² Sie gehörten zu einem klar strukturierten Anstaltsalltag, der sich aus dem Gedanken einer mens sana in corpore sano speiste und lediglich im Detail insofern variierte, als in luxuriöseren Privatanstalten wie etwa dem Bellevue oder Kennenburg die Patienten keine schweren Arbeiten verrichteten, sondern zur Muskeltätigkeit zahlreiche Spaziergänge und Ausflüge unternahmen oder etwa auf der anstaltseigenen Kegelbahn im Garten spielten.

Bis heute spielen Mahlzeiten im Anstaltsalltag eine große Rolle. Sie strukturieren den Tag, vermitteln Gemeinschaft und stillen manchmal Bedürfnisse, die anderweitig nicht befriedigt werden können. In seiner Reportage: „Als Alkoholiker im Irrenhaus“ schreibt der Journalist Günter Wallraff aus einer Psychiatrie noch vor den Reformveränderungen der 70er Jahre: „Die meisten essen nicht, um satt zu werden, sie essen, um zu essen. Das Essen ist Ersatz für alles, was sie hier entbehren. [...] Das Essen hält den Tag zusammen.“⁵¹³ Ähnlich bewertet auch die Historikerin Doris Kaufmann die Bedeutung der Mahlzeiten zu Beginn des 19. Jahrhunderts in der staatlichen Anstalt Zwiefalten: „Die Mahlzeiten hatten grundsätzlich einen zentralen Stellenwert im Leben in der Anstalt. Für die Insassen lag ihre Bedeutung angesichts des Mangels beinahe aller anderen sinnlichen Genüsse auf der Hand“.⁵¹⁴

Mahlzeiten dienten demnach nicht nur der Sättigung oder der gezielten „Mast“, wie sie etwa im Bellevue – allerdings nicht in Kennenburg – nach einer Methode des Amerikaners Mitchell Ende des 19. Jahrhunderts durchgeführt wurde,⁵¹⁵ Mahlzeiten dienten darüber hinaus der sozialen Kommunikation, dem Stillen von Bedürfnissen oder dem Ausdruck von Emotionen: Trauer oder Heimweh konnten gezeigt werden, indem lediglich „ganz minimale Mengen“⁵¹⁶ verspeist wurden, und Aggressionen konnten abgebaut werden, indem Essen im Zimmer herumgeworfen wurde.⁵¹⁷ Essen ließ sich verschlingen oder erbrechen. Essen ließ sich stehlen und verstecken, Essen konnte man horten oder ins „Nachtgeschirr“ ausleeren.⁵¹⁸

⁵¹¹ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

⁵¹² Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege.

⁵¹³ Wallraff (1987): Als Alkoholiker im Irrenhaus, S. 26.

⁵¹⁴ Kaufmann (1995): Aufklärung, S. 216.

⁵¹⁵ Domeyer (2004): Bellevue 1886-1890, S. 108ff.

⁵¹⁶ Akte Krieger, Verlauf.

⁵¹⁷ Akte Knewitz, Verlauf.

⁵¹⁸ Akte Krieger, Verlauf.

Mahlzeiten waren die Verbindung zwischen Anstalt und Anstaltsinsassen. Hier konnte Vertrauen zwischen Patientinnen und Personal entstehen, etwa wenn Karoline Matterstock aus Angst vor Vergiftung beim Frühstück verlangte, „*daß auch die Wärterin davon koste*“,⁵¹⁹ oder Nähe hergestellt werden wie etwa beim Füttern der zunächst hilflosen Anna Knewitz.⁵²⁰ Genau so konnte aber auch gegenseitige Macht erprobt und ausgeübt werden. Mit Nahrung ließ sich spielen und provozieren, mit Nahrung beziehungsweise der Nahrungsverweigerung konnten sich die Patientinnen gegen die Anstalt zur Wehr setzen. Denn es lag im Interesse der Anstalt, die Patientinnen wenigstens äußerlich zu kräftigen, bis sie blühend aussahen und zumindest körperlich gesundet entlassen werden konnten. Allerdings war den Patientinnen damit auch ein Machtinstrument in die Hand gegeben. Mit ihrem Körper konnten sie ihr Einverständnis oder ihre Ablehnung ausdrücken. Essen war somit ein Code, an dem sich Krankheitseinsicht, Kooperation und Widerständigkeit ermessen ließen.

Rein medizinisch war eine reichliche Ernährung in den Heilanstalten vor allem deshalb so bedeutend, weil Mediziner noch Ende des 19. Jahrhunderts von einem engen Kausalzusammenhang zwischen körperlicher Kräftigung und der damit einhergehenden Abnahme psychotischer Symptomatik überzeugt waren. Die in der Einleitung vorgestellte Patientin Marie Bauscher, die zwar nicht Teil dieser Untersuchung, wohl aber ihre Ideengeberin ist, bekommt noch im Jahr 1900 vom Oberamtsarzt die Diagnose „*Inanitionspsychose*“ gestellt: „*Sie war vor 18 Jahren wegen einer Inanitionspsychose schon einmal in der Anstalt gewesen, & hat wegen ähnlicher Erscheinungen [...] die Anstalt freiwillig wieder aufgesucht.*“⁵²¹

*„Unter Inanition versteht man nicht nur den Zustand des Hungerns und dessen Folgen, sondern überhaupt jeden Zustand, in dem der Körper gezwungen ist, zur Erhaltung der nothwendigen Lebensfunctionen von seinen eigenen Geweben aufzubrauchen, gleichgültig ob dies durch vollständige oder unvollständige Unterbrechung der Nahrungsaufnahme bedingt ist, oder ob wegen vermehrten Verbrauchs und stärkerer Ausscheidung die unter gewöhnlichen Verhältnissen ausreichende Nahrung nicht mehr genügt, um den Gewebsverbrauch zu decken.“*⁵²²

Inanition beschreibt also einen Zustand, der, wenn man den zeitgenössischen Ausführungen des Mediziners Dreyfus aus dem Jahr 1906 folgt, den Körper zwingt, zum Erhalt seiner Funktionsfähigkeit von seinen ‚Reserven‘ zu zehren. Dieser Zustand wurde noch in den 80er Jahren des 19. Jahrhunderts als ursächlich für psychotische Störungen angesehen. Während die moderne Medizin heute vom Gegenteil ausgeht und hohe Gewichtsverluste, wie sie etwa von Schizophrenen bekannt sind, ätiologisch auf die Erkrankung zurückführt – und nicht andersherum die psychotische Störung als Folge des Gewichtsverlustes deutet –, sah man diesen kausalen Zusammenhang Ende des 19. Jahrhunderts genau umgekehrt.

⁵¹⁹ Akte Matterstock, Verlauf.

⁵²⁰ Akte Knewitz, Verlauf.

⁵²¹ Visitationsbericht v. 30.08.1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 277.

⁵²² Dreyfus (1906): Die Inanition im Verlaufe von Geisteskrankheiten, S. 519.

Richard Macks geht in seiner 1887 veröffentlichten Dissertation sogar so weit zu behaupten: „dass [...] die Moral vom Körpergewicht abhängig ist.“⁵²³ Er begründet diese Annahme damit, dass Nahrungsmangel zu Psychosen und diese zu kriminellen Verhalten führen könnten:⁵²⁴

„Es ist bekannt, dass die meisten Geisteskranken in einem schlechten Ernährungszustande in die Anstalten eingeliefert werden. Schon dieser Umstand, noch mehr aber die Erfahrung, dass die betreffenden Kranken, [...] in einer gewissen Zeit sich beruhigen, an Körpergewicht zunehmen, und dass damit die Psychosen mehr oder weniger an Intensität abnehmen, führte Prof. Arndt dazu, die meisten Psychosen als Inanitionspsychosen hinzustellen. Sie, die Psychosen, sind eben der Ausdruck des in seiner Ernährung mehr oder weniger beeinträchtigten oder geschädigten Nervensystems [...]; ist nun das Körpergewicht des betreffenden Individuums um ein beträchtliches gefallen, ist die Ernährung eine schlechte, sind daher die einzelnen Organe, [...] besonders das Nervensystem nicht gehörig mit normalem Blute versehen, so erkranken häufig solche Individuen psychisch und sie bessern sich psychisch in dem Maasse wieder, als ihr Körpergewicht zunimmt. Da sie nun in diesen ihren eigentlichen oder schweren Krankheitszuständen vielfach Ungehörigkeiten, ja selbst Verbrechen begehen, wovon in ihren gesunden oder besseren Tagen nichts vorkommt, so kann man auch [...] behaupten, dass bei diesen Individuen die Moral vom Körpergewicht abhängig ist.“⁵²⁵

In seiner Dissertation führt Macks danach noch zahlreiche Beispiele an, die seine These: „Die meisten Psychosen sind Inanitionspsychosen“ belegen sollen.⁵²⁶ Mir scheint diese Abhandlung für die Kennenburger Behandlungsmethoden deshalb von hoher Bedeutung zu sein, weil ich, auch aufgrund des Visitationsberichts von 1900, in dem der Esslinger Oberamtsarzt ebenfalls von Inanitionspsychose spricht, davon ausgehe, dass Macks These in etwa dem theoretischen Hintergrund entspricht, aus dem heraus Direktor Landerer seine Patient/innen behandelt. Reichliche Ernährung um 1900 im Anstaltsprospekt zu erwähnen, ist somit mehr als Werbung für gutbürgerliche Küche, vielmehr spiegelt reichliche Ernährung den zeitgenössischen Behandlungsmaßstab. Auch wenn sich der Mediziner Dreyfus zwanzig Jahre später vehement von dieser Haltung distanziert und 1906 über Macks These schreibt: „Auf einem solchen Standpunkt stehen wir glücklicher Weise nicht mehr“⁵²⁷, so ist in Kennenburg unter Dr. Landerer davon auszugehen, dass bei einigen der zehn Patientinnen, die hier im Focus stehen, eben aufgrund dieses angenommenen Kausalzusammenhanges von Verhaltensauffälligkeiten und Untergewicht so viel Wert auf die Ernährung gelegt wurde.

Dieser Kausalzusammenhang wird offenbar auch von medizinischen Laien angenommen. So schreibt etwa der Bruder von Elisabeth Scharpinet an Landerer: „Es ist nun sehr zu bedauern daß sie von den fixen Ideen nicht loskommen kann, bei der zunehmenden Kräftigung hätten wir gedacht, daß diese Gedanken sich nach & nach mehr verlieren würden.“⁵²⁸

⁵²³ Macks (1887): Ueber den Zusammenhang, S. 6.

⁵²⁴ Ebd., Macks bezieht sich hier auf eine Äußerung seines Lehrers Prof. Arndt.

⁵²⁵ Ebd., S. 5f.

⁵²⁶ Ebd., S. 34.

⁵²⁷ Dreyfus (1906): Die Inanition im Verlaufe von Geisteskrankheiten, S. 521.

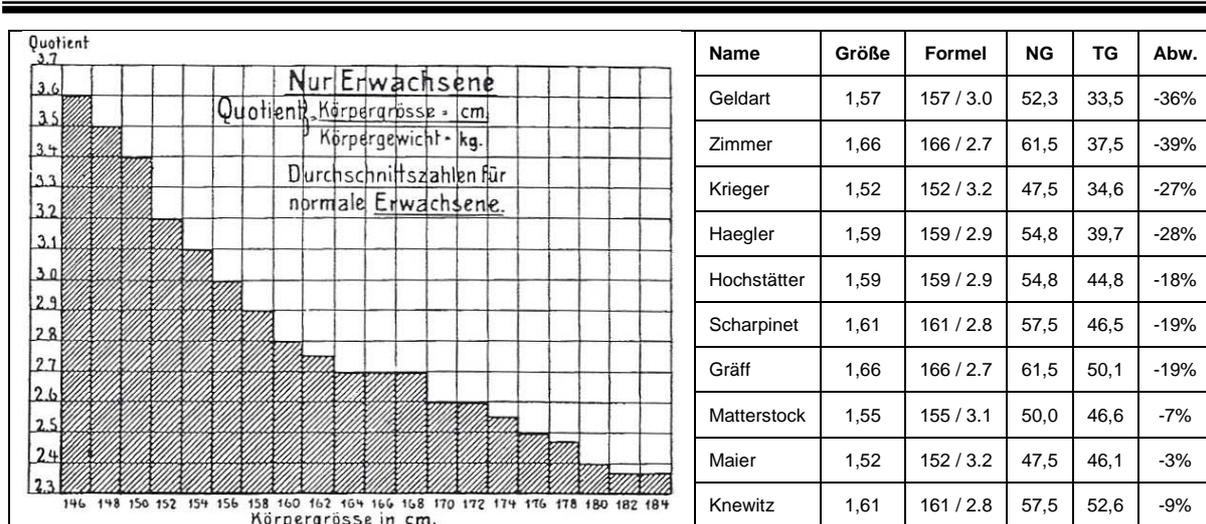
⁵²⁸ Akte Scharpinet, Brief d. Bruders v. 22.07.1905.

Gemessen an den medizinischen Maßstäben seiner Zeit ergibt Landerers somatische Behandlung, nämlich in erster Linie auf die körperliche Kräftigung seiner Patientinnen zu setzen, damit durchaus einen psychiatrischen Sinn. Nahrungsverweigerung, wie sie auch aus anderen Anstalten beschrieben wird, aber mit der „Praxis des Hungerstreiks“ wie in der „Bewegung der Suffragetten“ zu assoziieren, wie dies Monika Ankele in ihren Ausführungen andeutet,⁵²⁹ mag zwar ein schönes Bild für die Wehrhaftigkeit einzelner Patientinnen sein – Bewusstseinsklarheit einmal voraussetzt – greift aber nicht den Behandlungsaspekt der Psychiater auf, denen in ihrem Krankheitsverständnis von Inanitionspsychosen durch die Nahrungsverweigerung eine wesentliche Behandlungskomponente genommen wird.

Die unten stehende Abbildung beruht auf Daten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg, in der zehn Jahre lang das Initialgewicht „bei allen die Klinik passierenden Kranken“ erhoben wurde. In seiner Veröffentlichung 1906 zur „Inanition im Verlaufe von Geisteskrankheiten“ stellt Dreyfus diese Durchschnittszahlen, die sich auf einen ganz einfachen Quotienten aus Körpergröße in cm geteilt durch Gewicht in kg beziehen, seinen kritischen Ausführungen zur Inanitionspsychose voran.⁵³⁰ Damit liegen mir, nach kurzer Umrechnung, die Durchschnittswerte des Körpergewichts einer zeitgenössischen psychiatrischen Vergleichsgruppe vor.

ABBILDUNG 5.4.⁵³¹

Berechnung des Normalgewichts (NG) einer zeitgenössischen Vergleichsgruppe (1906) und der Abweichungen zum Tatsächlichen Gewicht (TG) der 10 Kennenburger Patientinnen



Es ist damit möglich, die Körpergröße der zehn Kennenburger Patientinnen durch den jeweiligen angegebenen Quotienten der historischen Vergleichsgruppe zu dividieren und so das erwartete Normalgewicht sowie die prozentuale Gewichtsabweichung zu errechnen.

⁵²⁹ Ankele (2009): Alltag und Aneignung, S. 208.

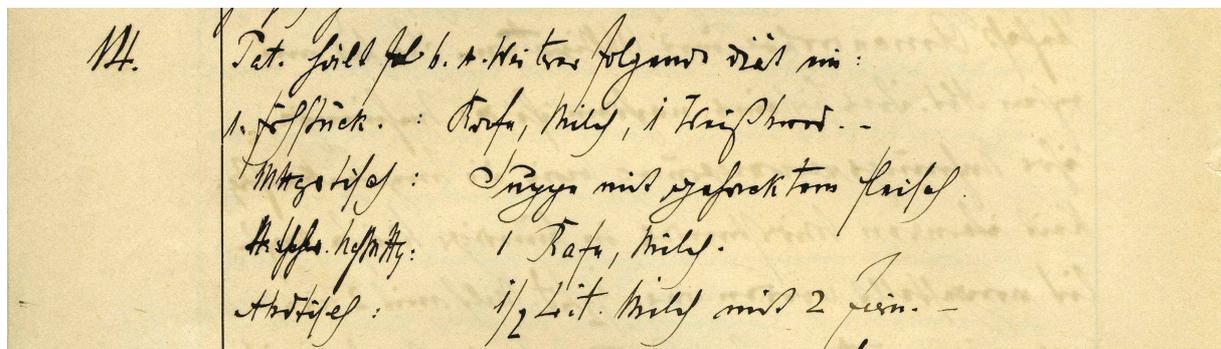
⁵³⁰ Dreyfus (1906): Die Inanition im Verlaufe von Geisteskrankheiten, S. 520f.

⁵³¹ Beim Ablesen zählt die obere Linie. Bei Zwischenwerten wie 1,57 habe ich konservativ gerechnet und jew. 1cm abgezogen. Die Quotienten beziehen sich ausdrücklich nur auf Erwachsene. Die erst 14-jährige Elisabeth Hochstätter sollte somit, streng genommen, nicht berücksichtigt werden.

Heutige Diagnosesysteme definieren Untergewicht entweder über einen BMI-Wert von kleiner oder gleich 17,5 bzw. über eine Abweichung von mehr als 15% unter dem erwarteten Normalgewicht.⁵³² Je nach Diagnosesystem gälten heutzutage von den zehn Kennenburger Patientinnen also entweder vier oder sogar sieben Frauen als untergewichtig. Ab welchem Wert die damaligen Ärzte Untergewicht diagnostiziert haben, ist nicht eindeutig feststellbar. Auch lässt sich nicht sagen, ob Landerer soweit gegangen wäre, der These zuzustimmen, „dass [...] die Moral vom Körpergewicht abhängig ist“,⁵³³ sicher ist aber, dass ihm viel daran gelegen war, das Körpergewicht seiner Patientinnen zu heben. So verordnet er der stark untergewichtigen Bertha Krieger gleich zu Beginn folgende tägliche Diät aus: „Kafe, Milch, 1 Weißbrod [...] Suppe mit gehacktem Fleisch [...] 1 Kafe, Milch [...] ½ Lit. Milch mit 2 Eier“.

ABBILDUNG 5.5:

Bertha Kriegers tägliche Diät



Gemessen am Umfang des normalen Speiseplans in Kennenburg ist diese Diät in der Tat nur ein Bruchteil dessen, was die anderen Patientinnen und Patienten zu essen bekommen. Den Visitationsberichten liegt ein Speiseplan für eine komplette Woche vor, aus dem Üppigkeit und Wohlstand sprechen.⁵³⁴ So gibt es jeden Tag um zehn Uhr, vermutlich nach dem üblichen kleinen Frühstück aus Weißbrot und Kaffee, eine erste Zwischenmahlzeit, die getrennt nach Damen und Herren eingenommen wird. Sonntags „Laugenbretzel u. Butter“, sonst gerne etwas Süßes wie Honig oder Hägenmark für die Damen oder etwas Deftiges wie Ochsenmaulsalat oder Münsterkäse für die Herren, zum sonntäglichen Mittagessen dann, nach der üblichen Vorspeise aus Suppe, beispielsweise: „Majjonaise mit Fisch u. Fleisch – gebeitzten Kalbsschlegel, Kartoffelpudding“ und hinterher noch Torte zum Nachtisch. Zum Abendbrot wieder Suppe, außerdem „kalter Aufschnitt, Eier u. Gurkensalat, Butter u. Honig.“ Und zwischendurch wie „jeden Mittag zum Vesper – Kaffe.“⁵³⁵

⁵³² Diagnosesysteme: ICD-10 (BMI \leq 17,5) bzw. DSM-IV (prozentuale Abweichung).

⁵³³ Macks (1887): Ueber d. Zusammenhang zw. ps. Störungen u. Abnahme d. Körpergewichts, S. 6.

⁵³⁴ Speiseplan (ohne Jahresangabe): HStA S [E 151/53 Bü 627]. Angg. sind Wochentage und Monat. Nach Grotefend (1991): Zeitrechnung, könnte d. Plan aus d. Jahren 1887, 1892 o. 1898 stammen. (Frühere Jahre wären auch mögl., aber dann läge der Plan im Bestand des Staatsarchivs LB.)

⁵³⁵ Ebd.

Angesichts dieser Nahrungsfülle verwundert es nicht, dass die Kennenburger Patientinnen im Durchschnitt 5% ihres Eintritts-BMI zunehmen. Es wurde bereits ausführlich beschrieben, auf welchen medizinischen Hypothesen diese Betonung der Nahrungsaufnahme als Form der somatischen Behandlung basieren könnte. Darüber hinaus steht die Nahrungsaufnahme aber auch für ein zutiefst psychologisches Element des Klinikaufenthaltes. Ganz unabhängig davon, was tatsächlich auf den Teller kommt, lerntheoretisch bedeutsam ist bis heute allein schon der Faktor des gemeinsamen Essens. Durch das Sozialgefüge kann das individuelle Verhalten mit dem Verhalten anderer verglichen werden. Sitzen dann noch Autoritätspersonen wie Ärzte mit am Tisch, entsteht das, was wir im jeweiligen Kontext als ‚Normalität‘ bezeichnen. Mehrmals täglich werden die Patientinnen in diesem Kontext dahingehend beobachtet, wie gut ihnen diese Form der sozialen Anpassung gelingt. Ein entscheidendes Kriterium der Entlassfähigkeit ist die Kompetenz zum gemeinsamen, störungsfreien Essen. Mit welchen psychischen Methoden Dr. Landerer seine Patientinnen dahingehend behandelt, zeigt sich eindrucklich an der ausgewählten Gruppe der zehn Frauen des Typs ‚Zunahme‘.

5.3.2 Psychische Behandlung

Im Nachhinein ist es nicht ganz leicht, Landerers Konzepte zur psychischen Behandlung zu eruieren. Von ihm selbst ist lediglich ein Satz aus seinem Anstaltsprospekt um 1900 bekannt:

*„Die Behandlung beruht bei sorgfältiger Individualisierung auf allgemein anerkannten therapeutischen Grundsätzen, die, ebenso wie Medikamente, neben der psychischen Behandlung, welche das grösstmögliche Mass von Freiheit erstrebt, ganz nach Massgabe des Krankheitsfalls ihre Anwendung finden.“*⁵³⁶

Welche diese allgemein anerkannten therapeutischen Grundsätze sein sollen, wird nicht näher ausgeführt. Zur psychischen Behandlung wird immerhin angegeben, dass sie das „grösstmögliche Mass von Freiheit“ anstrebt. Die Historikerin Doris Kaufmann schreibt zum Behandlungsziel von Heilanstalten zu Beginn des 19. Jahrhunderts: „Heilung meinte die Wiederherstellung eines selbstkontrollierten und sich »vernünftig« verhaltenden Individuums.“⁵³⁷ Sie präzisiert diese Ansicht zum vernünftigen Individuum noch an anderer Stelle: „Der Dreh- und Angelpunkt der psychischen Kurmethode lag [...] in der Wiederherstellung der Herrschaft der immateriellen Vernunft mit immateriellen, pädagogischen Mitteln des Irrenarztes.“⁵³⁸ Vernunft – Schlagwort der Aufklärung und zentraler bürgerlicher Wert des 19. Jahrhunderts – sollte demnach durch die Ärzte institutionell als Verhaltensstandard den Kranken vermittelt und von diesen im Idealfall individuell verinnerlicht werden.⁵³⁹ Diese Wertevermittlung fand, da stimme ich Kaufmann zu, mit pädagogischen Mitteln statt. Im Kern basierte Landerers psychische Behandlung auf einer Pädagogik im Spannungsfeld von Freiheit und Strenge.

⁵³⁶ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

⁵³⁷ Kaufmann (1995): Aufklärung, S. 197.

⁵³⁸ Ebd., S. 226.

⁵³⁹ Mehr zur Verinnerlichung bürgerlicher Werte: Hettling & Hoffmann (2000): Historisierung, S. 11.

5.3.2.1 „Gehörige Strenge“

Auf der letzten Seite der Krankenakte Elisabeth Hochstätters findet sich folgender Eintrag:

„Das körperliche Befinden ist ein ganz vortreffliches, d. psych. Verhalten im Ganzen ein [...] befriedigendes; stets gemachte sehr vorsichtige u. schüchterne Versuche zu allerlei hysterischen Unfug werden durch gehörige Strenge stets mit Erfolg abgeschnitten. Das [...] Verlangen nach Hause ist sehr wesentlich durch das die Kranke bedrückende Bewusstsein, scharf beobachtet u. streng behandelt zu sein, begründet. Bei der Einsichtslosigkeit der Eltern u. ihrer Nachsicht ist die Dauer des relativ normalen Zustandes eine Frage der Zeit.“⁵⁴⁰

Zu diesem Zeitpunkt hatte die junge Elisabeth bereits knapp zwei Jahre Kennenburger ‚Schliff‘ hinter sich. Nach ihrer ersten Entlassung nach genau einem Jahr kam sie binnen weniger Wochen erneut zur Aufnahme und blieb dann noch einmal für mehrere Monate. Bei ihrer ersten Aufnahme zeigte sie, wie eingangs beschrieben, ein merkwürdiges Störungsbild: Sie verwendet eine Zeichensprache, leidet an *„hysterischen Lach- und Weinkrämpfen“*⁵⁴¹ und hatte sich angewöhnt, Menschen ihres Umfelds anhand des Geruchs zu unterscheiden. In den ersten Tagen ihres Aufenthaltes spielt sie viel mit ihren Puppen und verhält sich den *„Ärzten und Wärterinnen gegenüber [...] freundlich und zuthraulich“*. Allerdings scheint sie körperlich recht geschwächt zu sein: *„Will sie sich von einem Platz zum anderen bewegen, so verlangt sie hierzu Unterstützung, behauptet nicht stehen zu können; sie sei zu schwach“*. Dieses Verhalten wird jedoch, wie oben beschrieben, scharf beobachtet und dokumentiert. Nur fünf Tage nach ihrer Aufnahme beginnt die Erziehung zu ‚vernünftigem‘ Verhalten:⁵⁴²

„Die Kranke welche, wenn sie sich unbeobachtet glaubt, ganz gut stehen u. gehen kann, behauptet dem Arzt gegenüber, beides sei ihr ohne Unterstützung nicht möglich. Sie läßt sich auch, als ihr nach einigen Schritten der Arm entzogen wird, gleich zur Erde fallen. Als ihr darauf, unter Lachen, erklärt wird, sie möge nur ruhig liegen bleiben so lange ihr beliebt, aufhelfen werde man nicht, stimmt sie fröhlich in das Lachen ein, erhebt sich etwas mühsam u. geht ohne Hilfe auf ihren Platz zurück.“

Anders als mechanische Zwangsmaßnahmen, die man zu dieser Zeit vielleicht noch in Anstalten vermutet, kann es sich Landerer buchstäblich nicht leisten, sein zahlungskräftiges Klientel mit drakonischen Maßnahmen ‚erziehen‘ zu wollen. Bei ihm herrschte allerdings *„feste Zucht“*, wie der spätere Direktor Kennenburgs Paul Krauß über Landerer schreibt: *„Das Haus war von strenger Ordnung erfüllt.“*⁵⁴³ Strenge war ein zentraler Bestandteil von Landerers pädagogisch-therapeutischem Behandlungsmodus. Damit entspricht er jenem Bild des ‚aufgeklärten‘ Psychiaters, der die *„Herrschaft der Vernunft“* als Therapieziel verfolgt, diese aber, nach Meier, ebenfalls mit Zwang, nur mit neu definiertem, umsetzt, so *„dass die Geisteskranken nunmehr rigoros vernünftigen Ordnungsprinzipien unterworfen wurden.“*⁵⁴⁴

⁵⁴⁰ Akte Hochstätter, Verlauf.

⁵⁴¹ Ebd., Anamnese.

⁵⁴² Alle Zitate zu Elisabeth Hochstätter stammen auch im Folgenden aus Ebd., Verlauf.

⁵⁴³ Krauß (1940): Kennenburg, S. 31.

⁵⁴⁴ Meier et al. (2007): Zwang zur Ordnung, S. 21.

Meier schreibt zu dieser Umdefinition von Zwang:

„Die im Namen von Humanität und Freiheit vorgenommene Abkehr von den herkömmlichen Zwangsmassnahmen war also mit der Tendenz verbunden, weiterhin bestehende Formen von Zwang durch medizinische Rationalisierungen zu verdecken und zu tabuisieren. Dies gilt einerseits für die neuen Formen von Disziplinartechniken, denen sich die Individuen in der Anstalt unterwerfen mussten – so zum Beispiel die Einhaltung eines streng geordneten Tagesablaufs. Indem die No-Constraint-Konzeption andererseits die früher üblichen Behandlungsmittel wie Peitschen, Ketten und Drehstühle als »Zwangsmittel« bezeichnete, suggerierte sie zudem, bei den seit Ende des 19. Jahrhunderts praktizierten Massnahmen – zum Beispiel Dauerbäder [...] – spiele Zwang keine Rolle mehr.“⁵⁴⁵

Die Beobachtungen Meiers et al. helfen, um einige bis heute verdeckte Zwangsmaßnahmen in Kliniken als solche zu erkennen und zu benennen. Landerers Behandlungsstrategie durch „gehörige Strenge“ lässt sich wohl zu den beschriebenen verdeckten Maßnahmen zählen. Dennoch zeigt sein Umgang mit Elisabeth Hochstätter darüber hinaus auch, wie ich meine, einen gewissen Witz. Zumindest zeugt sie von intensiver Beschäftigung mit der Patientin. Nur durch intensive Beobachtung können er, beziehungsweise seine Assistenzärzte sehen, dass die Patientin ihr Leid teilweise nur vortäuscht und so zum Beispiel auch ohne Hilfe stehen und gehen kann. Nachdem ihr diese Masche seit der beschriebenen Episode fehlt, scheint sie sich im Unterhaus an ihre Umgebung anzupassen und neue Formen zu suchen, die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich zu ziehen. Immer wieder finden sich detailliert dokumentierte Beschreibungen von Krampfanfällen aller Art, die die junge Patientin erlebt. Gegen diese Anfälle erhält sie regelmäßig Morphiumspritzen. Zwei Monate nach Beginn dieser Anfälle zweifeln die Ärzte jedoch zumindest an der Echtheit einiger dieser Anfälle:

„Gestern [Abend] 5 Uhr fing Pat. [...] an zu speicheln, die Augen zu verdrehen, mit den Füßen zu strampeln, schließlich mit fast bis zum Kinn gezogenen Beinen u. so zum Knäuel geballt sich im Kreise herumdrehen. Pat. ist dabei offenbar bei vollem Bewußtsein, wie ihr sorgfältiges Vermeiden aller Hindernisse, an denen sie sich verletzen könnte, ihr verschiedentliches Geschrei bei der Annäherung verschiedener Personen, beweist. Auf gütliches wie ernstes Zureden reagiert sie nur durch heftige Bewegungen. Auf Inj] von reinem Wasser sofortige Beruhigung.“⁵⁴⁶

Das Beispiel zeigt, dass offenbar schon die Ärzte im 19. Jahrhundert den Placebo-Effekt kannten und nutzten. Auch einen Tag später liest man: „Wasserinjection wirkte prompt.“ Danach finden sich vorerst keine weiteren Einträge zu Morphiuminjektionen. Allerdings schreit Elisabeth Hochstätter häufig zu allen möglichen Tages- und Nachtstunden. Wird es den Ärzten zu laut, kommt Elisabeth für einige Zeit in eine Zelle. Vor die Wahl gestellt, entweder in der Zelle bleiben zu müssen oder in ihr Zimmer zu dürfen, wenn sie aufhöre zu schreien, tritt „allmähliche Beruhigung ein.“ Schließlich schläft sie ruhig bis zum Morgen.

⁵⁴⁵ Ebd., S. 22.

⁵⁴⁶ Akte Hochstätter, Verlauf. [Unterstreichungen im Original]

Alle Zitate zu Elisabeth Hochstätter stammen auch im Folgenden aus Ebd.

Solche Vorfälle wiederholen sich häufig. Elisabeth Hochstätter beginnt meist aus unklarer Ursache heraus zu allen möglichen Zeiten und an allen möglichen Orten laut zu schreien, manchmal ist sie noch durch „*ernstes Zureden*“ zu beruhigen, manchmal entschuldigt sie sich danach „*in confuser Weise*“ für ihr Verhalten, das sie, so beobachten die Ärzte, offenbar mit vollem Bewusstsein steuern kann. Dementsprechend effektiv wirkt der Zelleneinschluss. So beginnt für die inzwischen 15-jährige am 17. Juni 1887 mit einem heftigen Anfall eine Isolationszeit, in der sie bis auf eine kurze Unterbrechung fast zehn Tage lang isoliert bleibt:

„Gestern Nach[mittag] fing Pat. ganz plötzlich an laut zu schreien, mußte isoliert werden, wobei sie heftigen Widerstand leistete, mit den Beinen strampelte, spie u. kratzte. Riß in der Zelle Strümpfe u. Hemd entzwei, lief halbnackt, fortwährend schreiend u. mit den Fäusten an den Wänden trommelnd, ruhelos in der Zelle umher, wurde erst nach circa 4 Stunden etwas ruhiger, verstummte dann auf Zureden des [Arztes] gänzlich, ließ sich zu Bett bringen und schlief sofort ein. Schief bis heute morgen 8 Uhr, fing dann sofort wieder an zu schreien [...] mußte wieder isoliert werden [...]. – Blieb auch die Nacht isoliert [...], bleibt isoliert. – Noch isoliert, jedoch angekleidet außer Bett [...]. Erstmals wieder einige Stunden im Zellenhof, aber allein. [...] Wurde [...] je 2 Stunden in das Zellengärtchen in Gesellschaft gebracht [...]. – Den größten Theil des Tags in Gesellschaft im Zellengarten, heute noch isoliert. Isolierung aufgehoben, erhält zum Alleingebrauch ein Zimmerchen im oberen Stock, in das sie sich, wenn der Gesellschaft müde, jederzeit zurückziehen kann.“

Aber danach ändert Elisabeth ihr Verhalten erneut. Kaum sind die Schreianfälle vorüber, findet sich fast unmittelbar nach der Aufhebung der Isolierung der Eintrag, dass die Patientin „*unter der Behauptung, es sei ihr unmöglich, schon beim bloßen Gedanken stelle sich Eckel ein, immer weniger ißt, schließlich die Nahrungsaufnahme gänzlich verweigert*“. Deshalb „*mußte zur zwangsweisen Fütterung [...] geschritten werden*“. Diese Zwangsmaßnahme, gegen die sich Elisabeth „*mit aller Macht*“ sträubt und zu der auch eine Magenausspülung gehört, findet genau ein einziges Mal statt. Bereits am nächsten Tag wird dokumentiert, dass sie „*starken Hunger zugegeben u. mit großem Appetit an allen Mahlzeiten theilgenommen*“ hat. Danach verhält sie sich genau so, wie es sich die Ärzte wünschen:

„Legt seither ein gleichmäßiges, normales psychisches Verhalten an den Tag. Zeigt ihrem Alter entsprechende Neigungen u. Interessen, hat das Bedürfniß sich nützlich zu beschäftigen, [...] liest u. schreibt auch täglich ½ Stunde englisch mit der Oberwärterin. Im Verkehr mit Aerzten, Personal u. den übrigen Kranken ist sie stets vergnüglich und anspruchslos. Das körperliche Befinden ist vorzüglich. Pat. ißt mit ausgezeichnetem Appetit, hat in 14 Tagen 7 [Pfund] zugenommen, sieht blühend aus, schläft gleichmäßig gut.“

Mit pädagogischem Druck haben die Kennenburger Ärzte Elisabeths Verhalten ‚normalisiert‘. Von einem Mädchen, das nach einer Unterleibsentzündung immer befremdlichere Symptome zeigt und schließlich eingewiesen wird, das vorgibt, nicht stehen und gehen zu können, das sich in Krämpfen windet und in Anfällen schreit, pfeift und singt, das einmal das „*[M]eckern einer Ziege*“ oder das „*Schreien eines Esels*“ nachahmt und das zeitweise die Nahrung verweigert, entwickelt sich Elisabeth zu einer ‚normalen‘ Heranwachsenden.

Wer die Krankengeschichte Elisabeth Hochstätters liest, kann nicht umhin anzuerkennen, dass eine Behandlung stattgefunden hat. Auch wenn diese Form der Behandlung ethisch heute scharf verurteilt werden würde, da sie in erster Linie auf Zwangsmaßnahmen basiert. Zwang, der selten in einem mechanischen, dagegen meist in einem pädagogisch-therapeutischen Sinn angewandt wurde, indem die Behandelnden konsequent versuchten, die Patientin zu einem ‚normalem‘ Verhalten anhand von ‚vernünftigen‘ Kriterien zu erziehen. Konsequente Erziehung durch „gehörige Strenge“ ist ein ganz wesentlicher Baustein der psychischen Behandlung in Kennenburg. Was hier anhand zahlreicher Zitate beispielhaft am Verhalten Elisabeth Hochstätters gezeigt wurde, findet sich so oder so ähnlich auch in den meisten der anderen Akten der zehn Frauen vom Typ ‚Zunahme‘.

Man muss sich etwa vorstellen, wie die 19-jährige Bertha Krieger, die zu Hause bei der *„Inaussichtnahme einer Zwangsfütterung od. Verbringung in eine Anstalt [...] mit Selbstmord“* gedroht hatte, nun am ersten Abend ihres Aufenthaltes in Kennenburg nichts essen mag. Daraufhin wird ihr *„das Unsinnige ihrer Nahrungsverweigerung, sowie die Unzweckmäßigkeit eherneren Widerstands in bündiger Weise ernstlich vorgestellt“*, woraufhin sie zwar unter *„vielen Ach und Weh“*, jedoch *„ohne sich weiter zu sträuben“* einen halben Liter Milch mit zwei Eiern zu sich nimmt und auch am nächsten Morgen ihr Frühstück verzehrt.⁵⁴⁷ Vermutlich führt die Androhung mechanischen Zwangs wie etwa die künstliche Ernährung mittels einer Sonde dazu, dass Bertha Krieger sich rasch anpasst und im Unterhaus ein *„durchaus correctes Verhalten“* zeigt. Bereits wenige Wochen nach ihrer Aufnahme ißt sie *„mit Regelmäßigkeit [...] ihren täglichen Speiszettel ab“*⁵⁴⁸ und erfreut damit Ärzte und Eltern: *„Es ist ein wahres Wunder [...] daß Bertha nun ohne Zwang isst“*⁵⁴⁹, schreibt ihr Vater an Landerer zurück, der ihm die gute Nachricht gleich mitgeteilt hat und jubelt im nächsten Brief: *„Sie werden sich kaum eine Vorstellung davon machen können, welchen Jubel und Freude Ihr letzter Brief bei uns hervorrief [...] daß Bertha nun am gemeinsamen Tisch ißt. Daß Sie das so schnell fertig brachten, grenzt ans Wunderbare.“*⁵⁵⁰ Hier lässt sich die Umdefinition von Zwang beobachten, die Marietta Meier im Kontext der No-Restraint-Diskussion sieht:

*„Im Unterschied zum alten Strafmodell, das die bürgerliche No-Restraint-Bewegung explizit bekämpfte, mussten Zwang und Gewalt jetzt »sinnvoll« eingesetzt werden und einen pädagogisch-therapeutischen Zweck verfolgen. Sie verschwanden dadurch jedoch nicht aus der psychiatrischen Behandlung, sondern wurden umdefiniert und gemäss anderen Sinn- und Wertmassstäben eingesetzt.“*⁵⁵¹

Zwar erlebt Bertha keine physische Gewalt, dass aber sowohl deren Androhung als auch die Unterbringung im Unterhaus Zwang darstellen, werten die Zeitgenossen nicht als solchen.

⁵⁴⁷ Ebd., Anamnese und Status.

⁵⁴⁸ Ebd., Verlauf.

⁵⁴⁹ Akte Krieger, Brief d. Vaters v. 16.11.1886.

⁵⁵⁰ Akte Krieger, Brief d. Vaters v. 01.12.1886.

⁵⁵¹ Meier et al. (2007): Zwang zur Ordnung, S. 21.

Nur mittels dieses verdeckten Zwanges, der in Kennenburg als ‚Strenge‘ konnotiert ist, lassen sich die Behandlungserfolge Landerers erklären. Dazu kommt Landerers Autorität. Sein Nachfolger Reinhold Krauß wird später über ihn schreiben, er sei *„eine ausserordentlich eindrucksvolle Erscheinung“* gewesen, *„getragen von grosser Menschenkenntnis“*, mit einem *„starken Einfluss auf seine Kranken“*.⁵⁵² Landerer steht an der Spitze der Kennenburger Hierarchie. Er ist Besitzer, Arzt und ‚Seel-Sorger‘ in einer Person. Er kontrolliert, soweit es ihm möglich ist, alle körperlichen, geistigen und moralischen Anliegen seiner Patient/innen. Er kontrolliert ihren Kontakt zu ihrer Umwelt. Er kontrolliert, was sie von außerhalb der Anstalt erfahren und welche Informationen sie an andere weitergeben. Er kontrolliert ihre Briefe und die ihrer Verwandten. Er kontrolliert, wann, was und wie viel seine Kranken essen, wie ihre Verdauung funktioniert und was diese wann, in welcher Menge und in welcher Form am Ende davon ausscheiden. Er misst, wiegt und tastet sie ab. Er kennt seine Patient/innen alle – von innen und außen. Die Persönlichkeit Landerers ist somit ein weiterer Faktor der psychischen Behandlung in Kennenburg, die sich bis dato als Summe aus: verdecktem Zwang im Sinne strenger Erziehungsmaßnahmen zu ‚vernünftigem‘ Verhalten und Androhung von Zwangsmaßnahmen wie Zwangsernährung oder Isolierung verstehen lässt, aus räumlicher Einschließung beziehungsweise Überwachung im Unterhaus sowie aus scharfer Beobachtung und konsequenter Verfolgung jeder bemerkten Verhaltensauffälligkeit. Neben dieser Strenge basiert das Kennenburger Konzept der psychischen Behandlung aber noch auf einem weiteren wichtigen Baustein, der bereits im Anstaltsprospekt erwähnt wird: Dem *„grösstmögliche[n] Mass von Freiheit [...], ganz nach Massgabe des Krankheitsfalls“*.⁵⁵³

5.3.2.2 „Grösstmögliche Freiheit“

Nun liegt der Gedanke an ‚Freiheit‘ bei der Beschäftigung mit geschlossenen Psychiatrien Ende des 19. Jahrhunderts nicht unbedingt auf der Hand. Die gängige Literatur beschäftigt sich meist mit der von manchen Autor/innen so genannten ‚Internierung‘ der Patienten.⁵⁵⁴ Wenn man das beschriebene pädagogisch-therapeutische Konzept der Strenge aber als Behandlungskonzept ernstnimmt, so ist es wahrscheinlich, dass in einem solchen Konzept als Gegenimpuls zur Begrenzung der Persönlichkeit auch deren Erweiterung vorgesehen ist. Auf diesen Gegensatz von Einschränkung versus Entfaltung verweist allein schon die architektonische Struktur Kennenburgs: Dem Unterhaus mit seiner Enge und Überwachung steht ein Oberhaus mit Weite und Freiheit gegenüber. Selbstverständlich mit einer von außen vorgegeben Form der Freiheit. Auch hier galten strenge Regeln, an die sich alle zu halten hatten – die Patient/innen ebenso wie Ärzte und Wärter/innen –, aber für die Patient/innen existierte die Möglichkeit, sich in diesen Freiraum hinein zu entwickeln.

⁵⁵² Nachruf auf Dr. Landerer im Medic. Correspondenz-Blatt von 1915.

⁵⁵³ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

⁵⁵⁴ So etwa Nolte (2006): Querulanten., S. 396 u. 399. Nolte spricht von „willkürliche[r] Internierung“.

Das Beispiel der jungen Elisabeth Hochstätter hat gezeigt, wie Freiheit im Unterhaus bis hin zu ihrer extremsten Form, der Zellenisolierung, erst entzogen und nach und nach wieder gewährt werden konnte. Im Gegensatz zu der wenig inspirierenden somatischen Behandlung wirkt die pädagogisch-therapeutische Behandlung in Kennenburg erstaunlich differenziert. Verhaltenspsychologisch lässt sich diese Form der schrittweisen Gewährung von Privilegien als Verstärkerprozess bewerten. Sozial erwünschtes Verhalten wird sozial positiv verstärkt. Bei Elisabeth Hochstätter zunächst mit einigen Stunden Aufenthalt im Zellengarten, in einem weiteren Schritt in Gesellschaft einiger anderer Patientinnen, schließlich mit der Aufhebung der Isolierung und der Verlegung in den oberen Stock der Überwachungsabteilung in ein eigenes Zimmer, in das sich Elisabeth bei Bedarf jederzeit zurückziehen kann. Nachdem sie sich dort einwandfrei bewährt und ein altersentsprechendes, normales Verhalten gezeigt hat, darf Elisabeth ins Oberhaus umziehen. Erst von dort aus besteht überhaupt die Chance als ‚geheilt‘ oder ‚wesentlich gebessert‘ entlassen zu werden. Wer allerdings aus dem Unterhaus heraus entlassen wird, gilt dagegen in aller Regel als ‚ungeheilt‘ oder ‚ungebessert‘.

Wie bereits erwähnt, durchlaufen alle der zehn ausgewählten Frauen das Unterhaus. Paradoxerweise scheint die Erfahrung im Unterhaus aber nicht für alle Patientinnen gleichbedeutend mit Enge und Einschränkung gewesen zu sein. In den Akten finden sich durchaus Einträge, nach denen einige Frauen selbst wieder in die Zelle zurückverlangen. Insbesondere bei den Frauen, die ausgesprochen psychotische Symptome aufweisen, scheint dies der Fall zu sein, so etwa bei der 24-jährigen Karoline Matterstock aus Würzburg.

„Gestern und heute Nach[mittag] auch einige Zeit im Gesellschaftszimmer des U.Hauses, benahm sich recht verständig, war freundlich gegen die Mitkranken, [...] Seither täglich etwas im Freien od. im allg. Aufenthaltszimmer woselbst sie sich den anderen Pat. gegenüber stets correct u. verträglich benimmt, hin u. wieder auch eine Zeitung od. ein Buch zur Hand nimmt, nach circa 1-1½ Stunden jedoch stets selbst wieder in die Zelle zurückgebracht zu werden wünscht, mit der Motivierung, »daß es jetzt genug sei, sie sich müde im Kopf fühle.«⁵⁵⁵

Zuvor hatte die junge Mutter aus Würzburg, die zu Hause durch „tobsüchtige Aufregung“ sowie „Gesichts- und Gehörshallucinationen“ auffällig geworden war und die sowohl ihren Mann als auch andere Menschen für „Lucifer“ hielt,⁵⁵⁶ bereits einige schlimme Wochen in Kennenburg erlebt, in denen sie kaum aß, sich die Kleider vom Leib riß, unruhig die Möbel im Zimmer umeinander räumte, „sexuell erregt“ den Arzt für ihren Mann hielt und nachts mit „Urin u. Koth im Bett und Zimmer unrein“ war.⁵⁵⁷ Erst nach und nach bessert sich der Zustand der Patientin wieder. Sie „erscheint durchaus orientiert“, kann allerdings einem längeren Gespräch anfangs kaum folgen und zieht sich immer wieder in die Zelle zurück.⁵⁵⁸

⁵⁵⁵ Akte Matterstock, Verlauf.

⁵⁵⁶ Ebd., Krankenbericht.

⁵⁵⁷ Ebd., Verlauf. [Unterstreichungen im Original]

⁵⁵⁸ Ebd.

Dort kann sie in „*exaltierter Stimmung*“ ihren „*Schabernack*“ treiben, der in etwa so aussieht: „*Stand [...] früh auf, tingelte in der Zelle umher, lachte u. sang, hat auch ihre Pantöffelchen in den Abtritt geworfen. Bei der Morgenvisite läuft sie auf Ref. zu, nimmt dessen Hut, setzt ihn sich auf u. springt laut lachend damit umher.*“⁵⁵⁹ Vier Monate bleibt Karoline Matterstock im Unterhaus und wirkt dabei nicht unglücklich. Nach den ersten Wochen entwickelt sie einen „*vorzüglichen Appetit, ißt alles ihr Gereichte auf, fragt bei jeder Gelegenheit, ob nicht wieder bald Essenszeit sei.*“ Morgens hält sie sich oft „*singend od[er] vor sich hin summend*“ im Zellengärtchen auf, mittags wird sie „*gewöhnlich auf ein Stündchen in den oberen Garten gebracht*“, wo sie „*umher[tändelt]*“, Blumen pflückt oder Ball spielt und abends zieht sie sich in ihr Zellenzimmer zurück, wo sie den Arzt zur Abendvisite dann „*stets in sehr gesuchter Pose mit entblößten Armen, [...] auf dem Bett*“ liegend empfängt. Sanktionen zieht ihr Verhalten keine mehr nach sich. Wer in Kennenburg erst einmal im Zellenbau angelangt ist, genießt buchstäblich ‚Narrenfreiheit‘. Zwar wird ihr ihre nächtliche Unreinheit vorgehalten, aber letztendlich sind die Ärzte dagegen machtlos. Sie können nur notieren, dass sich die Patientin „*auf Vorhalt nicht im geringsten betreten [zeigt], lächelt sehr vergnüglich.*“ Es scheint, als würden die Beteiligten die Krankheitsphase einfach abwarten. Die Unreinheit vergeht wieder, die Nächte werden ruhiger, der Appetit stellt sich ein, die Erregung klingt ab.

Das Beispiel Karoline Matterstock zeigt, wie Kennenburg seinen Patient/innen tatsächlich „*das grösstmögliche Mass von Freiheit [...], ganz nach Massgabe des Krankheitsfalls*“⁵⁶⁰ zubilligt. Geht es der Patientin gut genug, darf sie einige Stunden in Gesellschaft verbringen, entweder im Gemeinschaftszimmer des Unterhauses oder im Garten des Oberhauses. Erwartet sie dagegen etwa ihre Menstruation, hat Schmerzen oder verhält sich zu aufgeregt, kann sie sich jederzeit in ihr Zimmer zurückziehen. Nach und nach ist sie in der Lage, sich für längere Zeit ruhig mit Handarbeiten zu beschäftigen oder einfach nur still dazusitzen. Knapp drei Monate nach ihrer Aufnahme schreibt sie „*einen eigenen, noch etwas confus u. kindisch gehaltenen Brief*“ an ihre Angehörigen und freut sich „*ungemein*“ über die Antwort. Nach vier Monaten ist sie so weit genesen, dass ihr „*die Gesellschaft im Unterhause [...] nachgerade an[fängt] nicht mehr zu genügen*“ und sie ins Oberhaus umziehen darf.⁵⁶¹

„*Seit dem 3^{ten} im O.H., weiß bis heute ihrer Freude über Haus u. Garten, ihr Zimmer, die sie umgebende Gesellschaft, Wärterinnen wie Kranke, nicht genug Worte zu verleihen, alles ist »entzückend«. Ihrem Mann kann sie nicht dankbar genug sein, daß er sie noch 4 Wochen hier läßt, trotz der gleichzeitigen großen Sehnsucht von ihm abgeholt zu werden.*“

Nach sieben Monaten, davon drei im Oberhaus, wird sie schließlich, „*vom Anfall genesen*“, 17,4 kg schwerer und aus Sicht des Mannes „*vorzüglich aussehend*“ nach Hause entlassen.

⁵⁵⁹ Ebd. Darin auch die folgenden Zitate.

⁵⁶⁰ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

⁵⁶¹ Akte Matterstock, Verlauf. Darin auch die folgenden Zitate.

Innerhalb der Anstalt Kennenburg kann das Oberhaus als eigener Mikrokosmos gelten, als „*Mittelding zwischen einem Hotel und einem Krankenhaus*“, wie Edward Shorter dies für private Heilanstalten generell annimmt.⁵⁶² Wer das Unterhaus verlassen darf, dem bietet Dr. Landerer in Kennenburg luxuriöse Unterhaltung. Bereits in den 1870er Jahren, gleich nachdem er die Anstalt übernommen hatte, baut Landerer auf dem Gelände eine Kegelbahn.⁵⁶³ Er sorgt für „*Unterhaltung u. Erholung [...] durch regelmäßige Spaziergänge, gemeinschaftliche Ausflüge, Malunterricht, Spiele, Lectüre etc.*“, er verwendet „*ganz besondere Sorgfalt*“ auf eine „*reichhaltige gute Anstaltsbibliothek*“⁵⁶⁴, baut auch ein „*geräumige[s] freundliche[s] Gewächshaus, in welchem sich die Kranken während des Winters aufhalten können*“⁵⁶⁵, und beschäftigt seine vermögende Klientel mit möglichst viel Ablenkung und Programm:

*„Die Kranken finden die ihrem Stande, ihrer Lebensstellung und ihren Fähigkeiten entsprechende Beschäftigung, für ihre Unterhaltung ist durch unterhaltende und auch ernstere Litteratur, durch musikalische Instrumente und Spiele, durch gemeinschaftliche Ausflüge u.s.w. genügend gesorgt.“*⁵⁶⁶

Landerer verbringt viel Zeit mit seinen Patienten. Gilt er auf der einen Seite als strenge, „*eindrucksvolle Persönlichkeit*“, die Wert auf „*feste Zucht*“ und „*Ordnung*“ legt, so wird er auf der anderen Seite ebenso als „*glänzender Gesellschafter*“, als „*grand-seigneur*“ beschrieben. „*Er verbrachte manchen Abend mit seinen Kranken; vor allem widmete sich seine Frau oft und gerne den Insassen des Hauses. Musik- und Vortragsabende waren häufig; gerne feierte man kleine Festlichkeiten.*“⁵⁶⁷ Leider ist über Frau Emilie Landerer, geborene Helfferich, wenig bekannt. Daher kann nur vermutet werden, dass das kinderlose Direktorenehepaar auch privat recht viel Zeit mit den Patient/innen verbrachte. Shorter nennt dies die „*Medikalisierung der persönlichen Beziehungen*“ und meint damit die Unterordnung der Patient/innen unter den ärztlichen Willen trotz der äußerlichen Ähnlichkeit zu Hotelgästen.⁵⁶⁸

Dass Dr. Landerer eine Respektsperson war, die an der Spitze der häuslichen Hierarchie stand und für die eine entsprechende „*Ein- und Unterordnung selbstverständlich war*“⁵⁶⁹, steht ganz außer Frage. Dennoch hatte er eben auch diese andere Seite der Persönlichkeit, die Vornehmheit, Schönheit und gemeinsames Feiern schätzte. So erinnerte sich der Ur-Großneffe Landerers, Dr. Burkhard Krauß, in einem persönlichen Gespräch mit mir: „*Meine Großmutter [eine Nichte Landerers] ist immer zu den Festen von Paul Landerer auf die Kennenburg gefahren und hat da wohl meinen Großvater Reinhold Krauß kennengelernt.*“⁵⁷⁰

⁵⁶² Shorter (1996): Heilanstalten, S. 321.

⁵⁶³ Visitationsbericht v. 30.08.1877. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 191.

⁵⁶⁴ Visitationsbericht v. 21.06.1895. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 244.

⁵⁶⁵ Visitationsbericht v. 12.05.1898. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 256.

⁵⁶⁶ Visitationsbericht v. 17.07.1878. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 193.

⁵⁶⁷ Krauß (1940): Kennenburg, S. 28ff.

⁵⁶⁸ Shorter (1996): Heilanstalten, S. 321.

⁵⁶⁹ Krauß (1940): Kennenburg, S. 31.

⁵⁷⁰ Burkhard Krauß (2008): Gesprächsnotizen. [Ergänzt um die Anmerkung d. Autorin.]

Landerers Nachfolger feierte also gemeinsam mit seinem Chef und dessen Verwandtschaft. Es ist anzunehmen, dass bei solchen kleineren und größeren Festlichkeiten auch die gesellschaftsfähigen Patientinnen des Oberhauses dabei waren. In der Akte Elisabeth Hochstätters findet sich beispielsweise ein Hinweis auf eine „größere[] Festlichkeit im Hause, [...] Theatervorstellung des Personals, Tanz“,⁵⁷¹ und auch im Christophsbad waren, laut Stefan Langs Festschrift zum 150-jährigen Jubiläum der Göppinger Anstalt, „Konzertabende [...] ein fester Bestandteil des kulturellen Lebens“.⁵⁷² Aus den Akten gehen auch die besonderen Festtage hervor, die den Alltag der Patientinnen unterbrachen: Geburtstage wurden natürlich besonders begangen, aber auch Weihnachten oder die anderen Feiertage im Jahreskalender. Elisabeth Hochstätter feiert gemeinsam mit Eltern und Ärzten während ihres zweiten Aufenthaltes im unmittelbaren Anschluss an den beschriebenen Aufenthalt sogar ihre Konfirmation in Kennenburg.⁵⁷³ Patienten des Oberhauses durften in Begleitung auch Ausflüge nach Esslingen und Stuttgart unternehmen, die als weitere Vergünstigung im Sinne einer positiv zu verstärkenden gesellschaftlichen Normbewältigung zu werten sind.

Allerdings ist es nicht der luxuriöse Hotelcharakter des Oberhauses, der Kennenburg von anderen Anstalten unterscheidet. Es ist der differenzierte Mikrokosmos des Unterhauses, der Kennenburgs Besonderheit ausmacht; villenartige Einrichtungen wie das Oberhaus gibt es im privaten Gesundheitssektor um die Jahrhundertwende viele. Shorter schränkt aber ein: „Es gab jedoch einen wichtigen Unterschied zwischen einer privaten Heilanstalt und einem Hotel: Er wurde durch die ärztliche Disziplin markiert.“⁵⁷⁴ Während im Unterhaus ab einem gewissen psychopathologischen Grenzwert keine Disziplin mehr durchsetzbar war, wurde diese im Oberhaus selbstverständlich erwartet und angewandt. Im Unterhaus konnte es den Ärzten passieren, dass sie von ihren Patientinnen entweder ausgelacht wurden oder auf „Gleichgültigkeit“ stießen, weil ihre Anweisungen schlicht überhaupt nicht verstanden wurden,⁵⁷⁵ oder dass ihnen selbstbewusste Aggressivität begegnete wie etwa von der 28-jährigen Marie Charlotte Geldart, die sich gegen die Ärzte „äusserst schroff und ablehnend“ und gegen das Wartpersonal „grob und anspruchsvoll“ verhält und die den Ärzten bereits am zweiten Tag ihres Aufenthaltes auf deren Drohung, „wenn sie sich nicht ruhig verhielte in Zukunft müßte sie auf die Unruhige Abteilung verbracht werden“, erwidert: „»ich will auf die Schreiabteilung, meine Mutter hat gesagt, hier könne ich schreien, so viel ich wolle.«“⁵⁷⁶

⁵⁷¹ Akte Hochstätter, Verlauf.

⁵⁷² Lang (2002): 150 Jahre Christophsbad Göppingen, S. 30f.

⁵⁷³ Akte Hochstätter, zweite Aufnahme, Verlauf.

⁵⁷⁴ Shorter (1996): Heilanstalten, S. 321.

⁵⁷⁵ Akte Knewitz, Verlauf.

⁵⁷⁶ Akte Geldart, Verlauf.

Aus der Krankenakte geht zunächst nicht hervor, in welches Haus sie aufgenommen wird. Allerdings führt d. Visitationsbericht v. 18.09.1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 278, die Patientin auf einer beiliegende Krankenliste im Unterhaus auf. Ende Oktober 1900 fand ihre Verlegung ins Oberhaus statt. Siehe dazu auch Verlauf.

Im Oberhaus wäre solches Verhalten kaum toleriert worden. Anders als im Unterbeziehungswiese Zellenhaus, das meiner Meinung nach durchaus als gesellschaftliche ‚Endstation‘ angesichts der zeitgenössischen Normalitätsvorstellungen für eine ‚höhere Tochter‘ gelten kann, stellt das Oberhaus durchaus wieder gesellschaftliche Anforderungen an das korrekte Verhalten der Patientinnen. Auch Elisabeth Hochstätter fremdelt nach mehr als einem halben Jahr im Unterhaus zunächst mit der neuen Umgebung:

„Hier, wo sich Pat. weniger wie im unteren Haus als der Mittelpunkt des Interesses angesehen und beachtet sieht, scheint sie sich nicht recht wohl und behaglich zu fühlen. Sie erscheint oft verstimmt und launisch, geht mißmutig umher [...] Renitenzversuche beim Essen wurden durch energisches Eingreifen sehr rasch beseitigt.“⁵⁷⁷

Es scheint, als würde Kennenburg aus diesen zwei Behandlungsmaximen heraus existieren: auf der einen Seite das Unterhaus, das zwar viel Beachtung und Aufmerksamkeit garantiert, aus dem heraus aber keine Entlassung als gesellschaftlich angesehene Bürgerin möglich ist, und auf der anderen Seite das Oberhaus, dessen störungsfreie Bewältigung die Bedingung jeder ‚geheilten‘ Entlassung darstellt, das aber modellhaft genau die gesellschaftlichen Normerwartungen repräsentiert, an denen die Patientinnen zuvor auffällig geworden waren. Es ist daher anzunehmen, dass gerade die Patientinnen, die sich zu Hause bewusst gegen die gesellschaftlichen Rollenerwartungen gewehrt hatten, dies nun auch im Oberhaus tun, während die Patientinnen, die mit psychotisch anmutenden Symptomen wie etwa der Angst, vom eigenen Pfarrer oder der eigenen Familie ermordet zu werden, die also wohl nicht mehr bewusstseinsklar handeln konnten, mit dem Abklingen der Psychose sich auch wieder in die gesellschaftlich vorgegebenen Normvorstellungen hineinbegeben werden. Diese Reaktions-Typen-Annahme soll nun für alle zehn Patientinnen im folgenden Kapitel diskutiert werden.

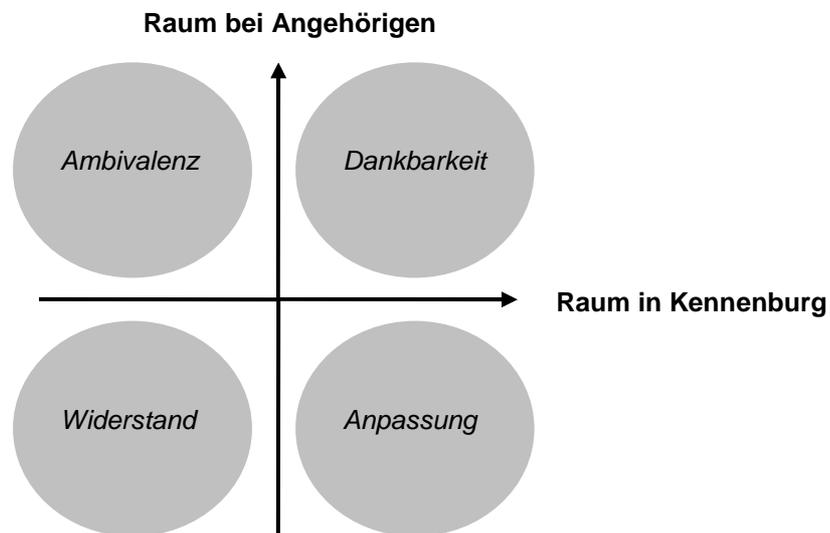
5.4 Reaktions-Typen

Zwar lassen sich bei allen zehn Frauen individuell unterschiedliche Reaktionen auf die beschriebene somatische bzw. psychisch-pädagogische Behandlung beobachten, dennoch weisen die Reaktionsmuster große Ähnlichkeit zu den von dem amerikanischen Soziologen Erving Goffman beschriebenen Strategien auf, die Insassen im Umgang mit der von ihm so genannten *Totalen Institution* wählen können. Auch wenn ich, wie eingangs beschrieben, den Begriff der *Totalen Institution* für Kennenburg nicht eins zu eins übernehmen möchte, da aufgrund der pekuniären Gegebenheiten ein gegenseitiges Abhängigkeitsverhältnis zwischen Anstalt und Angehörigen bestand, das der Totalität der Institution Kennenburg widerspricht, finde ich doch ganz ähnliche Reaktionsmuster bei den Patient/innen der teuren Privatheilanstalt Kennenburg wie bei den von Goffman beschriebenen *Totalen Institutionen*. Ein Grund dafür könnte sein, dass sich die Angehörigen der Patientinnen teilweise mit der Klinikleitung ‚verbündeten‘ und Dr. Landerer mit seiner Behandlungsform freie Hand ließen.

⁵⁷⁷ Akte Hochstätter, Verlauf.

GRAPHIK 5.1:

Reaktionstypen auf die Gewährung von Raum in Kennenburg und bei den Angehörigen



Graphik 5.1 zeigt, wie unterschiedlich die Reaktionen aussehen konnten, je nach dem wie viel gezeigte Verhaltensauffälligkeiten von den Angehörigen toleriert wurden oder eben nicht. Ich habe vier Reaktionstypen herausgearbeitet, die von folgenden zwei Faktoren abhängen: zum einen, wie viel Raum den Patientinnen in Kennenburg zwischen den beiden Antipoden Zellenbau und Oberhaus gewährt wird, und zum anderen, wie viel Raum für individuelle Persönlichkeitsakzentuierung die Patientinnen bei ihren Familien erhalten. Je mehr Raum den Frauen dort gewährt wird, um so eher verpufft die Wirkung der therapeutisch-pädagogischen Strenge, und die Familien können wie ein Ventil für die Patientinnen wirken, die mit *Ambivalenz* auf dieses Angebot reagieren. Ist dieses Ventil jedoch verschlossen, und die Frauen müssen zu Hause rigiden gesellschaftlichen Vorstellungen entsprechen, kann die psychische Behandlung Kennenburgs umso heftiger ihren vollen Druck entfalten. Dann bleibt ihnen entweder die Möglichkeit des *Widerstandes* oder der *Anpassung*. Im Idealfall überschneiden sich die Interessen der Gesellschaft, der Familien, der Anstalt und der Patientinnen, so dass die letzten Wochen des Aufenthaltes mit *Dankbarkeit* enden.

Auch Goffman nennt vier Reaktionsmöglichkeiten, die sich in ihren Grundzügen mit den in Graphik 5.1 vorgeschlagenen Reaktionstypen decken, auch wenn ich andere Akzente setze. Nach Jakob Tanner lassen sich die vier Reaktionsmöglichkeiten bei Goffman folgendermaßen beschreiben: „erstens »Rückzug aus der Situation« (*Desinteresse, Apathie*), zweitens »kompromissloser Standpunkt« (*Verweigerung der Zusammenarbeit*), drittens »Kolonisierung« (*Aufbau einer möglichst zufriedenen Existenz*) und viertens »Konversion« (*Übernahme der Deutungsmuster der Führung und der Rolle des perfekten Insassen*).“⁵⁷⁸

⁵⁷⁸ Zusammenf. Tanner (2005): Der »fremde Blick«, S. 54. Im Orig. Goffman (dt. 1973): *Asyle*, S. 65ff.

5.4.1 Ambivalenz

Ambivalenz ist der erste Reaktionstyp, der im Folgenden näher beleuchtet werden soll und Ambivalenz entspricht in etwa dem von Goffman so genannten »Rückzug aus der Situation«. Dabei betont Goffman eher die völlige Interesselosigkeit der Betroffenen an ihrer Umwelt mit Ausnahme der Dinge, die sie unmittelbar umgeben, und hält diesen Zustand oft für „irreversibel“.⁵⁷⁹ Ein solcher Fall findet sich auch unter den zehn Patientinnen. Gemeint ist die Patientin Marie Charlotte Geldart aus Norbiton bei London. Die 28-jährige, noch recht freundlich wirkende junge Frau, die erstmals für längere Zeit von ihrer Mutter getrennt lebt, scheint auf die Behandlung kaum zu reagieren. Einzig, dass sie innerhalb des knappen Jahres ihres Aufenthaltes ihr Gewicht um 65% ihres Aufnahme-BMI, der bei einem Wert von 13,6 lag, deutlich steigert und über zwanzig Kilogramm auf einen BMI von 22,4 zunimmt. Ansonsten scheint sich zwischen der Aufnahmesituation, als sie „in ziemlich aufgelöstem Zustande in Begleitung ihrer Mutter“ mit teils aufgerissener Kleidung und aufgelösten Haaren in Kennenburg ankommt, und ihrer „probeweisen“ Entlassung gut zehn Monate später, als „eine weitgehende gemütliche Abstumpfung zu Tage [tritt], die selbst der Mutter auffällt“, wenig verändert zu haben. Auf die Ärzte, die sie bis zum Schluss als „sehr reserviert“ und als „äusserst schwer zugänglich“ beschreiben, reagiert sie mit Rückzug und Desinteresse⁵⁸⁰ und entspricht damit genau der Reaktion, die Goffman „»Rückzug aus der Situation«“ nennt.

Dagegen meine ich mit Ambivalenz eine Reaktion, die in Kennenburg dann zu beobachten ist, wenn, wie in Graphik 5.1 gezeigt, die Patientinnen trotz ihrer Symptomatik so viel Raum für ihre Verhaltensauffälligkeiten bei ihren Angehörigen erhalten, dass sie eventuell auch zu Hause leben könnten, sie sich aber so krank fühlen, dass sie selbst in eine Anstalt möchten. Auch wenn ihr Arzt eine Anstaltsaufnahme unbedingt für erforderlich hält, liegt die gefühlte Verantwortung doch bei den Patientinnen selbst, die zwar einerseits über ein gewisses Krankheitsgefühl verfügen, andererseits aber ihren Angehörigen hohe Kosten verursachen, was ihnen meist unangenehm ist. Die Patientinnen sind somit hin- und hergerissen zwischen dem Wunsch, sich in Kennenburg Zeit für sich selbst in ihrer Erkrankung zu nehmen, und dem Druck, möglichst rasch wieder gesund zu werden, um die Familie zu entlasten.

Beispiele für diese ambivalente Reaktion sind zwei unter Melancholie leidende Patientinnen: zum einen die 25-jährige Emilie Maier aus Mannheim, die versucht hatte sich die Pulsadern mit Haarnadeln zu öffnen, und die 32-jährige Luise Gräff, die sich mit Salzsäure das Leben nehmen wollte. Beide ringen mit ihrer Erkrankung und ihrer vermeintlichen Verantwortung. So heißt es beispielsweise im Verlauf: „Frau Maier fragt immer wieder, ob sie denn für ihre Leistungsunfähigkeit, für ihre Gleichgültigkeit verantwortlich gemacht werden könnte.“⁵⁸¹

⁵⁷⁹ Goffman (dt. 1973): Asyle, S. 65f.

⁵⁸⁰ Akte Geldart, Verlauf.

⁵⁸¹ Akte Maier, Verlauf.

Kurz nach diesem Eintrag lässt sich beobachten, wie sich die Ambivalenz bei Frau Maier löst, indem sie sich, wie Goffman es ausdrückt, „*das amtliche Urteil über [ihre] Person zu eigen*“ macht und die Krankenrolle akzeptiert.⁵⁸² So gibt sie etwa an, sich nun nicht mehr so unruhig zu fühlen, was, wie sie meint „*daher komme, daß sie für gar nichts zu sorgen habe, dazu daß sie [...] etwa für ihr Kind sorgen [sollte], fühle sie sich ganz ausser Stande*“.⁵⁸³

Mit der Akzeptanz der Krankenrolle gewinnt die Patientin – und hier würde ich Goffmans Ansichten um die der Psychopathologie ergänzen wollen – Distanz zu ihrer Suizidalität, muss damit weniger streng überwacht werden, erhält mehr Raum in Kennenburg und darf bereits nach sieben Wochen ins Oberhaus umziehen. Nachdem sie sich da „*sehr gut [führt]*“, ihre „*depressive Stimmung*“ nach und nach vollständig verschwindet und sie weiter an Gewicht zunimmt, wird sie nach insgesamt drei Monaten Aufenthalt in Kennenburg nun gut zehn Kilogramm schwerer, mittlerweile „*leistungsfähig und lustig*“, dankbar gegenüber der Anstalt, mit der Diagnose „*Manisch-depressives Irresein*“ schließlich „*genesen entlassen*“.⁵⁸⁴

Bei der zweiten melancholischen Patientin, die, wie beschrieben, versucht hatte, Salzsäure zu trinken und gerade noch rechtzeitig „*nach längerem Suchen auf dem Bedienstetenabort*“ gefunden wurde, dauert die Krankheitsphase, der Aufenthalt in Kennenburg und das Ringen mit der Ambivalenz deutlich länger als bei Emilie Maier. So heißt es zum Beispiel in der Akte: „*Fräulein Gräff weint heute viel, es sei entsetzlich, sie habe zwar selbst in eine Anstalt gewollt, nun höre sie, daß ihre Geschwister für sie zahlen müssten und dadurch ihr ganzes Vermögen verlören, sie richte ja alle zu Grunde*.“ Selbst wenn diese Äußerung noch ein wenig depressiv übertrieben sein sollte, zieht sich der innere Kampf der Patientin Gräff um die Verantwortung für ihren Aufenthalt doch wie ein roter Faden durch den Verlaufsbericht:

*„Jetzt sei sie ständig von dem Gedanken gequält, sie hätte damals ihre Mutter nicht bitten sollen, sie in die Anstalt zu bringen, und ihr allein die Verantwortung dafür aufzuladen, insbesondere über den letzteren Punkt macht sich die Kranke bittere Vorwürfe und will immer wieder darüber beruhigt sein, daß dies kein Unrecht von ihr sei.“*⁵⁸⁵

Immer wieder berichten die Ärzte von den Selbstvorwürfen der Patientin, etwa, dass sie sich „*zu Hause nicht besser zusammengenommen habe, sonst wäre sie nicht so krank geworden*“ oder dass es „*ein Unrecht gewesen [sei], daß sie in die Anstalt verlangt hätte*“. Zwar spricht sie auf der einen Seite öfters davon, dass sie gerne wieder nach Hause wolle, als aber die Eltern zu Besuch kommen, „*verhielt sich die Kranke ganz ruhig u. macht heute eigentlich den Eindruck, als ob sie froh sei, daß diese sie nicht mitgenommen haben*“.⁵⁸⁶

⁵⁸² Goffman (dt. 1973): Asyle, S. 67.

⁵⁸³ Akte Maier, Verlauf.

⁵⁸⁴ Ebd.

⁵⁸⁵ Akte Gräff, Verlauf.

⁵⁸⁶ Ebd.

Körperlich reagiert Luise Gräff auf die Kennenburger Behandlung wie auch die restlichen der zehn ausgewählten Frauen mit deutlicher Gewichtszunahme. Psychisch nehmen zwar die Suizidgedanken und Wahnideen, etwa verfolgt zu werden oder „ins Zuchthaus“ zu müssen, ab, allerdings scheint ihre ambivalente Reaktion den gesamten Aufenthalt zu dominieren. Selbst nach einem knappen Jahr, als sie bereits „wesentlich ruhiger“ geworden ist, heißt es: *„Die Kranke selbst drängt einerseits nach Hause, andererseits giebt sie eine lebhaftere Unsicherheit kund, ob sie den Ansprüchen zu Hause werde gewachsen sein.“*⁵⁸⁷

Vielleicht haben die Kennenburger Ärzte – auch wenn das wie ein Paradox klingen mag – ihr zu früh zu viel Raum gegeben, so dass die Patientin überfordert zu sein scheint, weil keine Autorität die Verantwortung für ihren Aufenthalt übernimmt, und sie allein die ‚Schuld‘, wie sei meint, daran trägt. Schon einmal war der Versuch, sie ins Oberhaus zu integrieren, misslungen: *„Die Kranke verkehrte in der letzten Zeit erst oben im Saale und wurde später ganz [...] verlegt. Doch zeigte sich die Kranke nach einem Besuch des Vaters [...] wieder stärker verstimmt, so daß sie auf die Überwachungsabteilung zurückverlegt werden musste.“* Erst in den letzten Wochen kommt es bei Luise Gräff *„zu weitgehender Krankheitseinsicht“* sowie *„zu ungeheuchelter Dankbarkeit gegen die Anstalt“*, so dass sie schließlich *„genesen“* entlassen werden kann.⁵⁸⁸

Zusammenfassung Ambivalenz

In der Literatur wird bei der Frage der Einweisung in die Anstalten neben der ordnungspolitischen Rolle des Staates im Zusammenhang mit den veränderten Fürsorgegesetzen vermehrt die Rolle der Familie diskutiert, die mit der Entwicklung zur Kleinfamilie zunehmend nicht mehr willens und in der Lage gewesen wäre, ihre ‚störenden‘ und verhaltensauffälligen Angehörigen in ihre Hausgemeinschaft zu integrieren, und sie daher einweisen ließ.

Der Reaktionstyp Ambivalenz zeigt dagegen, wie belastend für manche Patientinnen das Wissen sein konnte, jederzeit in ihre Familien zurückkehren zu können und gleichzeitig ihren Familien durch ihre Krankheit hohe Kosten zu verursachen. Entgegen heutiger Erwartungen, dass die Patientinnen zumeist gegen den eigenen Willen in die Anstalten verbracht wurden, wollten beide Patientinnen selbst nach Kennenburg. Dort angekommen litten beide Frauen unter Selbstvorwürfen, die zwar, so ist zu vermuten, störungsbedingt inhaltlich übersteigert, vom Prinzip jedoch nachvollziehbar waren, da die vermeintliche Verantwortung bei ihnen selber lag. Wenn sie der Last dieser vermeintlichen Verantwortung entkommen wollten, stand beiden Patientinnen in ihrer Reaktion somit nur ein Ausweg offen: Sie mussten die Sicht der Ärzte als Autorität übernehmen und damit ihre eigene Krankenrolle anerkennen, um die Ambivalenz zu überwinden.

⁵⁸⁷ Ebd.

⁵⁸⁸ Ebd.

5.4.2 Widerstand

Mit Widerstand bezeichne ich einen weiteren Reaktionstyp, der bei Erving Goffman in etwa dem »kompromißlosen Standpunkt« entspricht – „normalerweise“, wie Goffman schreibt, „eine temporäre, anfängliche Reaktionsphase, [...] der Insasse weicht später auf den Rückzug aus der Situation oder eine andere Form der Anpassung aus“.⁵⁸⁹ Für Kennenburg würde ich ergänzen: Oder der Insasse erpresst mit seinem Widerstand, wenn ihm von der Anstaltsleitung kein ‚Freiraum‘ gewährt wird und er respektive sie sich nicht anpassen will, den gewünschten ‚Freiraum‘ bei den eigenen Angehörigen und, falls dies nicht gelingt, versucht „der Insasse“ zu fliehen oder bringt sich, falls die subjektiv wahrgenommenen ‚Freiräume‘ endgültig fehlen sollten, möglicherweise in letzter Konsequenz sogar um.

Vier Frauen können beispielhaft für diesen Reaktionstyp stehen: die vermeintliche ‚Braut‘ Elisabeth Scharpinet, die seit einer Unterleibsoperation vor sechs Jahren überzeugt ist, dass der damalige Assistenzarzt der Heidelberger Klinik sie habe heiraten wollen, die ‚Mutter‘ Emilie Haegler-Passavant, die seit ihrem letzten Wochenbett laut Aussagen der Angehörigen „mürrisch, launisch, reizbar und boshaft“ wurde,⁵⁹⁰ die ‚Tochter‘ Bertha Krieger, die sich mit ihrer Stiefmutter derart überworfen hatte, dass sie erst in der Bahn vom Vater das eigentliche Reiseziel erfuhr, da die Stiefmutter „erklärte, daß sie einer Scene nicht beiwohnen könne“⁵⁹¹ sowie die tatsächlich ehemals verlobte ‚Missionarsbraut‘ Elisabeth Zimmer, die wegen ihres heimlichen Alkohol- und Morphinumkonsums mit der strikten ärztlichen Auflage nach Kennenburg kommt, „keinen Schritt außerhalb der Anstalt ohne Begleitung machen“ zu dürfen.⁵⁹²

Anders als bei den beiden melancholischen Patientinnen des vorgestellten Reaktionstyps ‚Ambivalenz‘, die beide freiwillig in die Anstalt verlangten und die mit ihrer eigenen Krankenrolle nicht aber mit der Behandlungsform der Anstalt ringen, kommt keine der vier soeben vorgestellten jungen Frauen aus freien Stücken nach Kennenburg. Elisabeth Scharpinet meint gleich zu Beginn, sie „sei zu Unrecht hierher gekommen“,⁵⁹³ Emilie Haegler-Passavant nutzt die Information, ihr sei eine „ziemlich reichliche[] Dosis Morfium“ vor der Aufnahme verabreicht worden, „um ihre widerstandslose Verbringung hierher als unter dem Einfluß derselben geschehen darzustellen“,⁵⁹⁴ für Bertha Krieger scheint auf der Reise durch die Täuschung ihres Vaters über deren Sinn geradezu eine Welt zusammen gebrochen zu sein, so dass sie „in Thränen aufgelöst“ in Kennenburg ankommt,⁵⁹⁵ und für Elisabeth Zimmer bedeutet die geschlossene Abteilung das Ende ihres Alkohol- und Morphinumkonsums.⁵⁹⁶

⁵⁸⁹ Goffman (dt. 1973): Asyle, S. 66.

⁵⁹⁰ Akte Haegler-Passavant, Anamnese.

⁵⁹¹ Akte Krieger, Brief d. Vaters v. 09.11.1886.

⁵⁹² Akte Zimmer, Brief d. Professors v. 20.03.1903.

⁵⁹³ Akte Scharpinet, Status.

⁵⁹⁴ Akte Haegler-Passavant, Verlauf.

⁵⁹⁵ Akte Krieger, Status.

⁵⁹⁶ Akte Zimmer, Anamnese.

Damit werden alle vier Frauen sowohl von ihren Familien als auch von der Anstalt begrenzt. Die 32-jährige Elisabeth Scharpinet, die vom ersten Tage an „*lebhaft heim[drängt]*“ und die „*sofort abreisen*“ will, löst ihr Dilemma, indem sie gegenüber der Anstalt jede Kooperation verweigert, „*nur Possen [treibt]*“ und „*ihren hiesigen Aufenthalt ohne allen Ernst [behandelt]*“, wie die Ärzte notieren: „*[S]ie spielt fortwährend die Gekränkte, wenn man ihr sagt, daß sie nicht gesund werde, wenn sie sich nicht selbst Mühe gebe, daß sie vorwärts komme.*“⁵⁹⁷ Gleichzeitig übt sie Druck auf ihre Familie aus:

„In ihren Briefen an die Angehörigen beklagt sich die Kranke fortwährend, sie gehen ihrem Vergnügen nach und sie müsse hier in der Einsamkeit schmachten, sie komme noch um vor Langeweile, man müsse sie zerstreuen, etwas für ihre Unterhaltung tun. Gegen den Rat der Anstalt hat sich die Schwester der Kranken in Esslingen etabliert und kommt nun jeden Tag hierher um sie zu zerstreuen. Die Kranke benutzt diese Besuche nun dazu, um ihrer Schwester Szenen wegen ihrer Verbringung in die Anstalt zu machen.“⁵⁹⁸

Die Familie wiederum fleht Dr. Landerer geradezu an, die Patientin länger dazubehalten, obwohl Landerer sie offenbar entlassen möchte. So äußert der Bruder in einem Brief an ihn sein Bedauern, „*daß meine Schwester Elise sich nicht gut bei Ihnen einfügt und wir dieselbe wieder abholen sollen. [...] Meine Eltern waren so bestürzt über die Nachricht, daß es mir auch für diese eine große Beruhigung wäre, wenn Elise noch bei Ihnen bleiben könnte.*“⁵⁹⁹ Landerer behält die Patientin daraufhin noch einige Wochen in Kennenburg und erträgt ihre „*endlosen Schimpfereien*“, als aber sechs Wochen nach dem Briefwechsel mit dem Bruder

„die Kranke erfahren hatte, daß ihre Angehörigen in der Sommerfrische wären, schrieb sie an alle Verwandten, sie hielte es nicht mehr aus vor Heimweh [...]. Da die körperlichen Erscheinungen in der Hauptsache zurückgetreten waren, das Körpergewicht sich um 20 [Pfund] gehoben hatte, der Schlaf gut war, die Kranke ohne alle Einsicht auf ihrem passiven Widerstand verharrte, so wurde den Angehörigen geraten, die Kranke abzuholen, was heute erfolgte.“⁶⁰⁰

Neben der widerständigen Reaktion der Patientin ist hier vor allem Landerers Behandlungsanspruch bemerkenswert. Die nahe liegende Vermutung, Landerer könne sich in Kennenburg mit einem luxuriösen Kreis von Patientinnen umgeben haben, deren Angehörige das Ambiente finanzieren, während Landerer ihre verhaltensauffälligen Familienangehörigen sicher verwahrt, ohne dass ein besonderer Behandlungsanspruch entstünde, kann anhand der oben zitierten Quelle leicht widerlegt werden. Landerer vertrat in Kennenburg einen dezidierten Heilungsanspruch, bei dem er auf die Kooperation der Patientinnen angewiesen war. Verweigerten diese allerdings ihre Mitarbeit, obwohl sie wie auch Elisabeth Scharpinet „*zeitlich und örtlich genau orientiert*“ waren,⁶⁰¹ beendete Landerer selbst den Aufenthalt.

⁵⁹⁷ Akte Scharpinet, Verlauf.

⁵⁹⁸ Ebd.

⁵⁹⁹ Ebd., Brief d. Bruders v. 15.06.1905.

⁶⁰⁰ Ebd., Verlauf.

⁶⁰¹ Ebd., Status.

Immer vorausgesetzt natürlich, dass die somatischen Probleme wie etwa Schlaflosigkeit einigermaßen reguliert waren und die Patientinnen keine Suizidabsichten mehr äußerten. War dies der Fall, ließ Landerer die Patientinnen, die sich jeder Behandlung widersetzen, die vielleicht sogar wie die Arztgattin Emilie Haegler-Passavant, die in Kennenburg das Personal „zu chicanieren“ und ihre „Krankheit zu dissimulieren“ versuchte, die Briefe aus der Anstalt schmuggelte, die sowohl ihren Mann als auch Landerer belog und von der es in der Akte heißt: „ein Grundzug ihres Wesens scheint Unwahrheit zu sein“,⁶⁰² gerne wieder ziehen. Wie die erwähnte 27-jährige Emilie Haegler-Passavant aus Basel, die ein weiteres Beispiel für Widerständigkeit in Kennenburg bot und bei der sich nach drei Monaten die Symptomatik so weit gebessert hatte, dass sie wieder abgeholt werden konnte. Doch kaum hatte Landerer ihr den Entlasstermin bestätigt, „läßt sie die Maske ihrer seitherigen Zurückhaltung u. Correctheit fallen“, heißt es, und weiter: „sie benützt jede Gelegenheit die Anstalt u. die Hausordnung lächerlich zu machen, in einer Art, die nur schwachsinnig genannt werden kann“.⁶⁰³ Als ihr Ehemann sie zu ihrem Geburtstag besucht, benimmt sie sich laut Angaben der Ärzte:

*„wie ein ungezogenes Kind, ohne sich auch nur einen Moment bewußt zu werden, wie sehr sie sich u. ihren Mann mit einer solchen Aufführung bloßstellt [...] auch über die Anstalt äußert sie sich in einer Weise ihrem Mann gegenüber, daß auch diesem die [...] Verkennung der objectiven Verhältnisse sofort klar sind. Daß Fr. [Haegler-Passavant], als in der Anstalt befindlich, mit dem Wesen einer solchen rechnen muß, tritt ihr niemals in's Bewußtsein“.*⁶⁰⁴

Mit anderen Worten: Eine Anstalt ist kein Hotel, und wer sich in einer Anstalt befindet und über ausreichend Orientierung verfügt, muss auch nach Meinung der Kennenburger Ärzte mit dem Wesen, sprich mit der Hausordnung und der Strenge, einer solchen Anstalt rechnen. Kennenburg gibt, soviel ist inzwischen deutlich geworden, eine klare Struktur vor, genau wie auch die meisten anderen zeitgenössischen Heilanstalten dies taten. Von den Patientinnen wurde verlangt, sich nach ihren Möglichkeiten in den vorgegebenen Alltag einzubringen. Dies galt selbst für Psychotikerinnen, von denen nach und nach zumindest erwartet wurde, dass sie etwa selbständig zur Toilette gingen, sich ankleideten oder sich ruhig verhielten. Patientinnen wie die Arztgattin Emilie Haegler-Passavant oder die davor vorgestellte Elisabeth Scharpinet, die auf den Druck der Anstalt nicht mit Krankheitseinsicht und Anpassung reagierten, um damit wieder mehr Raum in Kennenburg zu erlangen und langfristig wieder ‚gesellschaftsfähig‘ zu werden, sondern die ihrerseits wieder mit Druck auf die Angehörigen reagierten, um diese wie beispielsweise Frau Haegler-Passavant ihren Mann „mit Vorwürfen wegen ihrer Überführung in die Anstalt zu überschütten“ und damit ihre baldige Entlassung nach Hause zu erreichen suchten, solche Patientinnen hatten Glück, wenn ihre Angehörigen schließlich dem Druck nachgaben und sie nach Hause holten.

⁶⁰² Akte Haegler-Passavant, Verlauf.

⁶⁰³ Ebd.

⁶⁰⁴ Ebd.

Deutlich weniger Glück hatten die zwei jüngeren widerständigen Patientinnen, die 19-jährige Bertha Krieger und die 22-jährige Elisabeth Zimmer, mit den Reaktionen ihrer Familien. Beide waren sowohl dem Druck der Anstalt als auch dem Druck ihrer Elternhäuser ausgesetzt, die Landerer freie Hand ließen und nicht daran dachten, ihre Töchter abzuholen. Beide wählen jedoch unterschiedliche Strategien, um die belastende Situation zu bewältigen:

Bertha Krieger, bei ihrer Aufnahme *„bis zum Skelet abgemagert“*,⁶⁰⁵ hatte zwar monatelang zu Hause mit ihrer Nahrungsverweigerung Druck auf die Eltern ausüben können, die sie in ihrer Hilflosigkeit erst in ein Pfarrhaus auf dem Lande, dann zu einer Massagekur schicken, als sie aber stetig weiter abnimmt und ihr Zustand dem Hausarzt lebensbedrohlich erscheint, bringt der Vater sie schließlich nach Kennenburg und gibt die Verantwortung an Landerer ab. Untergewichtig und selbstmordgefährdet wird sie sofort ins Unterhaus aufgenommen, wo sie *„unter vielem Ach und Weh“* einen halben Liter Milch mit zwei Eiern verzehrt und ab dem nächsten Morgen ihre tägliche Diät aus mehreren Mahlzeiten aufzuessen hat. Wie reagiert Bertha Krieger nun auf diese Behandlung? Zunächst einmal – als Kind ihrer Zeit – mit Beten: *„Verließ in der letzten [Nacht] das Bett, fing auf den Knien liegend laut zu beten an. Auf die Aufforderung der im selben Zimmer schlafenden Wärterin, legt sie sich sofort wieder, schläft bald ein und ruhig bis zum Morgen.“* Dann wehrt sich ihr Körper gegen die ungewohnte Nahrung und sie bekommt Verstopfung: *„alles Vorgeschriebene“*, was sie mühsam und langsam, *„jedoch pünktlich“* zu sich nimmt, bleibt jetzt tagelang in ihren Därmen, bis endlich *„2 Aloëpillen mit promptem Erfolg“* helfen. Daraufhin versucht sie sich erst anzupassen:

*„Benimmt sich in der Abth[eilung] recht verständig, beschäftigt sich fleißig mit angemessener Lectüre und Handarbeit, ist gegen Arzt und Wärterin folgsam, ermangelt jedoch bei keiner Visite mit weinerlicher Stimme und Thränen in den Augen ihr nicht mehr zu ertragendes Heimweh zu schildern, ohne jedoch den Eindruck zu machen, in der That so ernstlich in der angegebenen Richtung affectiv berührt zu sein.“*⁶⁰⁶

Nachdem sie trotz der Klagen über ihr Heimweh *„durchaus correctes Verhalten“* zeigt, wird sie auch prompt ins Oberhaus verlegt. Als man ihr dort aber nach etwa einer Woche Aufenthalt, nach einer Gewichtsmessung mit leichter Zunahme, nach der sie selbst der Ansicht ist: *Sie könne es nicht mehr aushalten vor Heimweh, dürfe nicht mehr zurückgehalten werden, nachdem sie einen so augenscheinlichen Beweis geliefert habe, ordentlich zu essen“*, dennoch erklärt, *„daß mit dem Essen viel, jedoch nicht Alles gethan sei, daß man auf eine Erstellung und Erhaltung einer gesunden Gesamtconstitution hinziele, wozu ein längerer Anstaltsaufenthalt erforderlich sei“*, gerät sie außer sich und wiederholt *„in höchster Aufregung immer wieder nur dieselben Worte [...]: Nach Hause muß ich, nach Hause will ich!“*⁶⁰⁷

⁶⁰⁵ Akte Krieger, Status.

⁶⁰⁶ Ebd., Verlauf.

⁶⁰⁷ Ebd.

Im Rückblick erscheint es nur die logische Konsequenz zu sein, dass Bertha Krieger einen Tag später versucht zu fliehen. Sie täuscht an einem Samstagnachmittag vor einem Spaziergang eine Wärterin, eilt zum oberen Pavillon, klettert dort über den Gartenzaun und läuft „schnurstracks“ davon. In einem nahen Bauernhaus macht sie Halt, gibt offen zu, Kennenburger Patientin zu sein, und erzählt dort: *„man halte sie eingesperrt und schneide ihr jeden Verkehr, auch den schriftlichen, mit ihren Angehörigen ab, man möge ihr die Mittel zur Heimkehr oder doch wenigstens Schreibmaterial zu Verfügung stellen.“* Aber ihre Flucht wird rasch bemerkt und kaum eine Viertelstunde später betritt die Wärterin das Bauernhaus:

*„Beim Erblicken der Wärterin schrickt sie heftig zusammen, folgt [...] ohne Widerstreben zurück in die Anstalt, unterbricht ihr Schweigen auf dem Weg nur einmal mit den Worten: Führt mich nur hin, wo ihr wollt, ich werde der Sache doch bald ein Ende machen!“*⁶⁰⁸

Aber dazu kommt es nicht. Stattdessen wird sie nach ihrem gescheiterten Fluchtversuch wieder ins Unterhaus verlegt, wo *„sie den ganzen Abd. schluchzend in der Sofaecke“* sitzt, *„ohne auf Fragen zu antworten“*. Erst auf ausdrückliche Aufforderung setzt sie sich zu Tisch, beteiligt sich am Abendessen und weint sich dann im Beisein einer Wärterin in den Schlaf. Noch am nächsten Morgen verweigert sie zunächst jegliche Kooperation:

*„Heute früh weigerte sie sich entschieden aufzustehen, bleibt stumm und regungslos, [die] starren Augen auf einen Punkt geheftet, im Bett liegen [...] lispelt nur hier u. da mit gebrochener Stimme: Wasser, Wasser! Richtet man sie auf, so läßt sie sich sofort wieder in die Kissen zurücksinken, passiven Bewegungen setzt sie keinen Widerstand entgegen, die erhobenen Glieder fallen [...] wieder herab. Läßt sich füttern.“*⁶⁰⁹

Nach diesem stummen und passiven Verhalten am Sonntagvormittag wird Bertha Krieger *„aufs Energischste aufgefordert am Nach[mittag] aufzustehen – widrigenfalls man mit Gewalt einschreiten werde!“* Auf diese Drohung reagiert sie schließlich und verändert ihre Reaktion. Statt noch extremeres Widerstandsverhalten zu zeigen, entscheidet sie sich schließlich für die Anpassung, auf die im nächsten Kapitel noch eingegangen werden wird. Bertha Krieger kann aufgrund der permanenten Überwachung nicht fliehen, sie kann von ihrem Vater, der sie für *„unzurechnungsfähig“*⁶¹⁰ hält und der sich nach Landerers Bericht über den Fluchtversuch weigert, seine Tochter zu besuchen, keine Hilfe erwarten, es macht also keinen Sinn für sie, den Druck auf ihn weiter aufrecht zu erhalten, sie kann sich auch nicht mehr in die Nahrungsverweigerung zurückziehen, sonst wird sie zwangsernährt, und sie kann sich nicht einmal mehr im Bett verkriechen, sonst wird sie mit Gewalt geholt. Bertha Krieger hat keine andere Möglichkeit, als sich entweder normengerecht zu verhalten oder sich umzubringen. Doch diesen Ausweg wählt sie nicht.

⁶⁰⁸ Ebd.

⁶⁰⁹ Ebd.

⁶¹⁰ Ebd., Brief d. Vaters v. 18.12.1886.

Diesen endgültigen Ausweg wählt stattdessen die nur drei Jahre ältere Elisabeth Zimmer. Auch sie kommt bei ihrer Ankunft „geradezu zum Skelett abgemagert“ in Kennenburg an.⁶¹¹ Während ihr Normalgewicht, wie die Mutter schrieb, „in gesunden Tagen 118-120 Pfund“⁶¹² betragen hatte, wiegt sie nun nur noch 37,5 kg, hat einen BMI von 13,6 und liegt damit fast 40% unter dem zu erwartenden Körpergewicht einer zeitgenössischen Vergleichsgruppe.⁶¹³ Bei ihrer Aufnahme sieht sie „äusserst blass aus“, hat zahlreiche Abszesse und Ödeme und

*„spricht mit etwas flüsternder Stimme davon, daß sie immer wieder besonders wenn sie heftige Rückenschmerzen gehabt habe, zum Alcohol, gelegentlich auch zu Morfium gegriffen habe, daß sie aber völlig davon loskommen wolle und sich gewiss alle Mühe geben wolle, sie wisse, was sie mit ihrem Gang hierher auf sich genommen habe, aber sie fühle sich so elend, durch ihre fortwährenden Rückfälle, daß sie gewiss auch keinen der seitherigen Betrugsversuche mehr unternehmen wolle.“*⁶¹⁴

Sie wird zunächst ins Oberhaus aufgenommen, aber drei Tage nach diesen Beteuerungen erfolgt bereits der erste der zahlreichen „Betrugsversuche“. So gibt sie an, „sie habe [...] ihre Milch brechen müssen u. dann eine Ohnmacht bekommen“, allerdings hatte sie die Milch gar nicht getrunken, „sondern lediglich mit Wasser verdünnt in das Nachtgeschirr geschüttet“, was sie auch sofort unumwunden zugibt. Darüber hinaus gibt sie auch zu „Geld in einer Garnrolle versteckt zu haben, um sich insgeheim Alcohol und Morfium zu verschaffen.“ Daraufhin wird sie umgehend ins Unterhaus verlegt: „Die Verlegung der Kranken auf die Überwachungsabteilung ist vom günstigsten Erfolg begleitet, die Nahrungsaufnahme der Kranken ist viel besser [...]. Die psychomotorische Unruhe [...] lässt entschieden nach.“⁶¹⁵

Was folgt, ist eine monatelange Abfolge von Verlegungen innerhalb des Unterhauses, auf die Elisabeth teilweise „sehr erfreut“, teilweise „sehr aufgebracht“ reagiert, je nach dem, wie viel Freiheiten sie durch die Verlegungen jeweils erlangt. Mal erhält sie, weil sie Blut erbricht, ein „Seitenzimmer der Überwachungsabteilung“, mal, weil sie sich mehr Ruhe wünscht, ein anderes Zimmer im Unterhaus, und nur ein paar Tage später wieder ein anderes Zimmer, „um ihr Gelegenheit zu geben, den Tag über auf dem [...] Balkon im Freien zubringen zu können“. In dieser Zeit fallen Besuche der Mutter, bei der sie sich bitter über ihren Aufenthalt beklagt, „um ihre Mutter zur Wegnahme zu bewegen“. Haus, Einrichtung und Mitpatienten – alles ist ihr nicht recht; „endlich begründet sie ihren Wunsch nach Hause genommen zu werden, mit der Behauptung, sie müsse ja doch sterben, dann wolle sie zu Hause sterben!“ Nach dem Besuch entschuldigt sich die Patientin. Sie sei „in eine derartige Erregung hineingeraten, daß sie selbst nicht mehr gewusst habe, was sie sage.“ Bei einem weiteren Besuch klagt sie weniger über andere, bittet aber erneut „sie möchte nach Hause, um da zu sterben.“

⁶¹¹ Akte Zimmer, Status.

⁶¹² Ebd., Brief d. Mutter v. 27.07.1903.

⁶¹³ s. dazu auch Abb. 5.4.

⁶¹⁴ Akte Zimmer, Status.

⁶¹⁵ Ebd., Verlauf.

Doch die Mutter nimmt sie nicht mit nach Hause, sondern folgt den Kennenburger Ärzten: „*Ich sehe klar ein*“, schreibt sie nach ihrem letzten Besuch, „*daß es ein Unrecht an meiner Tochter wäre nähme ich sie in diesem Zustande zu Hause, ich wäre nicht im Stande sie richtig zu pflegen und würde ihr durch zu große Liebe und Nachsicht nur schaden.*“ Außerdem schreibt sie, sie in den nächsten Wochen vorerst nicht mehr besuchen zu wollen, „*da es meine Tochter [...] erregt und Sehnsucht nach zu Hause erweckt, warum ihr diesen Schmerz bereiten.*“⁶¹⁶ Für Elisabeth Zimmer bedeutet dies, dass sie sich anpassen und an Gewicht zunehmen muss, wenn sie von ihrer Mutter mit nach Hause geholt werden möchte. Nach diesem letzten Besuch der Mutter im Juni ist der nächste auf Anfang Oktober geplant. Bis dahin wechselt die Patientin zwischen den Reaktionstypen Anpassung und Widerstand:

*„Wo die Kranke eine Gelegenheit wahrnimmt, eine ärztliche Anordnung zu umgehen [...], sich um einen Teil des Essens zu drücken, es wegzuschütten, benützt sie dieselbe. Überführt wird sie meist von tiefer Reue gequält u. giebt an, wie eine unbezwingliche Macht komme die Lust, irgend etwas zu begehen über sie, habe sie die Handlung begangen, so sei sie keineswegs erleichtert, vielmehr ergreife sie sofort tiefe Reue. Sie sei ganz froh, wenn sie ertappt werde, wie ein Kind, dem es nach der Schelte leichter sei.“*⁶¹⁷

Hier ist wieder der typische pädagogisch-therapeutische Behandlungsmodus zu erkennen, der dem zeitgenössischen Bild von psychisch gestörten Menschen als Kindern, die zur Vernunft erzogen werden müssen, entspricht und der auch Landerers Haltung ausmacht. Blüthel Elisabeth Zimmer beispielsweise aus der Nase – „*fraglos künstlich erzeugt*“ – wie die Ärzte überzeugt sind, so wird ihr eine Behandlung mit „*Höllenstein*“, einem ätzenden Antiseptikum, in Aussicht gestellt, woraufhin sich die Klagen über Nasenbluten nicht wiederholen.⁶¹⁸ Schelte und Reue sind moralisch-pädagogische Begriffe, die Ende des 19. Jahrhunderts ihren selbstverständlichen Ort im medizinisch-psychopathologischen Sprachduktus hatten. Als „*Unfug*“ gelten den Ärzten daher auch Elisabeth Zimmers auffällige Verhaltensweisen:

„Die Kranke trieb in letzter Zeit beständig Unfug, schüttete [...] ihr Essen weg, brach sich offenbar künstlich manuell erzeugt, [...] lief wiederholt in das Esszimmer und ass dort die vom Nachtessen zurückgebliebenen Speisereste auf, ass massenhaft Zucker, den sie aus der im Esszimmer aufgestellten Büchse entwendete.“

Darüber hinaus hält sich Elisabeth Zimmer nicht an die Diätvorgaben, und ihre Zimmernachbarin beklagt das Fehlen von „*Esswaaren, insbesondere Chokolade und dergl.*“ Für die Ärzte „*steht wohl ausser Zweifel, daß Fräulein Zimmer sich diese angeeignet hat.*“ Nach all diesen Vorfällen wird sie deshalb erneut auf die Überwachungsabteilung verlegt, wo sie „*allerdings unter fortwährendem Sträuben [...] gegen ihre Nahrungszufuhr und unter ständiger Nörgelei*“ unter genauer Kontrolle permanent zunimmt, bis sie nahezu 50kg wiegt.

⁶¹⁶ Akte Zimmer, Brief d. Mutter v. 11.06.1903.

⁶¹⁷ Akte Zimmer, Verlauf.

⁶¹⁸ Ebd., [Höllenstein = Silbernitrat].

Alle Zitate zu Elisabeth Zimmer stammen auch im Folgenden aus Ebd.

Sie wirkt „lebhafter und munterer“, darf vermehrt mit den „Damen des oberen Hauses“ Kontakt haben, mit denen sie in „netter Weise“ verkehrt, doch mit der Gewichtszunahme gehen auch die „Beschwerden der sich ankündenden menses“ einher.

ABBILDUNG 5.6:

Elisabeth Zimmer: Menstruationsprotokoll

Zimmer, Elisabeth

1883	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Januar																															
Februar																															
März																															
April																															
Mai																															
Juni																															
Juli																															
August																															
September																															
Oktober																															
November																															
Dezember																															

Im März wird Elisabeth Zimmer aufgenommen, im September menstruiert sie erstmals wieder und im Oktober springt sie aus dem Fenster. Hier muss keine Kausalität vorliegen, aber die zeitliche Nähe zwischen Menstruation und Suizid ist immerhin bemerkenswert. Am 26. September wird sie ins Oberhaus verlegt, am 4. Oktober will ihre Mutter zu Besuch kommen, aber am 1. Oktober wird sie von der Oberwärterin vor dem Baden erwischt, wie sie sich in „Menstruationsbinden mehrere Steine eingelegt hatte, um ihr Gewicht zu erhöhen.“ Daraufhin wird sie aufgefordert, „nochmals [...] eine richtige Wägung“ zu absolvieren, plötzlich aber springt sie auf und „stürzte sich in die etwa 5m betragende Tiefe kopfüber.“

„Die Oberwärterin suchte die Kranke zurückzuhalten doch hatte diese bereits das Übergewicht nach vorne und der Schlafrock mit dem die Kranke bekleidet war, bot nicht genügenden Halt zum festen Fassen. [...] Diagnose: Schädelfractur: Hysteri.“

Eine Erklärung der „impulsiven Triebhandlung“ sehen die Ärzte am wahrscheinlichsten in dem „durch ihre Entlarvung vereitelten Wunsche nach Hause zu kommen“. Eine Erklärung, die ich für sehr plausibel halte. Trotz ihrer Zunahme von mehr als 17kg konnte sie nicht mit baldiger Entlassung und vielleicht nicht einmal mit dem Verbleib im Oberhaus rechnen. Ein weiteres Mal wurden ihr so die Freiräume genommen und sie in die Widerstandsreaktion gedrängt. Am Ende suchte sie wohl impulsiv den letzten ihr möglich erscheinenden Ausweg.

Zusammenfassung Widerstand

Das Beispiel Elisabeth Zimmer zeigt, zu welchen heftigen Reaktionen die strenge Behandlung Kennenburgs führen konnte. Obwohl sie deutlich an Gewicht zugenommen hatte, musste sie nach der Entdeckung ihres Betrugsversuchs damit rechnen, dass ihr erneut Raum entzogen werden würde – und dies wenige Tage vor ihrer erhofften Entlassung. Wie aus Graphik 5.1 hervorgeht, führen nur zwei Möglichkeiten zu mehr Raum: Entweder gewährt ihn die Familie oder die Anstalt. Wenn aber weder die Angehörigen noch die Anstalt nachgeben, lastet ein gewaltiger Druck auf der Patientin, ihren Widerstand aufzugeben und sich anzupassen. Wählt sie die Anpassung, wird ihr gleichzeitig mehr Raum zuteil, weigert sie sich jedoch, ist das Risiko eines Suizides bei keinem anderen Reaktionstyp so hoch wie beim Widerstand.

5.4.3 Anpassung

Die 19-jährige Bertha Krieger wählt, wie bereits angedeutet, einen anderen Ausweg. Statt sich zu suizidieren, wie sie es mehrfach angedroht hatte, passt sie sich letztendlich dem Kennenburger Reglement an. Nachdem sie durch regelmäßige Nahrungsaufnahme und korrektes Verhalten das Unterhaus hinter sich gelassen und kaum, dass sie ins Oberhaus verlegt worden war, einen Fluchtversuch unternommen hatte, liegt sie nun am Tag nach ihrem Fluchtversuch im Bett, lässt sich füttern und verhält sich passiv widerständig – bis ihr schließlich gedroht wird, sie notfalls mit Gewalt zu holen, stünde sie nicht von selber auf. Innerhalb weniger Stunden vollzieht sie daraufhin einen kompletten Reaktionswechsel von Widerstand zu Anpassung. So ist sie der Aufforderung am Nachmittag aufzustehen:

„still und pünktlich nachgekommen, empfängt Ref. am Abd. mit entgegengestreckten Händen, bittet ob ihrer unüberlegten That flehentlich um Verzeihung, man glaube gar nicht, was sie für Heimweh ausgestanden! Gestraft sei sie genug, sie schäme sich fürchterlich. [...] Petitionirt dringend um Verbringung ins Oberhaus, man solle ihr noch einmal Vertrauen schenken, sie werde es gewiß nicht täuschen. Hat einen so überschwenglich zärtlichen Brief an die Mutter gerichtet, daß man sich des Eindrucks eines Komödienspiels nicht zu erwehren vermag.“⁶¹⁹

Genau eine Woche nach ihrer Flucht darf sie wieder ins Oberhaus. Gut acht Protokollseiten haben die Ärzte in den ersten Aufenthaltswochen über sie geschrieben. Die folgenden drei Monate füllen dagegen gerade einmal zwei Seiten. Bertha Krieger scheint klug genug zu sein, sich keine Verstöße gegen die Norm mehr zu erlauben. Ab jetzt benimmt sie sich: *„nach jeder Richtung hin durchaus correct. Sie [...] ist im Verkehr mit ihren Mitkranken recht gütig und gefällig, gegenüber den Aerzten offen und bescheiden.“* Sie handarbeitet *„regelmäßig und fleißig“*, liest und *„betheiligt sich gern an den gemeinschaftlichen Spaziergängen“*. Nur beim *„Essen kommen hin u. wieder die capriciösen Neigungen zu Tage [...] doch ißt sie auch regelmäßig und pflichtgemäß das ihr vorgeschriebene Quantum u. trinkt nach wie vor 1 Lit. Milch in 2 Sitzungen täglich. Sie sieht täglich besser aus“* und nimmt auch ordentlich zu.

⁶¹⁹ Akte Krieger, Verlauf. Alle Zitate zu Bertha Krieger stammen auch im Folgenden aus Verlauf.

Auf die Ärzte macht sie „einen recht intelligenten Eindruck“ und ist im Denken und Handeln „selbstständig, ohne dabei irgendwie ein ungebührliches Selbstbewußtsein durchblicken zu lassen“. Bertha Krieger zeigt also genau das angemessene, angepasste Verhalten, das von ihr erwartet wird. Wochenlang benimmt sie sich in dieser „correcten u. verständigen Weise“. „Auch auf die Besuche von Mutter u. Vater reagierte sie beidemal durchaus normal.“ Damit erfüllt sie alle Entlasskriterien und kann von ihrem Vater „genesen“ heimgeholt werden.

Mit Anpassung bezeichne ich damit also eine Reaktion auf die Kennenburger Behandlung, bei der die Patientinnen eventuell sogar ‚schauspielern‘, um damit wenigstens den Freiraum zu erhalten, der ihnen durch Vergünstigungen und durch den Umzug ins Oberhaus gewährt werden kann – unabhängig davon wie ihre innere Motivation aussieht. In diesem Punkt unterscheide ich mich wesentlich von der Anpassungsdefinition Goffmans. Er schreibt:

„Eine dritte Standardform der Anpassung an die Welt der Institution kann man als »Kolonisierung« bezeichnen: Der Insasse nimmt den Ausschnitt der Außenwelt, den die Anstalt anbietet, für die ganze, und aus den maximalen Befriedigungen, die in der Anstalt erreichbar sind, wird eine stabile, relativ zufriedene Existenz aufgebaut.“⁶²⁰

Goffman bezieht sich bei dieser Form der Anpassung auf solche Patient/innen, die er als „»Anstalts-Käuze«“ bezeichnet und die sich in der Anstalt quasi ein „»Zuhause«“ geschaffen haben.⁶²¹ Diese Reaktionsform der „»Kolonisierung«“ sehe ich dagegen bei keiner der hier untersuchten Patientinnen gegeben. Stattdessen bezeichne ich mit Anpassung eine Reaktion, die dann entsteht, wenn die Familien, aus welchen Gründen auch immer, den Patientinnen keinen Raum für ihre Verhaltensauffälligkeiten ermöglichen, die Verantwortung an die Anstalt delegieren und gleichzeitig die Patientinnen subjektiv, anders als diejenigen Patientinnen des Typs ‚Ambivalenz‘, kein Krankheitsgefühl respektive keinen Leidensdruck verspüren. Anpassung wird damit zu einer Reaktion, bei der die Patientinnen zwar die gesellschaftlichen Normvorstellungen, die Kennenburg im Oberhaus modellhaft repräsentiert, entsprechend erfüllen, bei der sie aber innerlich nicht von der Rechtmäßigkeit dieser Normvorstellungen überzeugt sein müssen, sonst würden innere und äußere Normvorstellungen korrelieren, und es würde sich mit der Wiederherstellung der Gesundheit Dankbarkeit einstellen, wie im folgenden Kapitel beschrieben werden wird. Anpassung kann somit auch ‚Schauspielerei‘ bedeuten und bedarf nicht der inneren Übernahme der Regeln, wohl aber der äußeren Erfüllung derselben. Es geht diesen Patientinnen also, anders als von Erving Goffman beschrieben, nicht primär darum, sich in Kennenburg ein möglichst gutes Leben einzurichten, sondern die scheinbare „»Kolonisierung«“ ist lediglich Mittel zum Zweck, um Ärzten und Angehörigen zu beweisen, dass normgerechtes Verhalten und damit auch die Entlassung nach Hause und in die Gesellschaft möglich sind.

⁶²⁰ Goffman (dt. 1973): Asyle, S. 66.

⁶²¹ Ebd.

Allerdings ist diese Anpassungsleistung für die Betroffenen teils mühsame Arbeit, weil sie, wenn sie in die Gesellschaft zurück entlassen werden möchten, sich vielleicht erstmals in ihrem Leben konsequent an ein vorgegebenes ‚vernünftiges‘ Reglement halten müssen. Abhängig davon wie hoch die individuelle Anpassungsleistung an die Anstaltsordnung ist, unterscheidet sich Kennenburg in der Wahrnehmung der Patientinnen. Während ohnehin angepasste Patientinnen während der Genesung meist wenig Schwierigkeiten mit der hierarchischen Klinikstruktur haben, tun sich widerständige Patientinnen, die ein höheres Maß an Autonomie gewohnt waren, viel schwerer mit der Ein- und Unterordnung.

Bertha Krieger muss sich an reichliche und geregelte Mahlzeiten gewöhnen und Elisabeth Hochstätter, die bei ihrer Aufnahme erst 14 Jahre alt war, an die Anforderungen an eine heranwachsende junge Frau. Bis zu ihrer Aufnahme konnte sie noch als Kind gelten, in Kennenburg wird sie dann aber stellvertretend für ihr Elternhaus zu einer jungen Dame erzogen. Wie sie auf die pädagogische Strenge des Unterhauses reagierte, ist bereits ausführlich beschrieben worden. Jetzt, im Oberhaus, muss sie sich an die Regeln halten. Allerdings versucht sie immer mal wieder, die Annehmlichkeiten und Vergünstigungen des Oberhauses mit der vollen ärztlichen Aufmerksamkeit, die ihr im Unterhaus zuteil wurde, zu verbinden. Doch dagegen verwehren sich die Ärzte. Entweder verhält sie sich korrekt, dann darf sie im Oberhaus bleiben, oder sie simuliert Anfälle, dann muss sie zurück ins Unterhaus.

„Fing gestern Abend kurz vor 10 Uhr plötzlich wieder an zu »schäumen«, sie athmete schwer, wurde stumm und producirte ziemlich massenhaft Speichel, der schaumig vor dem Mund stand. Bald fing sie auch an zu wimmern u. schließlich zu schreien, verstummte jedoch bald wieder, als sofortige Verlegung ins Unterhaus [...] in Aussicht gestellt wurde.“⁶²²

Je besser sich Elisabeth Hochstätter im Oberhaus führt, um so mehr Freiheiten erhält sie. So darf sie einmal nach „*Stuttgart um sich ein Corset anmessen zu lassen*“, ein zweites Mal, um dort mit ihren Eltern einen Tag zu verbringen, und ein drittes Mal, um dort während der Weihnachtszeit einen „*Circus*“ zu besuchen. Anders als früher zeigt sie sich mittlerweile den „*ärztlichen Anordnungen u. Vorstellungen gegenüber, [...] stets folgsam u. verständig.*“ Beispielsweise übt sie nun täglich zweimal eine halbe Stunde auf dem „*Streckbrett*“ und absolviert Übungen gegen ihre „*Scoliose*“, obwohl sie anfangs dabei unter Kopfschmerzen und Schwindel leidet. Am Ende ihres einjährigen Aufenthaltes hat sie sich so gut an das Kennenburger Anstaltsleben angepasst, dass ihr die Aussicht auf Entlassung Druck macht: „*Steht entschieden unter dem Druck der demnächstigen Heimkehr, brütet vor sich hin, erscheint zerstreut*“. An ihrem letzten Abend verhält sie sich trotz größerer Festlichkeiten „*etwas still u. recht bescheiden*“. Und in der Dokumentation an ihrem letzten Tag heißt es: „*Der Abschied vom Hause u. dessen Insassen ging Pat. sichtlich nahe*“.

⁶²² Akte Hochstätter, Verlauf. Alle Zitate zu E. Hochstätter stammen auch im Folgenden aus Verlauf.

Elisabeth Hochstätter changiert zwischen den Reaktionstypen Anpassung und Dankbarkeit. Ihr in Kennenburg erlerntes Verhalten funktioniert in den letzten Aufenthaltswochen im strikt vorgegebenen Anstaltsrahmen sehr gut, doch wie wenig sie in der Lage ist, das Verhalten außerhalb Kennenburgs anzuwenden, zeigt sich daran, dass sie nur gut drei Wochen nach ihrer Entlassung erneut für mehrere Monate nach Kennenburg zurückgebracht wird. Modell und Realität scheinen sich im Fall Kennenburgs und der Familie Hochstätter nicht zu decken. Kaum zu Hause angekommen, äußert sie „*Heimweh nach Kennenburg*“, woraufhin die „*ängstlichen Eltern*“ sofort den Hausarzt herbeirufen, der ihr Morphium spritzt. „*[D]ie Eltern wetteiferten alle Launen der Pat. zu befriedigen*“, was die Kennenburger Ärzte für „*irrationell*“ und „*unverständlich*“ halten.⁶²³ Die junge Elisabeth Hochstätter verfällt wieder in ihre alten „*hyster.*“ Verhaltensmuster. Zurück in Kennenburg, wo sie bei ihrer Ankunft ins „*Wartezimmer getragen werden [muß]*“, lernt sie dann erneut, sich an Regeln zu halten.

Zusammenfassung Anpassung

Wie Graphik 5.1 zeigt, entsteht Anpassung, wenn die Angehörigen eine vorzeitige Rückkehr nach Hause nicht zulassen und sich die Patientinnen daher mit Kennenburg arrangieren müssen. Die Beispiele der beiden ‚Teenager‘ Bertha Krieger und Elisabeth Hochstätter zeigen meiner Ansicht nach, dass es manchmal nicht ausreicht, Disziplinartechniken als verdeckte Zwangsmaßnahmen⁶²⁴ zu erkennen und sie deshalb gleich zu verurteilen. Gerade bei der 14-jährigen Elisabeth Hochstätter, die in Kennenburg zu einem jungen Mädchen mit altersentsprechendem Verhalten heranwächst, lässt sich fragen, ob ein erhöhtes Maß an Autonomie gleichzeitig mehr Humanität bedeutet. Andererseits zwingen die strikten Regeln Bertha Krieger zum „*Komödienspielen*“ ohne Rücksicht auf ihre individuellen Bedürfnisse. Eine eindeutige Bewertung des Reaktionstyps Anpassung fällt daher schwer.

5.4.4 Dankbarkeit

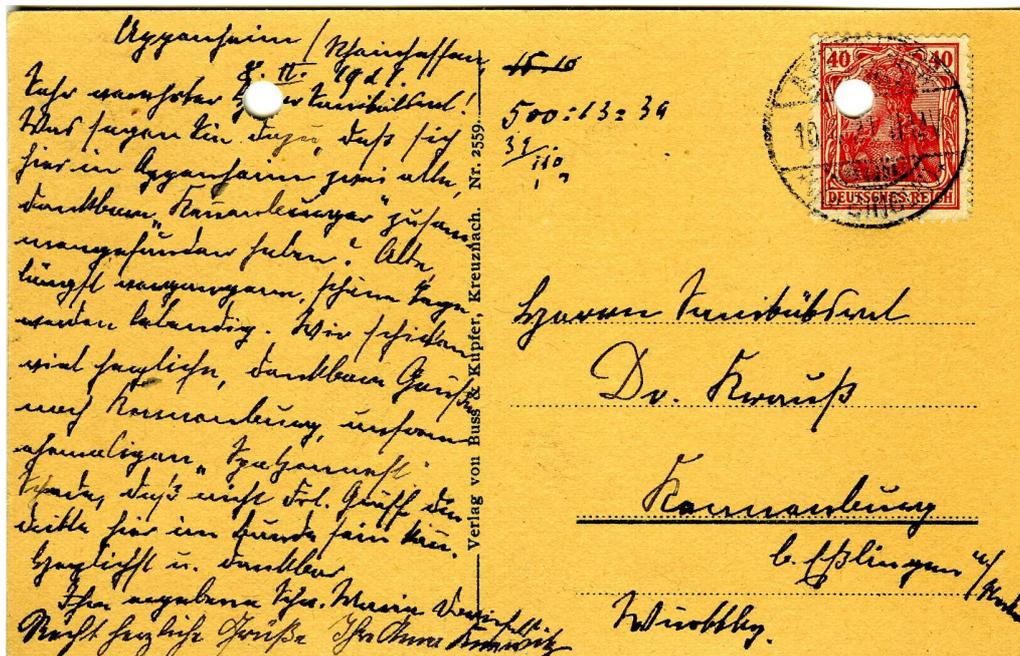
Echte Dankbarkeit entsteht dagegen unter der Voraussetzung, dass die in den Familien gelebten Normvorstellungen mit den Normvorstellungen Kennenburgs und denen der Patientinnen weitgehend kongruent sind. Am Ende des Kapitels 5.3 wurde bereits vermutet, dass diese Dankbarkeit sich insbesondere bei den Patientinnen einstellt, die bereits vor ihrer Aufnahme relativ problemlos die Rollenerwartungen, sei es als Mutter, Braut oder Tochter, erfüllen konnten, die dann aber im Rahmen ihrer teils psychotischen Erkrankungen aus den gesellschaftlichen Rollenerwartungen herausgefallen sind. Während ihrer Genesung in Kennenburg erhalten sie Gelegenheit, diese Rollen nach und nach wieder auszufüllen und sich den gesellschaftlichen Erwartungen entsprechend adäquat zu verhalten. Gelingt dies, entsteht tatsächlich eine lang anhaltende, tief empfundene Dankbarkeit bei den Patientinnen.

⁶²³ Akte Hochstätter [zweite Aufnahme], Anamnese.

⁶²⁴ Meier et al. (2007): Zwang zur Ordnung, S. 22.

ABBILDUNG 5.7:

Postkarte der Patientin Anna Knewitz v. 8. April 1921



„Sehr verehrter [Herr] Sanitätsrat!

Was sagen Sie dazu, daß sich hier in Appenheim zwei alte, dankbare »Kennenburger« zusammengefunden haben? Alte, längst vergangene, schöne Tage werden lebendig. Wir schicken viel herzliche, dankbare Grüße nach Kennenburg, unserem ehemaligen »Spatzennest«. Schade, daß nicht Frl. Gräff die Dritte hier im Bunde sein kann. Herzlichst u. dankbar ihre ergebene [Name unklar] Recht herzliche Grüße Ihre Anna Knewitz“

So schreibt Anna Knewitz nach bald zwei Jahrzehnten an den damaligen zweiten Arzt und jetzigen Klinikleiter Krauß, nachdem sie als 18-jährige mit dem Wahn nach Kennenburg kam, von ihrer Familie geschlachtet zu werden, „um kein Schwein schlachten zu müssen.“⁶²⁵ Während ihres Aufenthaltes war die Tochter einer „wohlhabenden Bauern[familie]“, die aber eine „gute Erziehung genossen“ hatte und „in einem Pensionat“ gewesen war und die nach Einschätzung ihres Arztes „nach ihren Umgangsformen & Manieren wohl anstandslos mit anderen Kranken aus besseren Ständen verkehren“ konnte,⁶²⁶ anfangs völlig auf die Hilfe des Kennenburger Personals angewiesen. Sie muss gefüttert werden, ist „unrein mit Harn“, braucht Hilfe bei Toilettengängen und „onaniert ohne alle Scham vor ihrer Umgebung.“ Nach Monaten der langsamen Genesung wird sie gemäß ihrem gesellschaftlichen Stand „regelmässig in der Küche beschäftigt mit gutem Erfolg“ und kann schließlich dankbar und krankheitseinsichtig „genesen entlassen“ werden.⁶²⁷ Ihre spätere Postkarte hat nichts mit den üblichen Dankesbriefen zu tun, die meist innerhalb einer Woche nach der Entlassung in Schönschrift und oft mit besten Grüßen auch an die Frau Direktor in Kennenburg eintrafen.

⁶²⁵ Akte Knewitz, Arztbrief.

⁶²⁶ Ebd.

⁶²⁷ Akte Knewitz, Verlauf.

Solche Dankesbriefe gehörten zum gesellschaftlichen Ritual und bewiesen nur, dass hier wieder eine ‚normale‘ junge Frau wusste, was sich gehörte. Selbst die Mutter von Elisabeth Zimmer schreibt zehn Tage, nachdem sich ihre Tochter in den Tod stürzte, an Landerer:

*„Ich danke Herr Dr. Krauss noch mal ganz besonders, da ich weiß wie viel Mühe er sich gab mit der schwierigen Patientin und wie schwer ihm das Ende der Pflege war. Welchen Schreck hatte die arme Frl. Sophie, wie leid thut sie mir, da sie ja nichts verhindern konnte und in großer Treue und Gewißenhaftigkeit ihre Pflege versah. Mit größter Hochachtung und Empfehlung an Ihre Frau Gemahlin.“*⁶²⁸

Der Reaktionstyp Dankbarkeit bedarf meiner Ansicht nach zweier Grundvoraussetzungen: zunächst der Krankheitseinsicht und dann der übereinstimmenden Genesungsmotivation zwischen Patientin und Anstalt. Sind diese beiden Grundvoraussetzungen erfüllt, wie dies im Fall von vier der zehn untersuchten Patientinnen der Fall ist, stellt sich stets Dankbarkeit ein. So etwa bei der eben beschriebenen, psychotisch erkrankten Anna Knewitz genau wie bei ihrer Mitpatientin Luise Gräff, die sich zu Hause mit Salzsäure hatte umbringen wollen und die sich gegen Ende ihres Aufenthaltes, auf den sie lange recht ambivalent reagiert hatte, vermutlich zeitgleich im Juni 1903 mit Anna Knewitz *„fleissig in der Küche [beschäftigt]“*,⁶²⁹ was auch den Hinweis auf sie auf der Postkarte erklären würde. Mit Dankbarkeit reagieren ebenfalls Emilie Maier, die sich die Pulsadern mit Haarnadeln hatte öffnen wollen und die nach ihrer anfänglichen Ambivalenz recht schnell Krankheitseinsicht zeigt und den Ärzten gegenüber versichert, sie wolle *„sich Mühe geben, gesund zu werden“*,⁶³⁰ wie auch Karoline Matterstock, die monatelang im Unterhaus *„Schabernack“* treibt und später im Oberhaus alles *„»entzückend«* findet und *„für jede kleine Vergünstigung stets sehr dankbar [ist]“*.⁶³¹ Die Reaktion Dankbarkeit korreliert dabei mit der Entlassbewertung: *„genesen entlassen“*. Von den zehn hier untersuchten Patientinnen verlassen alle Frauen der Reaktionstypen Dankbarkeit und Anpassung Kennenburg als *„genesen“*. Von den restlichen vier Frauen ist eine tot, zwei *„gebessert“* und eine, die unbedingt zur Familie in die Sommerfrische wollte, wird entlassen, weil sie *„ohne alle Einsicht auf ihrem passiven Widerstand verharrte“*.⁶³² Während angepasstes Verhalten zwar zu einer Entlassung als *„genesen“* führen kann, unterscheidet es sich doch wesentlich im Hinblick auf die innere Überzeugung der Patientin vom Typ Dankbarkeit. Rein äußerlich verhalten sich die Patientinnen vom Typ Dankbarkeit so, wie der Soziologe Erving Goffman es für seinen vierten Anpassungsmodus beschreibt: *„die Haltung des Konvertiten [ist] eher diszipliniert, moralistisch und monochrom, wobei er sich als einen Menschen darzustellen sucht, mit dessen Begeisterung für die Anstalt das Personal allezeit rechnen kann.“*⁶³³ Dankbarkeit unterscheidet sich jedoch von Anpassung.

⁶²⁸ Akte Zimmer, Brief d. Mutter v. 10.10.1903.

⁶²⁹ Akte Gräff, Verlauf.

⁶³⁰ Akte Maier, Verlauf.

⁶³¹ Akte Matterstock, Verlauf.

⁶³² Akte Scharpinet, Verlauf.

⁶³³ Goffman (dt. 1973): Asyle, S. 67.

Goffman nennt aufgrund seiner Beobachtungen diese Reaktion auf die Behandlung durch die Institution „»Konversion«“. Für die Institution Kennenburg halte ich den Begriff Dankbarkeit für angemessener, weil ich nach der Quellenlage tatsächlich davon überzeugt bin, dass die vier jungen Frauen Gräff, Matterstock, Maier und Knewitz den Kennenburger Ärzten und Pflegekräften gegenüber aufrichtig dankbar waren. Anders lassen sich ihre teils viel späteren Reaktionen wie etwa die Postkarte nicht erklären. Auch Karoline Matterstock meldet sich eineinhalb Jahre nach ihrer Entlassung noch einmal mit einem Brief an die „Hochverehrte Frau Direktor!“ Darin kündigt sie ihren Besuch an, weil ein Umzug der Familie nach Sachsen bevorsteht und sie sich endgültig verabschieden will:

„Wir werden uns vielleicht zum letzten Male im Leben sehen, denn dieser Besuch ist ein Abschied für immer! [...] Mein Verlangen, Sie verehrte Frau Direktor, wieder zu sehen, Ihren guten Herrn Gemahl sprechen zu können, ist unbeschreiblich! [...] Meine Anhänglichkeit an Ihr Haus ist so groß, sie wird mich auch durch mein ganzes ferneres Leben begleiten. [...] Darum [...] bitte [ich] Sie, es nicht übel zu nehmen, wenn ich ungelegen käme. Für ein bisschen Liebe bin ich unendlich dankbar [...]. Auch auf Fr. Sophie freue ich mich unendlich!“⁶³⁴

Abgesehen von allem Pathos bleibt doch die Tatsache, dass sich hier eine Frau mitten in den größten Umzugsvorbereitungen zwischen Würzburg und Chemnitz nach Esslingen aufmachen will, um dort „die glücklichen u. wehmütigen Erinnerungen“ zu empfinden und die vertrauten Menschen wiederzusehen, die sie mit Kennenburg verbindet. Man darf nicht vergessen, dass Ärzte und Pflegepersonal die Patientinnen oft monatelang auf ihrem Weg begleiteten. In teils heftigen biographischen Umbrüchen entstanden hier Erinnerungen, die die Patientinnen zu Hause mit niemandem teilen konnten. Auch das ist ein Aspekt der Dankbarkeit: die Kennenburger Ärzte, deren Familien und das Personal hatten die Frauen in Ausnahmeständen erlebt, die vermutlich nicht einmal die nächsten Angehörigen kannten.

Zusammenfassung Dankbarkeit

Dankbarkeit ist der psychologisch vermutlich am meisten unterschätzte Reaktionstypus. Sieht man einmal von den erwähnten, den allgemeinen Höflichkeitsformen entsprechenden Dankesbriefen wenige Tage nach der Entlassung ab, so manifestiert sich in der nachhaltigen Dankbarkeit, die sich insbesondere in den Briefen und Besuchen noch Jahre nach dem eigentlichen Aufenthalt ablesen lässt, die Überzeugung der Patientinnen, dass die Kennenburger Ärzte und Wärterinnen ihnen helfen konnten. Der Anstaltsaufenthalt wird somit als sinnhaft erlebt und im Sinne einer Salutogenese in die eigene Biographie eingeordnet. Noch während des Aufenthaltes trägt die Dankbarkeit damit zum weiteren Heilungserfolg bei. Voraussetzung für diese Reaktion sind aber sowohl Krankheitseinsicht als auch Motivation, sich auf die Behandlungsmaßnahmen der Anstalt einzulassen.

⁶³⁴ Akte Matterstock, Brief d. Pat. v. 18.03.1890.

5.5 Verlauf nach Entlassung

Diese kasuistische Untersuchung begann mit der Beschreibung des Verlaufs vor Aufnahme. Analog dazu soll hier nun eine kurze Beschreibung des Verlaufs nach Entlassung folgen. Dabei ist bei einigen der zehn untersuchten Frauen, die alle mehrere Monate in Kennenburg blieben, jedoch keine länger als ein Jahr, bereits angeklungen, wie es nach dem stationären Aufenthalt weiterging. Die jüngste von ihnen, die bei ihrer ersten Aufnahme erst 14-jährige Elisabeth Hochstätter, kommt wie beschrieben drei Wochen nach ihrer ersten Entlassung wieder und bleibt dann erneut für neun Monate in Kennenburg. Für die Ärzte ist auch danach die „Prognose [...] zweifelhaft“,⁶³⁵ und tatsächlich kommt sie als 18-jährige eineinhalb Jahre nach dieser letzten Aufnahme wieder für ein gutes Jahr zurück. In der Akte findet sich später noch ein Brief, der vermutlich aus der Anstalt Heppenheim stammt. Mittlerweile ist Elisabeth Hochstätter Anfang zwanzig, als sie Dr. Landerer anlässlich seiner Ernennung zum Hofrat gratuliert: *„ich freute mich ungeheuer dieses zuvernehmen im Gedanke, daß Ihre liebevolle, sorgfältige Behandlung eines Jeden Kranken preisgekrönt wurde. [...] Ach! Ich finde es gar zu traurig, daß ich meine ganze Jugend so traurig im Irrenhause zubringen muß.“*⁶³⁶

Auch die beiden Frauen des Reaktionstyps Dankbarkeit, Anna Knewitz und Emilie Maier, kommen, nachdem sie wie beschrieben beide „genesen“ entlassen wurden, etwa drei Jahre später zur Wiederaufnahme zurück nach Kennenburg. Anna Knewitz ist im folgenden Kapitel Teil der Vergleichsgruppe, denn so wie sie während ihres ersten Aufenthaltes 12kg zunimmt, verliert sie während ihres zweiten Aufenthaltes 10kg und wird anschließend „ungebessert“ in die Heilanstalt Göppingen überwiesen.⁶³⁷ Emilie Maier wurde 1906 zwar krankheitseinsichtig, dankbar und genesen entlassen, aber mit der Diagnose „Manisch-depressives Irresein“.⁶³⁸ Dementsprechend durchlebt die Patientin in den nächsten Jahrzehnten wechselnde Phasen, die sie teils in anderen Anstalten, teils in ambulanter Behandlung, teils erneut in Kennenburg verbringt. 1927 wird sie dort vorerst zum letzten Mal aufgenommen und bleibt über Jahre. Auch später hält die Patientin noch sporadischen Briefkontakt mit ihrem Arzt Reinhold Krauß. Der Umzug von Karoline Matterstock nach Sachsen wurde oben bereits erwähnt, und auch von der Patientin Marie Charlotte Geldart aus der Nähe von London verlieren sich die Spuren. Deren Mutter schreibt noch einmal etwa zehn Tage nach der Entlassung ihrer Tochter, bei der zuletzt eine „weitgehende gemütliche Abstumpfung“ dokumentiert wurde, dass sich die Tochter auf der weiteren Reise in die Schweiz „richtig[] & anständig[]“ bei gemeinsamen Mahlzeiten mit anderen Gästen und bei den täglichen Spaziergängen verhält und nicht mehr halluziniert.⁶³⁹

⁶³⁵ Akte Hochstätter [zweite Aufnahme], Schluss.

⁶³⁶ Akte Hochstätter, Brief d. Pat. v. 20.03.1894.

⁶³⁷ Akte Knewitz [zweite Aufnahme], Schluss.

⁶³⁸ Akte Maier, Schluss.

⁶³⁹ Akte Geldart, Brief d. Mutter v. 10.05.1901.

Die 32-jährige Elisabeth Scharpinet, die zu ihren Verwandten in die „Sommerfrische“ wollte, wird wegen ihres „passiven Widerstand[es]“ entlassen und von ihren Angehörigen abgeholt. Genau so wie die ebenfalls zum Reaktionstyp Widerstand zählende 27-jährige verheiratete Patientin Emilie Haegler-Passavant, die sich während ihres Aufenthaltes in Kennenburg als „vollständig einsichtslos“ gezeigt hatte. Drei Tage nach ihrer Entlassung schreibt sie:

„Geehrter Herr,

Es ist mir leider nicht möglich, Ihnen den üblichen »Dankbrief« zu schreiben, den Sie von allen Damen erhalten [...] ich [...] habe den Mut, den wohl noch Keine gehabt hat, – zu schreiben was ich denke – ich habe mich, in Wort u. Schrift, lange genug verstellen müssen – [...] einmal aber muss alles heraus – »krankhaft« werden Sie es wohl zu nennen belieben, es ist ja ungemein bequem, Dinge, die man gerne vertuscht, ändern als »krankhafte Ideen« der erholungsbedürftigen Damen zu entschuldigen [...] da man krank ist oder sein soll sind einem die Hände gebunden u. man muss schweigen – weil man weiss, dass man einem doch nicht glaubt; [...] Ihr Tun ist verachtungswürdig, das wird Ihnen auch mein Mann schreiben. Wir zweifeln nicht daran, dass Sie sich mit dem bekannten »krankhafte Einbildung« von mir, rechtfertigen werden. [...] Sie werden mir einwerfen, das ich trotz allem um 23 [Pfund] zugenommen habe – aber ich sage ihnen, dass ich bei einem 4-6 wöchentlichen Aufenthalt mit meinem Mann, sei es wo es will, in Ruhe u. guter Kost, bei innerem Glück, meine Gesundheit – also in halb so langer Zeit – wiedergefunden hätte. Ich werde stets nur mit Hass u. Abscheu & Verachtung an diese schrecklichste Zeit meines Lebens denken [...]. Sie werden vielleicht meinen Brief von Ihrem Standpunkt als Psychiater aus als »interessantes Stück« zu meiner Krankengeschichte legen, vielleicht werden Sie ihn auch an meinen Mann schicken mit den gewohnten Randbemerkungen – [...] hoffentlich bleibt aber [...] etwas daraus sitzen u. dient möglicherweise meinen ehemaligen Leidensgenossinnen zu Erleichterung.⁶⁴⁰

Insgesamt zehn Seiten schreibt Emilie Haegler-Passavant so an Landerer, beklagt sich über die Oberwärterin, über Indiskretion, über „Hass“ und „Misstrauen“ gegenüber dem Personal. Sie schreibt, das ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, ohne das Wissen ihres Mannes, der als Arzt und Dozent mit Dr. Landerer auf kollegialer Ebene korrespondierte. Drei Tage nach dem Brief seiner Frau meldet dieser sich, augenscheinlich ohne Kenntnis des zitierten Briefes, bei Landerer „mit einer Berichterstattung über [...] derzeitiges Befinden“ seiner Frau, schreibt von ihrer „wechselnder Stimmung“ und von den Vorwürfen, die seine Frau sowohl ihm als auch seinen und ihren Eltern mache, und er bittet Landerer am Schluss: „Im Falle Sie an mich schreiben wollen, bitte ich Sie, ihre Briefe an die Adresse meines Vaters zu schicken, da meine Frau die eingelaufene Correspondenz sorgfältig überwacht.“⁶⁴¹

Sieben Jahre später berichtet der inzwischen zum Professor avancierte Ehemann, dass seine Frau nach mehreren anderen Aufenthalten in teils offenen Anstalten nun aber „unvermittelt nach Illenau gebracht werden mußte. [...] Das Krankheitsbild ist dasselbe wie 1898, nur bedeutend verstärkt, [...] sodaß man oft an Paranoia denken könnte.“⁶⁴²

⁶⁴⁰ Akte Haegler-Passavant, Brief d. Pat. v. 08.05.1898. [Unterstreichungen im Original]

⁶⁴¹ Ebd., Brief d. Mannes v. 11.05.1898.

⁶⁴² Ebd., Brief d. Mannes v. 25.02.1905.

Es lässt sich im Nachhinein nicht mehr beurteilen, ob der Brief der Patientin in krankem oder gesundem Geisteszustand verfasst wurde. Hier stößt man als Historikerin an Grenzen. Dennoch lässt sich, wie bereits in der Einleitung diskutiert, die Frage stellen, inwieweit so ein Brief *„als Erkenntnisquelle taugt, was man also daraus entnehmen kann und was nicht.“*⁶⁴³ Entnehmen kann man ihm sicherlich die Wut der Patientin auf die Anstalt Kennenburg. Entnehmen kann man ihm auch, dass die Wut der Patientin bislang nirgendwo gehört wurde. Der Patientin waren, wie sie selbst schreibt, *„die Hände gebunden“*. Sie selbst war subjektiv davon überzeugt, *„dass man einem doch nicht glaubt“* und dass auch ihr Brief als Protest nichts weiter sein würde als ein *„»interessantes Stück«“* in ihrer *„Krankengeschichte“*. Posthum ist er nun ja auch tatsächlich dazu geworden. Man kann in diesem Brief auch einen fatalen Kreislauf erkennen, wie ihn die Historikerin Karen Nolte in ihrem Tagungsbeitrag zum *„Querulantenwahnsinn“* als charakteristisch für die wilhelminische Zeit beschreibt, in welcher *„die Auseinandersetzung mit und über die Anstaltspsychiatrie von dem medizinischen Bereich in den juristischen verlagert wurde.“*⁶⁴⁴ Zwar handelt es sich zwischen Landerer und der Patientin nicht um eine öffentliche Diagnoseklärung, der Kreislauf ist aber der gleiche:

*„Die Irrenärzte reagierten erwartungsgemäß auf die öffentlich vorgebrachten Zweifel an ihrer Kompetenz mit einer psychiatrischen Argumentation. Sie pathologisierten die Verfasser [...] mit der Diagnose »Querulantenwahnsinn« oder »Paranoia« und versuchten auf diese Weise, ihnen die Glaubwürdigkeit zu nehmen. [...] Jedes Selbstzeugnis der auf diese Weise Psychiatrisierten steht im Kontext dieses diskursiv erzeugten Kreislaufes, aus dem es so gut wie kein Entkommen gab.“*⁶⁴⁵

Diesen Kreislauf aus Widerstand und Pathologisierung benennt die Patientin eindrücklich in ihrem Brief an Landerer. Trotzdem lässt sich, bei aller berechtigten Kritik, nicht zugleich der Umkehrschluss ziehen, dass hier eine ‚gesunde‘ oder ‚normale‘ Patientin pathologisiert wird. Der Ehemann zumindest scheint glaubhaft erschüttert zu sein. Jahre später schreibt er an Dr. Landerer: *„Seit Jahren ist mein Familienleben ein unendlich trauriges u. dieser [...] Abschluß hat mich ganz vernichtet. Sie wissen ja selber, wie sehr ich an dieser Frau hieng.“*⁶⁴⁶

Für eine Gewichtung muss der Brief in den Gesamtkontext der Kennenburger Quellen eingeordnet werden, und hier muss festgestellt werden, dass ein solcher Brief tatsächlich zu den großen Ausnahmen gehört. In Anbetracht der übrigen Korrespondenz in der Akte Haegler-Passavant muss auch festgestellt werden, dass nicht nur Landerer und der Ehemann, sondern auch weitere Angehörige die Patientin für krank halten. Ebenso die Ärzte anderer Anstalten wie etwa der Leiter eines Sanatoriums in Baden-Baden, der sie mit den *„heftigsten Erregungszuständen & [...] Wahnideen“* nach Kennenburg überweist.⁶⁴⁷

⁶⁴³ Sellin (2008), Einführung in die Geschichtswissenschaft, S. 49.

⁶⁴⁴ Nolte (2006) [Tagungsbericht]: Querulantenwahnsinn, S. 396.

⁶⁴⁵ Ebd., S. 397.

⁶⁴⁶ Akte Haegler-Passavant, Brief d. Mannes v. 25.02.1905.

⁶⁴⁷ Ebd., Brief d. Sanatoriums v. 09.02.1898.

Auch nach ihrer Entlassung folgen mehrere stationäre Aufenthalte. Der einzige Arzt, der sie trotz dieser ‚Zustände‘ nicht für krank hält, ist ein Zahnarzt. Hier scheint sich für die Patientin die Gelegenheit geboten zu haben, aus dem oben beschriebenen Kreislauf der Pathologisierung auszubrechen, mit dem Ergebnis, dass, wie der Ehemann an Landerer schreibt, *„in diesem Zustand durch einen Zahnarzt kriminelle Akte an ihr verübt worden [sind]. Der Schuft behauptet, die Frau sei gesund u. stets gesund gewesen (er ist zudem Dr. med!).“*⁶⁴⁸ In Folge dessen scheint es nun doch zu gerichtlichen Auseinandersetzungen zu kommen, für die der Ehemann Landerer um Unterlagen und ein Attest bittet – mehr ist nicht bekannt.

Für die nachträgliche Bewertung der Kennenburger Behandlung ist die Akte Haegler-Passavant insofern tatsächlich ein *„»interessantes Stück«“*, weil aus der Sicht der Patientin das nahezu verzweifelt wirkende Bemühen deutlich wird, keinesfalls als krank zu gelten, weshalb sie wohl auch unmittelbar nach ihrer Entlassung gegen den Willen des Mannes *„fieberhaft im Hauswesen [arbeitet]“* und keine *„Anspielungen auf ihre Krankheit“* erträgt,⁶⁴⁹ während aus Sicht der Ärzte ohne Krankheitseinsicht auch jede Behandlungsmotivation fehlt und sie außer der deutlichen Gewichtszunahme keine Besserung erreichen können. Widerstand ist daher die Reaktion der Patientin gegen alle, die sie in der Krankenrolle sehen; aber so lange sie sich widerständig verhält, gilt sie eben auch als krank.

Der 19-jährigen Bertha Krieger ist es dagegen nach ihrem Fluchtversuch gelungen, glaubhaft Krankheitseinsicht und angepasstes Verhalten zu demonstrieren, und auch wenn die Ärzte sich nicht so ganz *„des Eindrucks eines Komödienspielens [...] zu erwehren“* vermögen,⁶⁵⁰ gibt es für sie nach mehreren Monaten *„correcten u. verständigen“* Verhaltens keinen Grund, Bertha Krieger nicht *„genesen“* nach Hause zu entlassen. Dort hält sie gerade so ihr Gewicht und isst, wie ihr Vater an Landerer rückmeldet, *„nur aus »Pflichtgefühl« wie sie sagt, hauptsächlich aber nur deshalb, daß sie nicht wieder nach Kennenburg gebracht wird.“*⁶⁵¹ Selbst ein halbes Jahr nach ihrer Entlassung hat sie nach dem Bericht des Vaters *„noch um kein Loth zugenommen“*, und auch ihr *„Haß gegen meine Frau ist der gleiche geblieben“*.⁶⁵² Es scheint so, als würde Bertha Krieger auch nach ihrer Entlassung die Nahrungsaufnahme wie einen emotionalen Code verwenden. Damit dieser entsprechend funktioniert, müssen nach der amerikanischen Historikerin Brumberg zwei Voraussetzungen gegeben sein: erstens *„ein gewisser Lebensstandard und das Stattfinden regelmäßiger Mahlzeiten“* und zweitens *„daß Nahrung in ausreichender Menge vorhanden und wohlschmeckend war und mit Liebe synonym gesetzt wurde.“*⁶⁵³ Beide Voraussetzungen scheinen hier erfüllt zu sein.

⁶⁴⁸ Akte Haegler-Passavant, Brief d. Mannes v. 25.02.1905.

⁶⁴⁹ Ebd., Brief d. Mannes v. 11.05.1898.

⁶⁵⁰ Akte Krieger, Verlauf.

⁶⁵¹ Akte Krieger, Brief d. Vaters v. 20.04.1887.

⁶⁵² Ebd., Brief d. Vaters v. 16.09.1887.

⁶⁵³ Jacobs Brumberg (1994): Todeshunger, S. 134.

Indem Bertha Krieger die Nahrung verweigert, verweigert sie sich zugleich der Stiefmutter. Immer wieder ist in den Briefen von ihrem regelrechten „Haß“⁶⁵⁴ auf die Mutter die Rede. „Kinder, die sich weigerten zu essen, stießen ihre Eltern vor den Kopf“⁶⁵⁵, schreibt Brumberg. Bertha Krieger löst damit eine „eklatante Störung im bürgerlichen Familiensystem“⁶⁵⁶ aus. Gleichzeitig schreibt der Vater: „Im Haushalt ist sie den ganzen Tag thätig, und macht ihr das Kochen, merkwürdiger Weise ungemein viel Vergnügen. Sie kocht mit Verstand und fein.“⁶⁵⁷ Im gleichen Brief schildert er aber auch, wie viele Dinge seine Tochter gar nicht mehr ißt. Zwar hält sie anders als früher ihr Gewicht und „ißt, weil sie muß“⁶⁵⁸, aber nicht am Tisch:

„Ich vergaß Ihnen [...] mitzuteilen daß Bertha jetzt viel heimlich ißt; namentlich Schleckereien mit einer wahren Gier. Auch macht sie sich selbst Aufläufe u.s.w. wenn meine Frau nicht zu Hause ist, und verbietet unserem Mädchen auf's Strengste, etwas davon zu sagen: Auch Konfekt, welches sie am Tisch nicht berührt ißt sie heimlich, und was noch Schlimmer ist, sie trinkt auch heimlich Schnaps!“⁶⁵⁹

Natürlich reagieren die Eltern sofort: „Daß wir den Letzern sofort unter Verschuß brachten als wir dies beobachteten, versteht sich von selbst – dafür stieg auch ihr Haß gegen uns!“ Berthas Verhalten bleibt den Eltern bis zuletzt völlig unverständlich. Ein halbes Jahr nach der Entlassung ist der Vater so weit, dass er „sie am Liebsten wieder in die Anstalt thun“ würde. Tatsächlich wirkt ihr Verhalten in seiner Beschreibung recht gestört: „Sie soll nun [...] in ein Pfarrhaus gebracht werden – wie sie glaubt als Stütze der Hausfrau gegen Bezahlung, in Wirklichkeit aber bezahle ich Pension für sie und die vermeintliche Bezahlung noch extra.“ Aber im gleichen Brief schreibt ihr Vater von einer Arbeitsstelle, in der Bertha Krieger bereits seit drei Wochen engagiert und gegen den damals üblichen Lohn einer Angestellten arbeitet: „Bertha ist so fleißig und hat solchen Arbeitstrieb, daß sie seit 3 Wochen täglich 9 Stunden gegen eine Bezahlung von 10 Pfennig für die Stunde – in einem Ladengeschäft stickt.“⁶⁶⁰

Es fällt auf, dass Bertha Krieger bei veränderten Umständen auch ihr Essverhalten anpasst. So geht sie im Herbst nach ihrer Entlassung nicht in das Pfarrhaus, sondern sucht sich selbst eine Stellung bei einer Frankfurter Familie, wie ihr Vater später an Landerer schreibt: „Sie hatte dort überaus viel zu thun – fünf Kinder von 3 bis 11 Jahren zu pflegen und zu unterrichten – und war von früh bis spät geistig und körperlich aufs höchste angespannt“. Er selbst allerdings hatte sie zuvor zu Hause buchstäblich rausgeworfen und jeden Kontakt zu ihr abgebrochen: „Im Anfang schrieb sie mir einigemal, da ich ihr aber konsequent keinerlei Antwort gab, so gab sie das bald auf, und wir waren 6 Monate ganz außer Verbindung.“⁶⁶¹

⁶⁵⁴ Akte Krieger, Brief d. Vaters v. 16.09.1887. [Aber auch in zahlreichen anderen Briefen.]

⁶⁵⁵ Jacobs Brumberg (1994): Todeshungler, S. 129.

⁶⁵⁶ Ebd.

⁶⁵⁷ Akte Krieger, Brief d. Vaters v. 20.04.1887.

⁶⁵⁸ Ebd.

⁶⁵⁹ Ebd., Brief d. Vaters v. 24.09.1887.

⁶⁶⁰ Ebd., Brief d. Vaters v. 18.10.1887. [10 Pfennig entsprechen einer damals üblichen Entlohnung.]

⁶⁶¹ Ebd., Brief d. Vaters v. 11.10.1888.

Selbstredend kann ihr Vater nichts Konkretes über ihr dortiges Essverhalten schreiben. Aber die Befürchtung, dass sie ohne seinen Einfluss das Essen ganz aufgeben würde, bestätigt sich nicht. Beim ersten Wiedersehen nach acht Monaten überrascht ihn ihr gutes Aussehen:

„Im Monat Juli reiste ich nach Mannheim, schrieb ihr Tags vorher eine Karte: daß ich morgen nach Frankfurt käme, und könne sie mich – sofern Sie Lust dazu hätte – am Bahnhof sehen. Sie kam, und ich war vor Erstaunen außer mir Bertha frisch, wohl, und kugelrund vor mir zu sehen! Wir waren einige Stunden beisammen, bis ihre übernommenen Pflichten sie nach Hause riefen.“⁶⁶²

Es lässt aufhorchen, dass im veränderten Bezugssystem der Frankfurter Familie, auf das weder Landerer noch ihr Vater Einfluss nehmen können, Bertha Krieger offenbar ganz gut zurechtkommt. In der neuen Umgebung ändert sie ihr Verhalten – und wird ganz „kugelrund“. Für den Vater scheint das alles unerklärlich zu sein. Wie er an Landerer schreibt, kann er „nicht begreifen [...], wie eine feine Familie ein solches Mädchen um sich haben kann.“⁶⁶³ Für ihn ist Bertha „geistesgestört“⁶⁶⁴.

Nachträglich lässt sich, wie bereits häufiger angemerkt, nicht mehr beurteilen, in welchem Ausmaß die Patientinnen psychopathologisch im heutigen Sinne auffällig waren. Fest steht, dass Bertha Krieger mit einem BMI-Wert von knapp unter 15 als deutlich untergewichtig galt, dass sie in Kennenburg auf einen BMI-Wert von über 18 zunimmt und dass sie auch nach ihrer Entlassung ihr Essverhalten je nach äußeren Umständen variabel anpassen kann. Für den Vater scheinen diese Verhaltensänderungen aufgrund der Inkonsistenz nur schwer erträglich zu sein: „Der »Leute« wegen haben wir überhaupt viel zu leiden. Bertha gibt sich Fremden gegenüber so nett, daß kein Mensch glaubt dieselbe wäre geistesgestört“⁶⁶⁵, schreibt er an Landerer, und die Mutter geht in ihrem Brief sogar so weit, sich für ihre Stieftochter lieber gleich eine vollständige als eine teilweise Geistesstörung zu wünschen: „wäre ihr Geist ganz umnachtet, für sie selbst, wäre es nicht so arg, so aber ist sie doch ganz klar und hat nur diese einzelnen Ideen, was so viel ich weiß, viel gefährlicher ist.“⁶⁶⁶

Die Akte Krieger enthält umfangreiche Korrespondenz, und es ließe sich noch viel über die unterschiedlichen Einflussnahmen von Stiefmutter, Vater und teilweise auch nachstationär noch von Dr. Landerer schreiben, der sich mindestens einmal auf Bitten des Vaters direkt an sie wendet: „Vor Allem meinen verbindlichsten Dank für Ihre Zeilen an Bertha. Leider haben dieselben den gewünschten Eindruck nicht hervorgebracht. [...] Sie sagte wörtlich: »der Herr Direktor glaubt auch Alles was ihr sagt; er sollte auch mich hören, und dann urtheilen.«“⁶⁶⁷ Aber für einen Eindruck über den Verlauf nach ihrer Entlassung soll dies ausreichen.

⁶⁶² Ebd.

⁶⁶³ Ebd.

⁶⁶⁴ Ebd., Brief d. Vaters v. 24.09.1887.

⁶⁶⁵ Ebd.

⁶⁶⁶ Ebd., Brief d. Mutter v. 24.09.1887.

⁶⁶⁷ Ebd., Brief d. Vaters v. 18.10.1887.

Aus einem letzten Brief in der Akte geht hervor, dass Bertha Krieger als 31-jährige Frau geheiratet hat, aber die Ehe wohl nicht glücklich wird. Wie vormals die Eltern so wendet sich nun der Mann „ohne Wissen meiner Frau“ an Kennenburg mit der Bitte um ein Gutachten:

„In den 4 Jahren meiner Ehe hat meine Frau fortgesetzt ein außerordentlich gereiztes, leidenschaftliches und excentrisches Benehmen an den Tag gelegt, sodaß ein dem Zweck und Wesen der Ehe entsprechendes friedliches Zusammenleben geradezu ein Ding der Unmöglichkeit ist. [...] Zu meiner eigenen Orientierung [...] beehre ich mich, Eur. Hochwohlgeboren um sehr gefällige Ausstellung eines Gutachtens [...] zu bitten.“⁶⁶⁸

Wie der Ehemann der Patientin Haegler-Passavant bittet auch der Ehemann der Patientin Bertha Krieger das Gutachten zur „Vermeidung unnötiger, gesundheitsschädlicher Beunruhigung meiner Frau“ nicht nach Hause, sondern an die Adresse seines Vaters zu schicken. Damit endet die Akte Krieger und der Bericht über ihren weiteren nachstationären Verlauf.

Die Nachlese des Kennenburger Aufenthaltes zeigt insbesondere an den Akten wie der von Bertha Krieger oder der von Emilie Haegler-Passavant, wie singulär eine Betrachtung des einzelnen Krankenschicksales während des Anstaltsaufenthaltes ohne die Einbeziehung der beiliegenden Korrespondenz vor und nach dem Aufenthalt ist. Die Anstalt Kennenburg ist ein sozialer Raum unter vielen. Allerdings repräsentiert sie die gesellschaftlichen Erwartungen. Stimmen diese Erwartungen mit denen der Patientinnen überein, stellt sich Dankbarkeit ein. Divergieren diese Erwartungen, bleibt den Patientinnen die Möglichkeit des Widerstandes, falls ihnen die Angehörigen den nötigen Raum geben und sie aus Kennenburg heimholen, oder der Anpassung, falls die Angehörigen diesen Raum verweigern und so eine Änderung erzwingen. Erst die Betrachtung der Zeit nach der Entlassung lässt eine Einschätzung zu, wie dauerhaft die Kennenburger Behandlungsmethoden Bestand haben. Dabei lässt sich zusammenfassend sagen, dass die langfristigen Ergebnisse dann erzielt werden konnten, wenn die Patientinnen erstens nicht schwer psychotisch erkrankt waren, denn dagegen gab es keine langfristig wirksame Pharmakotherapie und die berichteten pädagogisch-therapeutischen Behandlungsansätze konnten psychotische Rückfälle nicht verhindern, wenn die Patientinnen zweitens mit den sozialen Rollen, auf die sie in Kennenburg wieder vorbereitet wurden, übereinstimmten, so dass, wie etwa im Fall von Karoline Matterstock, jede weitere Woche im Oberhaus als Vergünstigung gesehen und dankbar begrüßt wurde, oder wenn es den Patientinnen drittens gelang, sich nach ihrer Entlassung einen neuen sozialen Raum zu schaffen, wie dies etwa Bertha Krieger in Frankfurt gelingt oder auch Luise Gräff, die ihr zu Hause mit elf Geschwistern und der Stiefmutter verlässt, um in einem „christl. Erholungsheim, als Hilfe der Leiterin eine Stellung“ anzunehmen.⁶⁶⁹ Waren diese drei Voraussetzungen gegeben, konnte Kennenburg tatsächlich zu langfristigen Erfolgen führen.

⁶⁶⁸ Ebd., Brief d. Ehemannes v. 10.11.1902.

⁶⁶⁹ Akte Gräff, Brief d. Mutter v. 20.07.1909.

5.6 Vergleichsgruppe

Nachdem nun die in Graphik 4.4 ausgewählten zehn Patientinnen mit einer besonderen Zunahmedynamik auf den vergangenen sechzig Seiten ausführlich von der Zeit vor ihrer Aufnahme, während ihres Aufenthaltes und bis hin zu den Jahren nach ihrer Entlassung vorgestellt wurden, folgt nun ein sehr viel kürzer gehaltener Vergleich zu den acht Fällen, die in Graphik 4.4 im unteren dunkelblauen Bereich abgebildet sind, eine ungewöhnlich hohe Gewichtabnahmedynamik innerhalb eines Jahre aufweisen und den Typ ‚Abnahme‘ bilden. In Tabelle 5.2 sind diese acht Frauen namentlich aufgeführt.

TABELLE 5.2:⁶⁷⁰

Stammdaten der 8 Patientinnen des Typs ‚Abnahme‘

BMI-Veränderung ≤ 1 Standardabweichung: $[(\text{Differenz-BMI} / \text{Aufnahme-BMI}) \times 100]$

Name	Ort	Stand	Alter	Tage	BMI Aufn.	BMI Entlass.	BMI Veränd.
Bühler, Kathi	Cannstatt	ledig	20	92	20,06	17,17	-14%
Knewitz, Anna	Appenheim (Rheinh.)	ledig	22	282	21,72	17,91	-18%
Kübler, Elise	Cannstatt	verheiratet	24	250	22,77	20,32	-11%
Schwenk, Julie	Esslingen	verwitwet	52	137	23,83	21,35	-10%
Bloest, Emma	Zürich	verwitwet	73	267	24,88	21,48	-14%
Mombert, Helene	Karlsruhe	verheiratet	51	183	27,12	23,46	-13%
Seybold, Sophie	Landau (Pfalz)	verheiratet	29	204	27,74	25,07	-10%
Frank, Christine	Pforzheim	verheiratet	52	250	31,83	25,93	-19%

Wie aus den Mittelwertsvergleichen in Tabelle 4.1 in Kapitel 4 hervorgeht, unterscheidet sich der Typ ‚Abnahme‘ außer in seiner BMI-Veränderung weder im Alter noch im Initialgewicht signifikant vom Typ ‚Durchschnitt‘. Das heißt, die acht hier vorgestellten Frauen nehmen nicht etwa deshalb so stark ab, weil sie ohnehin bereits übergewichtig nach Kennenburg kommen, sondern sie bilden einen eigenen Typus, der innerhalb eines Jahres mehr als eine Standardabweichung BMI-Veränderung und damit eine hohe Abnahmedynamik aufweist.

Es kann davon ausgegangen werden, dass durch die hohe Unterschiedlichkeit der Gewichtsveränderungsdynamik dieser beiden diametralen Typen ‚Zu- und Abnahme‘ sich auch Unterschiede in weiteren Bereichen ergeben. Etwa in der Frage der Verlegungen innerhalb Kennenburgs oder des Entlasszustandes oder in den psychopathologischen Auffälligkeiten. Durch diesen Vergleich sollen die Konturen beider Typen an Trennschärfe gewinnen.

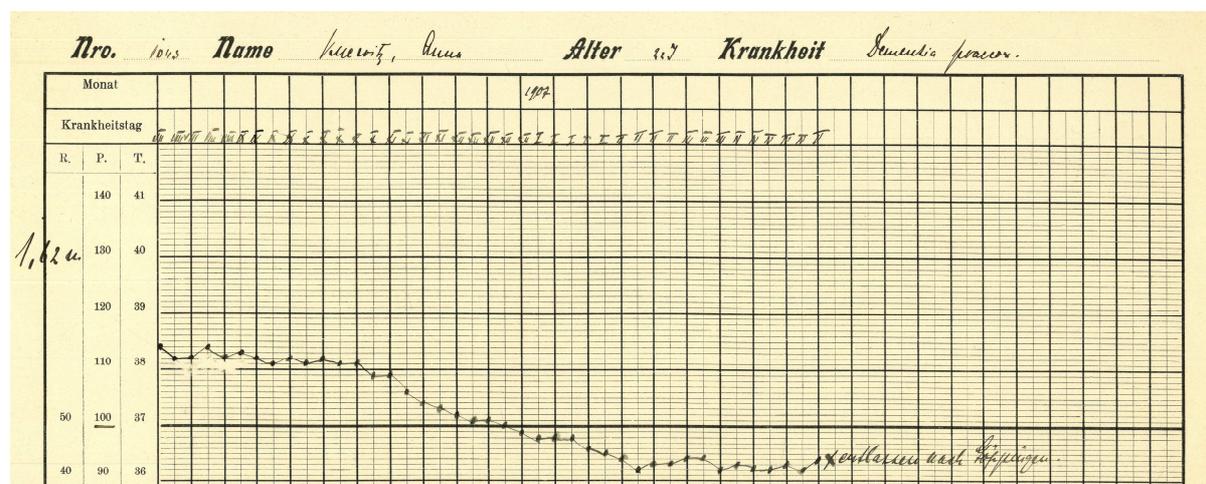
⁶⁷⁰ Sortiert nach BMI-Wert bei Aufnahme.

5.6.1 Gruppen-Unterschiede

Um die Unterschiedlichkeit der beiden Gruppen an einem Beispiel herauszuarbeiten, eignet sich niemand besser als die Patientin Anna Knewitz, die während ihres ersten Aufenthaltes zu der Gruppe der zehn Patientinnen mit der enormen Zunahmedynamik gehörte und bereits ausführlich vorgestellt wurde, die aber bereits drei Jahre später während ihres zweiten Aufenthaltes zu der Gruppe der acht Patientinnen mit der enormen Abnahmedynamik gehört. Abbildung 5.8 zeigt den Gewichtsverlauf der Patientin während ihres zweiten Aufenthalts.

ABBILDUNG 5.8:

Gewichtsverlaufskurve der Patientin Anna Knewitz v. 1906/07



Die mittlerweile 22-jährige Anna Knewitz nimmt innerhalb von knapp zehn Monaten zehn Kilogramm ab und verliert damit knapp 18% oder anders ausgedrückt fast 4 BMI-Punkte. Drei Jahre zuvor, im Sommer 1903, war sie noch mit einer positiven Differenz von 23% bzw. fast 5 BMI-Punkten zu ihrem damaligen Aufnahme-BMI genesen entlassen worden und hatte noch einen freundlichen Dankesbrief von zu Hause geschickt – da stellt sich die Frage, warum es zur erneuten Aufnahme in Kennenburg kam.

Nach Angaben der Mutter war Anna seit ihrer Entlassung „ganz gesund“ gewesen und habe „mit großem Interesse, Geschicke und Erfolg in der Haushaltung und in der Landwirtschaft“ mitgeholfen. Ein Mitauslöser der recht plötzlich auftretenden Zustandsverschlechterung sei nach weiteren Angaben der Mutter die Vorbereitungen für die Verlobung der älteren Schwester der Patientin. Diese sei dadurch schlaflos und unruhig geworden und hätte „fortwährend die gleichen Geschichten immer wieder erzählt“. Schließlich habe die Unruhe „ein heftiges, fahriges Wesen“ angenommen, so dass die Mutter schließlich der Tochter vorschlug, für einige Zeit zur „Erholung“ nach Kennenburg zu gehen, „worauf die Kranke sich“, wie es im anamnestischen Bericht heißt, auch „ohne Weiteres einließ“.⁶⁷¹

⁶⁷¹ Akte Knewitz [zweite Aufnahme], Anamnese.

In Kennenburg angekommen, wo „*sich die Kranke in ziemlich gleichgültiger Weise*“ von der Mutter verabschiedet, wird sie wohl zwar zunächst im Oberhaus aufgenommen, fällt aber dadurch auf, dass sie dem Arzt immer wieder „*Glück*“ wünscht, ohne einen Grund angeben zu können oder dadurch, dass sie nur „*im Hemde*“ im Treppenhaus unterwegs ist. Daraufhin wird sie zwei Tage später zunächst auf die ruhige, dann wiederum nur zwei weitere Tage später auf die unruhige Überwachungsabteilung verlegt, wo sie für die nächsten Monate dann auch bleiben wird.⁶⁷² Damit scheint sich ein erster Gruppen-Unterschied abzuzeichnen: Die Patientinnen werden zwar vielleicht noch im Oberhaus aufgenommen, dann aber recht schnell ins Unterhaus verlegt und bleiben dort, ohne dass sich eine Verlegungsdynamik wie bei der Gruppe der Patientinnen mit der starken Zunahmedynamik entwickelt.

Ein Hauptgrund für den monatelangen Verbleib in den Überwachungsabteilungen dürfte in der ausgeprägten Psychopathologie der Frauen zu suchen sein. So heißt es von Anna Knewitz: „*Sie halluciniert wohl anhaltend.*“ Außerdem ist von deutlicher „*Echopraxie*“ und „*Katalepsie*“ die Rede.⁶⁷³ Anna Knewitz „*grimmassiert ausserordentlich*“, sie „*speichelt in großen Mengen*“ und „*nestelt [...] fortwährend an sich herum*“. Im Garten versteckt sie sich hinter Bäumen, und Mitpatientinnen kann es passieren, dass Anna Knewitz ohne ersichtlichen Grund ihren Schuh auszieht und auf sie einschlägt. Reinhold Krauß beschreibt den Zustand anschaulich:

„Die Kranke ist anhaltend sprachverwirrt, wirft sich bei jeder Visite sofort herum, [streckt] dem Arzte den Rücken wenn nicht den Hintern zu; verweigert häufig die Nahrung, [hier] und da läßt sich verstehen, daß sie behauptet, es sei Gift im Essen, ab u. zu kann man auch hören, sie höre ihre Mutter schreien, sie weint laut, man mißhandele ihre Mutter, hält [den Arzt] fast ständig für ihren Bruder Fritz [...] Die Kranke geht häufig außer Bett, springt und tanzt im Zimmer herum, [...] springt auf den Tisch, läßt sich herabfallen; gelegentlich springt sie aus ihrem Zimmerchen heraus, wird ohne ersichtlichen Grund gewalttätig gegen Mitkranke, besonders am frühen Morgen ist sie geneigt, über die Wärterin herzufallen, auf sie einzuprügeln.“⁶⁷⁴

Unterdessen nimmt Anna Knewitz „*regelmässig an Gewicht ab*“. Weil sie, wie beschrieben, „*Gift*“ im Essen vermutet, „*verweigert [sie] die Nahrung [...], wirft sie weg, spuckt sie aus*“.⁶⁷⁵ Nahrungsverweigerung ist mithin eine der wenigen Reaktionen, die Anna Knewitz zeigt. Reaktionsarmut scheint damit, neben der oben genannten fehlenden Verlegungsdynamik, ein weiterer Gruppen-Unterschied zu sein. Während bei der Gruppe der zehn Frauen mit der enormen Zunahmedynamik die Reaktionstypen Ambivalenz, Widerstand, Anpassung und Dankbarkeit ausführlich vorgestellt und beschrieben wurden, lässt sich in den Unterlagen zu Anna Knewitz' zweiter Aufnahme kein solcher Reaktionstyp finden. Selbst Briefe, die sie erhält, öffnet sie tagelang nicht und auch Weihnachtsgeschenke lässt sie unbeachtet liegen.

⁶⁷² Alle Zitate in Akte Knewitz [zweite Aufnahme], Verlauf.

⁶⁷³ [Echopraxie = ‚Nachahmen‘ von Handlungen, die ein anderer ausführt.]

[Katalepsie = ‚Festhalten‘. Längeres Einnehmen einer unnatürlichen Haltung.]

⁶⁷⁴ Akte Knewitz [zweite Aufnahme], Verlauf.

[Dass das Protokoll v. Reinhold Krauß stammt, wird aufgrund der Handschrift vermutet.]

⁶⁷⁵ Ebd.

So „gleichgültig“ wie sie sich von der Mutter verabschiedet hat, so gleichgültig scheint sie ihren ganzen zweiten Aufenthalt in Kennenburg zu nehmen. Zwar fällt sie manchmal auf, etwa wenn sie „*unausgesetzt die unflätigsten Schimpfwörter*“ aus dem Garten auf die Straße ruft, so dass sie ins Haus zurück gebracht werden muss, im Allgemeinen aber erscheint sie den Ärzten „*ohne alles ersichtliche Interesse*“.⁶⁷⁶ Bis zuletzt, und dies ist ein weiterer wesentlicher Unterschied zu ihrem ersten Aufenthalt, zeigt sie keinerlei Krankheitseinsicht.

An dieser Stelle sei noch einmal an die Quellenkritik in Kapitel eins erinnert. Hier wurde die Rolle der Krankheitseinsicht als wesentlicher Faktor einer guten therapeutischen Prognose ausdrücklich betont. Nur hinreichende Distanz des Individuums zur psychischen Störung ermöglicht eine aktive Mitarbeit der Betroffenen zur Verbesserung dieser Beeinträchtigung. Allen Frauen der ersten Gruppe, die als *genesen* entlassen worden waren, wurde diese Krankheitseinsicht gegen Ende in den Verlaufsberichten testiert. Bei ihrer zweiten Aufnahme fehlt bei Anna Knewitz allerdings diese Angabe. Statt wie vor drei Jahren „*mit gutem Erfolg*“ [...] „*in der Küche*“ mitzuarbeiten, „*Krankheitseinsicht*“ zu zeigen, ins Oberhaus verlegt und „*genesen*“ entlassen zu werden,⁶⁷⁷ wird sie nun: „*ungebessert nach Göppingen überführt*“⁶⁷⁸.

Zusammenfassend lässt sich an dem Beispiel der Patientin Anna Knewitz zeigen, dass sie sich im Vergleich zu ihrer ersten Aufnahme, als sie zu der Gruppe der zehn Frauen des Typs ‚Zunahme‘ zählte, zu Beginn im Ausmaß ihrer psychopathologischen Auffälligkeiten kaum vom Zustand ihrer ersten Aufnahme unterscheidet, im Gegenteil: Die symptomatischen Zustandsbeschreibungen ihres ersten Aufenthaltes klingen noch wesentlich dramatischer als bei ihrem zweiten Aufenthalt, musste sie anfangs doch „*gefüttert*“ werden, war, wie mehrfach beschrieben wird, „*wiederholt unrein mit Urin ins Bett*“ und teils gänzlich unorientiert über ihren Aufenthaltsort.⁶⁷⁹ Dies alles ist beim zweiten Aufenthalt sogar etwas besser, obschon ihre „*Gleichgültigkeit*“ den Ärzten bei beiden Aufenthalten erwähnenswert erscheint. Deutliche Unterschiede zwischen den beiden Aufenthalten und damit, so ist zu vermuten, zwischen den beiden hier zu vergleichenden Gruppen zeigen sich hingegen in vier Punkten: zum ersten, wie gerade beschrieben, in der Krankheitseinsicht; zum zweiten in der Breite der Reaktionen auf die erfolgten Behandlungsmaßnahmen, zum dritten in der angewandten Verlegungsdynamik und zum vierten schließlich in der erfolgten Zustandsverbesserung. Während ihres zweiten Aufenthaltes zeigt Anna Knewitz weder Krankheitseinsicht noch nennenswerte Reaktionen, auch wird sie nicht ins Oberhaus verlegt noch verbessert sich ihr Zustand. Die Frage, die sich nach diesem Einzelfall stellt, ist, ob sich die anderen sieben Frauen des Typs ‚Abnahme‘ ebenfalls in den vier genannten Kriterien unterscheiden.

⁶⁷⁶ Ebd.

⁶⁷⁷ Akte Knewitz [erste Aufnahme], Schluss.

⁶⁷⁸ Akte Knewitz [zweite Aufnahme], Schluss.

⁶⁷⁹ Akte Knewitz [erste Aufnahme], Verlauf.

5.6.1.1 Kaum Zustandsverbesserung

Insgesamt lässt sich sagen, dass von allen acht Frauen des Typs ‚Abnahme‘ sechs *ungebessert*, *ungeheilt* oder mit der Einordnung *status idem* entlassen wurden – die meisten dieser Patientinnen in andere, vermutlich preisgünstigere Anstalten oder in Privatpflege. Bei einer Patientin, der Privatmanns-Gattin Helene Mombert, ist der Entlasszustand unklar, allerdings lassen die Entlassumstände nach einem angedeuteten „*Fluchtversuch*“ im Beisein des Ehemannes und der anschließenden Verlegung in eine andere Anstalt nicht gerade Rückschlüsse auf eine Verbesserung des Zustandes zu.⁶⁸⁰ Nur eine Gutsbesitzersfrau, die 52-jährige Christine Frank aus Pforzheim, wird nach acht Monaten Aufenthalt in Kennenburg „*versuchsweise*“ gebessert nach Hause entlassen.⁶⁸¹

Gründe für diesen fehlenden Heilungserfolg können in der ausgeprägteren Psychopathologie der Patientinnen und in ihrem höheren Altersdurchschnitt vermutet werden. Im Gegensatz zum Typ ‚Zunahme‘, dessen Altersdurchschnitt 24 Jahre beträgt, liegt das Durchschnittsalter des Typs ‚Abnahme‘, wie auch Tabelle 4.1 zeigt, bei 40 Jahren, und zwar mit einem Range von 20 bis 73 Jahren, während die älteste Patientin der anderen Gruppe nur 32 Jahre zählte. Das Alter könnte deshalb ein Einflussfaktor sein, weil es sich bei den Störungsbildern nicht um Erstmanifestationen, sondern um länger andauernde Rezidive oder Chronifizierungen handeln könnte. So wird etwa bei der ältesten Patientin, der 73-jährigen Witwe Emma Bloest aus Zürich, „*zunehmende[r] Altersblödsinn[]*“ diagnostiziert, ein Zustand, der sich teils im „*Wesentlichen unverändert*“ stabil zeigt und sich später teils progredient verschlechtert:⁶⁸² „*[D]ie Kranke [ist] in Aussehen, Ernährung, Krätestand, Körpergewicht zurückgegangen*“, heißt es in einem ausführlichen Arztbericht Dr. Landerers, und auch die geistige Mobilität hat abgenommen: „*In ihren ganzen geistigen Qualitäten ist Frau Blöst [...] zurückgegangen*.“⁶⁸³ Eine solche ältere Patientin ohne Aussicht auf Zustandsverbesserung fehlt in der Gruppe des Typs ‚Zunahme‘ mit seinen zahlreichen Heilungserfolgen. Aber es sind nicht nur die älteren Patientinnen wie die gerade beschriebene Emma Bloest oder die 52-jährige Julie Schwenk, die als „*schon seit Jahren geisteskrank*“⁶⁸⁴ nach Kennenburg kommt, auch jüngere Frauen leiden bereits an Rezidiven. Anna Knewitz etwa kommt ja bereits zum zweiten Mal nach Kennenburg und erhält dort die von Kraepelin geprägte Diagnose „*dementia praecox*“, die später zu dem schizophrenen Formenkreis gerechnet werden wird.⁶⁸⁵ Ohne an dieser Stelle Diagnosen ex post vergeben zu wollen, lässt sich doch sagen, dass die Mehrzahl der acht Patientinnen vermutlich unter starken Psychosen, mindestens aber unter Wahngedanken litt:

⁶⁸⁰ Akte Mombert, Verlauf.

⁶⁸¹ Akte Frank, Schluss.

⁶⁸² Akte Bloest, Verlauf.

⁶⁸³ Ebd., Ärztlicher Bericht.

⁶⁸⁴ Akte Schwenk, Anamnese.

⁶⁸⁵ Akte Knewitz [zweite Aufnahme], Diagnoseangabe u.a. auf der Gewichtsverlaufskurve in Abb. 5.8. Zur „*dementia praecox*“ und ihre Revision durch Bleuler, s. Schott & Tölle (2006): Geschichte.

„War zuletzt der Meinung, in den oberen Zimmern seien irgend welche Maschinen aufgestellt, mittels derer ihr Gedanken und Einbildungen gemacht würden, die ihre eigenen Einbildungen vertreiben sollten“; heißt es in einem für Gedankeneingebung bzw. -entzug ganz typischen Eintrag bei der erst 24-jährigen Elise Kübler aus Cannstatt.⁶⁸⁶ Diese soll bereits zu Hause unter „Gehörshallucinationen“ gelitten haben, misstrauisch, ängstlich und „leutescheu“ geworden sein und sich mehr und mehr „zurückgezogen“ haben,⁶⁸⁷ nach Kennenburg kommt sie psychisch aber noch recht geordnet und „freiwillig“. Anfangs wirkt sie eher ambivalent, „sie möchte gerne fort und »ist doch froh, wenn sie hier bleiben darf“;⁶⁸⁸ doch von Seite zu Seite der ärztlichen Verlaufsberichte verschlechtert sich ihr Zustand:

„Wird immer einsichtsloser. [...] setze gestern Koth und Urin im Zimmer ab; sucht zu entfliehen, will die Komoedie nicht mehr mitspielen, [...] braucht stets dieselben Phrasen und Redewendungen. [...] Trinkt ihren Urin. [...] Droht mit Selbstmord. [...] Sehr unruhig; schimpft die anderen Damen, will nicht bei solchem Pack bleiben. [...] Sie bittet ferner, man solle ihre Verwandten nicht für sie sterben lassen; sie sei zwar noch lebenslustig, doch wolle sie, wenn es nöthig sei, auch gern sterben.“⁶⁸⁹

Diese Berichte ließen sich noch fortsetzen. Elise Kübler bezieht auch die Gegenwart der anderen Frauen auf sich, ist der Meinung, einige seien nur „ihretwegen hier“, und meint, sie solle teils für andere Personen „bezahlen“. Schließlich denkt sie sich die „Maschinen“ aus und erhält die Diagnose einer sekundären Verrücktheit und die Prognose: „schlecht“.⁶⁹⁰

Aber es sind nicht nur die beschriebenen, zum Teil schweren psychopathologischen Auffälligkeiten, die bei Elise Kübler, Anna Knewitz und bei den meisten anderen der acht Frauen des Typs ‚Abnahme‘ auffallen, diese gab es auch in der Gruppe des Typs ‚Zunahme‘, wenn man sich etwa noch einmal an die Patientin Karoline Matterstock erinnert, die unter dem Aspekt der *grösstmögliche[n] Freiheit*“ beschrieben worden war und die dem Arzt bei der Morgensvisite den Hut wegnahm und ihn sich laut lachend selbst aufsetzte und damit umhersprang und auch sonst in „exaltierter Stimmung“ in ihrer Zelle ihren „Schabernack“, wie es damals hieß, trieb.⁶⁹¹ Was dagegen durchweg beim Typ ‚Abnahme‘ fehlt, ist die Distanz zur eigenen Störung, die sich bei den meisten anderen Frauen des Typs ‚Zunahme‘ nach und nach einstellte. Die oben erwähnte Elise Kübler meint zwar, man wolle sie mithilfe der von ihr phantasierten „Maschinen“ wieder „gesund machen, was sie dankbar anerkenne.“ Sofort aber konterkariert sie diese Einsicht: „Dabei aber gab sie nicht zu krank zu sein.“⁶⁹² Dieser Widerspruch der Logik – Dankbarkeit bei nicht vorhandener Krankheitseinsicht – ist wohl als ein weiteres Indiz für den Schweregrad der Störungen der Patientin zu werten.

⁶⁸⁶ Akte Kübler, Verlauf.

⁶⁸⁷ Ebd., Anamnese.

⁶⁸⁸ Ebd., Status.

⁶⁸⁹ Ebd., Verlauf.

⁶⁹⁰ Ebd., Schluss.

⁶⁹¹ Akte Matterstock, Verlauf.

⁶⁹² Akte Kübler, Verlauf.

5.6.1.2 Kaum Krankheitseinsicht

„Einsicht in ihren Zustand fehlt vollkommen“⁶⁹³, ist so eine gängige Formulierung fehlender Krankheitseinsicht. In diesem Fall betrifft sie die 29-jährige Sophie Seybold aus Landau, die nach Angaben des Ehemanns bereits seit zehn Jahren „leidend“ sei und mittlerweile fürchte, „von ihrem Manne enthauptet zu werden“, die nachts „in Folge von Gehörshallucinationen“ aus dem Bett springt, das Haus durchsucht und die damit droht „ins Wasser“ zu gehen.⁶⁹⁴ Während ihres Aufenthaltes in Kennenburg hört sie „Stimmen“, sieht „Gestalten“, hält sich „fortwährend für schwanger, glaubt jeden Augenblick niederkommen zu müssen, ja will in der Nacht geboren haben; sie habe das Kind neben sich liegen sehen und schreien gehört; man habe es fortgenommen; dabei aber ist sie immer noch schwanger.“ Sophie Seybold erhält die Diagnose „Verrücktheit mit Uebergang in Blödsinn“, was zum Zeitpunkt des Aufenthalts zu Beginn der 1880er Jahre in etwa so viel heißt, dass die Symptomatik recht chronifiziert ist und eine Besserung kaum noch zu erwarten ist. Während des halben Jahres in Kennenburg „[z]eigt [sie] sich immer verrückter“, wie die Ärzte im Verlauf notieren, und hält ihren Mann inzwischen für den „Prinz of Wales“. Zwei Wochen vor ihrer Entlassung wird die fehlende Einsicht erwähnt, und es folgt „ungeheilt“ die Verlegung in die Anstalt Klingenmünster.⁶⁹⁵

Dass Krankheitseinsicht und Besserungsbeurteilung miteinander korrelieren, belegt auch ein Eintrag in der Akte Mombert. Die 51-jährige Patientin, die später zwar, ohne einen erkennbaren Erfolg in Kennenburg erzielt zu haben, vom Mann wohl in eine andere Anstalt gebracht werden wird, zeigt zwischenzeitlich Zustandsverbesserungen. Im Verlauf heißt es: „Im ganzen ist wieder eine kl. Besserung zu verzeichnen; insofern als es gelingt der Pat. zeitweise wenigstens Krankheitseinsicht beizubringen“.⁶⁹⁶

Eine einigermaßen echte Krankheitseinsicht zeigt partiell einzig die Patientin Frank, die nach acht Monaten zumindest „versuchsweise gebessert entlassen“ werden kann. Die 52-jährige Ehefrau eines Gutsbesitzers bzw. Landtagsabgeordneten soll bis zu ihrem 50. Lebensjahr „immer eine gesunde [...] gutherzige u. stets sehr rührige, fleißige Frau gewesen sein.“⁶⁹⁷ Zur Krankheitseinsicht heißt es: „Sie giebt selbst zu, sich seit circa 2 Jahren verändert zu fühlen u. bringt diese Veränderung mit dem plötzlichen [...] Tod ihrer Mutter in Zusammenhang.“ Seit dieser Todesnachricht habe sie „»nichts mehr gefreut«“, wie sie selbst angab.⁶⁹⁸ Auch in Kennenburg wird sie während ihres Aufenthaltes „größtentheils still in einer Ecke“ sitzen und entweder weinen oder handarbeiten. Irgendwelche lebhafteren Reaktionen zeigt sie nicht.

⁶⁹³ Akte Seybold, Verlauf.

⁶⁹⁴ Ebd., Anamnese

⁶⁹⁵ Ebd., Verlauf.

⁶⁹⁶ Akte Mombert, Verlauf.

⁶⁹⁷ Akte Frank, Anamnese.

⁶⁹⁸ Ebd., Verlauf.

5.6.1.3 Kaum Reaktionen

Reaktionsarmut ist symptomatisch für die hier vorgestellte Gruppe des Typs ‚Abnahme‘. Zwar lassen sich in den Akten durchaus anschauliche Schilderungen der meist vermutlich psychotisch erkrankten Patientinnen finden, selten aber stehen diese in einem direkten Zusammenhang mit einer vorher stattgefundenen Intervention. Anders als bei den Frauen des Typs ‚Zunahme‘, deren unterschiedliche Reaktionen auf Interventionen der Ärzte und des Pflegepersonals hinlänglich beschrieben worden sind und die meist in einer reziproken Beziehung zueinander standen, verflacht die Reaktionsbreite beim Typ ‚Abnahme‘, was aufgrund der bereits vorgestellten mangelnden Zustandverbesserungen leicht erklärbar ist. So reagiert zwar beispielsweise die jüngste Patientin des Typs Abnahme, die gerade erst 20-jährige Kathi Bühler aus Cannstatt, die, *„in ausgesprochen manischer Verstimmung“*⁶⁹⁹ in Kennenburg erscheint und gleich nach der Aufnahme *„Champagner“* und *„Kaffee“* verlangt, auf die Verlegung ins Unterhaus *„zornig und grenzenlos ungezogen“*, im weiteren Verlauf steigert sie aber allenfalls ihr Verhalten, passt es jedoch nicht an veränderte Umstände an: *„Sehr häufig tobt sie mit unbeschreiblicher Heftigkeit. Sie schreit und schimpft [...], poltert mit den Fäusten an die Thüre, zieht sich nackt aus, zerreißt, was sie angezogen hatte und stopft die Kleider in den Abort, beschmiert sicht, spuckt, schlägt u.s.f.“*⁷⁰⁰

Psychische Behandlungsmaßnahmen zur Beeinflussung der Vernunft greifen in solchen Fällen nicht; was dagegen kurzfristig wirkt sind entweder medikamentöse Maßnahmen – so trinkt etwa die tobende Kathi Bühler *„ein Glas Bier mit 2,0 Chloral-hydrat auf einen Zug aus“* und verbringt danach eine deutlich ruhigere Nacht⁷⁰¹, auch werden andere Medikamente wie etwa Hyoscin- oder Morphinpräparate zur raschen Beruhigung verabreicht – oder eben auch die in Kennenburg allerdings selten angewandten mechanischen Zwangsmaßnahmen:

*„Erhält wegen furchtbarer absichtlicher Schreierei u. Toberei eine kalte Uebergießung, wonach sie ganz kleinlaut wird. [...] Soll Hyoscyaminpulver erhalten. [...] Wiederholte kalte Uebergießungen haben sie etwas sanfter u. weniger laut gemacht [...] Etwas ruhiger, jedoch völlig abweisend. [...] In den letzten Tagen wieder sehr laut und verwirrt.“*⁷⁰²

Hatten bei den Frauen des Typs ‚Zunahme‘, wie etwa bei der jungen Elisabeth Hochstätter, die Anwendung einer einzigen mechanischen Zwangsmaßnahme, in ihrem Fall die Zwangsfütterung, genügt, um eine langfristige Verhaltensänderung hervorzurufen, wirken bei den Frauen des Typs ‚Abnahme‘ die damals zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden nicht nachhaltig, wie sowohl die fehlenden Heilungsergebnisse eindrücklich belegen als auch das gerade zitierte Beispiel der 52-jährigen Patientin Julie Schwenk, die zwar kurzfristig *„ganz kleinlaut“* wird, die aber langfristig weder auf Zwang noch auf Medikation anspricht.

⁶⁹⁹ Akte Bühler, Status.

⁷⁰⁰ Ebd., Verlauf.

⁷⁰¹ Ebd.

⁷⁰² Akte Schwenk, Verlauf.

Will man die Reaktionen der hier vorgestellten Vergleichsgruppe überhaupt einem der Reaktionstypen zuordnen, so zählen wohl die meisten Beispiele zum Typ Widerstand. Einige Patientinnen drängen nach Hause, bekommen dort aber aufgrund ihres Zustandes keinen Raum gewährt ebenso wenig wie in Kennenburg, bevor sie sich nicht den Regeln des Oberhauses entsprechend angemessen benehmen können. So bleibt den meisten der acht Frauen nur der teils bewusste, teils vermutlich auch nicht bewusst gewählte Widerstand. Julie Schwenk etwa, „schreit, schimpft, schlägt etc.“ oder sie „betet laut schreiend“ oder sie „predigt mit gellender Stimme“. Ärzten und Personal gelingt es kaum, mit ihr klar zu kommen: „[E]s ist nicht möglich, sie zu fixieren. Sie entblößt den Hintern, bisw. auch d. Vordertheil.“⁷⁰³

Mit Widerstand reagiert auch die oben vorgestellte Elise Kübler, von der es im Bericht heißt, sie werde „immer einsichtsloser, hält sich für gesund, drängt nach Hause, halluciniert fort u. fort.“ Landerer versucht es mit Zwangsandrohungen, was auch kurzfristig hilft. Aber sie „drängt mit Gewalt nach Hause, gehorcht nicht [...]. Macht auf dem Spaziergang einen Fluchtversuch.“ Schließlich „muß [sie] isolirt werden. Schreit mit gellender Stimme stundenlang dasselbe [...] bittet dringend um ihre Entlass[ung], fällt dem Arzt zu Füßen, will die Hand küssen [...]. Morgens gegen 9 Uhr versucht sie sich mit einem Strumpfe zu erdrosseln.“⁷⁰⁴

Wie bereits beschrieben, scheint bei keinem anderen Reaktionstyp das Suizidrisiko so hoch zu sein wie beim Widerstand, was das Beispiel der Patientin Elise Kübler erneut belegt. Dennoch führt ihr Widerstand langfristig ins Leere. Ihr Zustand verschlechtert sich weiter, ihre Reaktionen sind zwar laut und vehement, bleiben im Grunde aber stets die gleichen, schließlich fühlt sie sich von den von ihr selbst erdachten „Maschinen“, die ihr „Gedanken“ und „Einbildungen“ machen könnten, fremdbeeinflusst und wird später ungeheilt entlassen.

Zu einer Anpassungsleistung im Sinne einer Bertha Krieger aus der Gruppe des Typs ‚Zunahme‘, die nach ihrem gescheiterten Fluchtversuch und ihrer erneuten Verbringung ins Unterhaus nicht weiter rebellierte, sondern „Komödie“ spielte und alles daransetzte, sich anzupassen um ins Oberhaus verlegt und langfristig genesen entlassen zu werden, ist weder Elise Kübler noch irgendeine andere der acht Frauen des Typs ‚Abnahme‘ in der Lage.

So wenig die Frauen also auf massive äußere Einwirkungen wie kalte Übergießungen oder sedierende Medikation – langfristig – reagieren, so wenig reagieren sie folgerichtig auf die hier zu untersuchende Behandlungsmethode der Gewährung und Entzug von Raum. Angesichts der geschilderten psychopathologischen Beeinträchtigungen der acht Frauen muss man wohl annehmen, dass ihnen die Kennenburger Verlegungspraxis schlicht egal ist.

⁷⁰³ Ebd., Status und Verlauf.

⁷⁰⁴ Akte Kübler, Verlauf.

5.6.1.4 Kaum Verlegungen

Die Dynamik, die die Gruppe der zehn Frauen mit der eindrücklichen Zunahmedynamik auch bei den Abteilungswechseln innerhalb Kennenburgs entwickelte, kann bei der Gruppe der acht Frauen des Typs ‚Abnahme‘ nicht in ähnlicher Form bestätigt werden. Im Gegenteil: Mehrheitlich scheinen diese Frauen, wenn überhaupt, dann eher eine ‚Negativdynamik‘ in dem Sinne zu entwickeln, dass sie mit zunehmender Verschlechterung auch immer stärker isoliert werden. Bestes Beispiel ist die bereits erwähnte jüngste Patientin dieser Gruppe, die 20-jährige, frisch verlobte Kathi Bühler, die ihrer Familie zu Hause zunächst wegen „vermehrte[r] geistige[r] und körperliche[r] Aufregung“ auffiel, die sich aber dann binnen „einiger Tage [...] zu wirklicher Tobsucht steigerte.“⁷⁰⁵ In Kennenburg kommt sie in starker „manischer Verstimmung“ an, fällt durch ihr „hochgradig gesteigerte[s] Selbstgefühl“ auf und ist in ihren Gedankensprüngen, Themenwechseln und Extrawünschen nicht zu bremsen.

„Es wird zuerst versucht, Fräulein Bühler in einem Zimmer im I. Stock des Unterhauses unterzubringen. Sie nimmt die Verordnung anfang[s] mit leichtem Sinn auf, macht schlechte Witze darüber. Ihre gute Stimmung schlägt aber bald in's Gegenteil um, besonders wie sie merkt, daß sie doch nicht die Allein gebietende ist. Sie wird zornig und grenzenlos ungezogen, schließlich schreit, schimpft, schlägt sie, zerstört Tisch und Stühle, wirt einen großen Kasten um u.s.w., so daß man sie nicht rasch genug in eine Zelle verbringen kann.“⁷⁰⁶

In dieser Zelle bleibt Kathi Bühler bis auf weiteres und verhält sich so auffällig, bis sie sogar „einmal in den alten Zellenbau verbracht [wurde], da sie ein ganz viehisches Geschrei aufführte.“⁷⁰⁷ Bis zu ihrer ungeheilten Entlassung wird sie nicht mehr aus der Zelle verlegt. Nur zwei Frauen aus der Gruppe des Typs ‚Abnahme‘ schaffen überhaupt den Sprung vom Unter- ins Oberhaus: die 51-jährige Helene Mombert, die zwar zwischenzeitlich zu etwas Krankheitseinsicht zu bewegen war, aber bereits nach zwei Wochen wieder ins Unterhaus zurück verlegt werden muss, und die 52-jährige Christine Frank, die auch aus dem Oberhaus heraus entlassen wird und zwar als einzige mit dem Status: „gebessert“. Doch selbst bei dieser Patientin hat der Wechsel ins Oberhaus nicht annähernd den Erfolg, der teilweise bei den Patientinnen der anderen Gruppe zu beobachten war, die sich, wie Karoline Matterstock, nach den Monaten in der Zelle dankbar und begeistert zeigten.⁷⁰⁸ Christine Frank dagegen:

„sucht sich auch hier möglichst zu isoliren [...] unter dem Vorgeben, »nicht zu den »Damen« zu passen, [...]« [...], will absolut nicht haben daß [der Arzt] an ihrer Thüre anklopft, »das ist doch bei ihr nicht nöthig, das darf er bei Leibe nicht thun.« Weint stundenlang des Tags [...] »weil Niemand kommt u. mich abholt, wenn nun der Herr Director mich nicht mehr will, ach lieber Gott! Was fange ich denn da an?“⁷⁰⁹

Von einem wirklichen Erfolg kann bei dieser Reaktion auf die Verlegung nicht die Rede sein.

⁷⁰⁵ Akte Bühler, Anamnese.

⁷⁰⁶ Ebd., Status.

⁷⁰⁷ Ebd., Verlauf.

⁷⁰⁸ Akte Matterstock, Verlauf.

⁷⁰⁹ Akte Frank, Verlauf.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich alle bei Anna Knewitz zusammengetragenen Unterschiede, die ja Patientin in beiden hier zu vergleichenden Gruppen war, auch bei den sieben anderen Patientinnen des Typs ‚Abnahme‘ gefunden haben. Beispiele dafür wurden auf den vergangenen Seiten für vier zentrale Gruppen-Unterschiede präsentiert: erstens die häufig fehlende Zustandsverbesserung, zweitens die kaum vorhandene Krankheitseinsicht, drittens die mangelnden Anpassungsleistungen in den langfristigen Reaktionen und viertens die fehlende Verlegungsdynamik zwischen den beiden Zentralpolen Unter- bzw. Oberhaus. Die wenigen Gruppen-Gemeinsamkeiten sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

5.6.2 Gruppen-Gemeinsamkeiten

Auch wenn, wie auf den vergangenen Seiten herausgearbeitet wurde, die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen der Typen ‚Zu‘ bzw. ‚Abnahme‘ deutlich überwiegen, so gibt es doch auch einige wenige Gemeinsamkeiten. So bestehen ja beide Gruppen aus Frauen, die unter der Leitung Dr. Landerers zwischen 1876 und 1907 Patientinnen in Kennenburg waren. Eine erste Gemeinsamkeit ist beispielsweise die Gewichtsveränderungsdynamik, die aber ohnehin konstitutiv für die Typenbildung war. So wie Typ ‚Zunahme‘ im Durchschnitt 5 BMI-Punkte zunahm, so verlor Typ ‚Abnahme‘ 3 BMI-Punkte. Im Vergleich zum großen Rest der Stichprobe, der lediglich 1 BMI-Punkt zunahm, sind beide Veränderungen, wie auch aus Tabelle 4.1 hervorgeht, höchstsignifikant. In Kapitel 4 wurde die Nahrungsaufnahme bereits als rudimentäres Bindeglied zwischen Anstalt und Patientinnen dahingehend interpretiert, dass Gewichtszunahme, so sie nicht auf reiner Zwangsfütterung beruht, was bei keiner der hier beschriebenen Patientinnen der Fall ist, einen aktiven Akt der Kooperation darstellt, während Gewichtsabnahme auch passiv geschehen kann. In beiden Fällen jedoch, und dies ist die Gemeinsamkeit zwischen den Gruppen, kann Nahrungsaufnahme bzw. -verweigerung als Ausdrucksmittel der Anpassung respektive des Widerstands verstanden werden. Über Julie Schwenk etwa heißt es: *„Ist nicht, schüttet d. Essen heimlich in d. Abtritt“*⁷¹⁰ und zu Kathi Bühler: *„hat verschiedene Male das Essen der Wärterin aus der Hand geschlagen.“*⁷¹¹ Typisch für Nahrungsverweigerung in Anstalten ist auch die Angst vor Gift, wie etwa bei Anna Knewitz: *„Die Kranke nimmt regelmässig an Gewicht ab, sie verweigert die Nahrung sehr häufig, da Gift im Essen sei, wirft sie weg, spuckt sie aus. [...] Wirft die Suppe weg, weil Gift darin sei. Weigert sich aus demselben Grunde schon längere Zeit Milch zu trinken.“*⁷¹² Ähnliche Einträge finden sich anfangs auch in den Akten der Frauen des ‚Zunahme‘-Typs. Karoline Matterstock etwa hielt vor ihrer Aufnahme in Kennenburg ihre Nahrung vom *„Teufel beeinflusst“* und versuchte diese durch *„Einlegen eines Kreuzes“* vom Bösen zu befreien.⁷¹³

⁷¹⁰ Akte Schwenk, Verlauf.

⁷¹¹ Akte Bühler, Verlauf.

⁷¹² Akte Knewitz [zweite Aufnahme], Verlauf.

⁷¹³ Akte Matterstock, Krankenbericht.

Eine weitere Gemeinsamkeit beider Gruppen ist die oft bestehende Selbstmordmordgefahr, die sowohl häufig der ausschlaggebende Anlass der Aufnahme als auch ein Ausdruck des Widerstands während des Aufenthaltes sein kann. Bei der Gruppe des Typs ‚Zunahme‘ waren fünf der zehn Frauen als suizidgefährdet beschrieben worden, bei der Gruppe des Typs ‚Abnahme‘ ist die Anzahl ähnlich hoch. Bei Christine Frank beispielsweise war ihre *„Umgebung [...] der Ueberzeugung, daß sie sich auch mit Selbstmordgedanken umtrieb“*, was schließlich zur Aufnahme führte.⁷¹⁴ Sophie Seybold drohte, sie wolle, um den vermeintlichen *„Nachstellungen zu entgehen, sich ins Wasser stürzen“*,⁷¹⁵ Elise Kübler versuchte sich während des Aufenthaltes *„mit einem Strumpfe zu erdrosseln“*⁷¹⁶ und Emma Bloest, die mit 73 Jahren älteste Patientin der beiden Gruppen, wird nach neunmonatigem Aufenthalt in Kennenburg von Dr. Landerer sogar trotz bestehender *„Selbstmordgefahr“* zu ihren Verwandten entlassen, nicht ohne diese ausdrücklich auf die Gefahr hinzuweisen.⁷¹⁷

Eine dritte Gemeinsamkeit beider Gruppen resultiert schließlich aus dieser Suizidgefahr sowie aus der Schwere anderer psychopathologischer Auffälligkeiten: Beinahe alle achtzehn Frauen verbringen eine Zeit ihres Aufenthaltes im Unterhaus. Wobei ein solcher Aufenthalt, um dies noch einmal ausdrücklich zu betonen, nicht zwangsläufig zu einem regulären Kennenburger Ablauf gehören musste. Zahlreiche andere Patientinnen kommen nicht einen einzigen Tag auf die Überwachungsabteilungen. Nahezu alle Patientinnen beider Gruppen aber werden früher oder später ins Unterhaus verlegt. Speziell allen Frauen, die sogar in den Zellenbau müssen, ist eine Bandbreite provokativen Verhaltens gemeinsam. Fast ließe sich eine Zusammenhangshypothese generieren: Je enger die äußeren Bedingungen, desto stärker der Einsatz des eigenen Körpers als Ausdrucksmittel. Immer wieder finden sich in den Akten anschauliche Berichte all der Verhaltensweisen, die im zeitgenössischen gesellschaftlichen Kontext absolut tabuisiert waren. Die Frauen fluchen und toben, werfen mit Möbeln, ziehen sich nackt aus, zerreißen die Kleider und lösen die Haare, sie spucken, schlagen, schreien. Kurz und gut – sie sind, nach Meinung der Ärzte, oft *„so schamlos, daß es jeder Beschreibung spottet“*. Einige der Frauen scheinen vor sexueller Erregung schier zu bersten. Während der Bräutigam der 20-jährigen Kathi Bühler den Kennenburger Ärzten einen wohlgesetzten Brief mit Bitte um Informationen über deren *„Befinden“* sendet, tobt seine *„liebe Braut“* derweil in ihrer Zelle: *„Sie onaniert vor den Augen des Arztes u. nimmt dann die Finger in den Mund, sie kitzelt sich an den Brustwarzen; sie urinirt auf den Boden und läuft mit nackten Füßen im Urin herum, die ganze Zelle beschmierend“*. *„Widerlich“* und *„schamlos“* bezeichnen die Ärzte dieses Verhalten.⁷¹⁸

⁷¹⁴ Akte Frank, Anamnese.

⁷¹⁵ Akte Seybold, Anamnese.

⁷¹⁶ Akte Kübler, Verlauf.

⁷¹⁷ Akte Bloest, Schluss.

⁷¹⁸ Akte Bühler, Verlauf und Brief d. Bräutigams v. 04.04.1891.

Dennoch sind sie dagegen machtlos. In der Zelle ist der Kranke König! Dieser Gedanke aus Kapitel zwei zur Verortung Kennenburgs im Anstaltsleben kann durch ein solches Beispiel belegt werden. An der Zellentür endet die Autorität der Vernunft und ärztlichen Hierarchie. Beiden hier zu vergleichenden Gruppen ist mit dem Rückzug in den Zellenraum die totale Verweigerung aller gesellschaftlicher Konventionen und Anforderungen gemein. Kennenburg bietet allen „*störenden, lauten Elemente[n]*“, wie es 1879 im Visitationsbericht hieß,⁷¹⁹ Raum. Ob die Gewährung bzw. der Entzug von Raum als Behandlungsmethode erfolgreich genutzt werden konnte – das zu beurteilen ist Aufgabe des folgenden Kapitels zu den Ergebnissen.

⁷¹⁹ Visitationsbericht v.27.06.1879. StA LB [E 163 Bü 841] Qu. 196.

6. Ergebnisse

Das wichtigste Ergebnis ist, dass Zunahmedynamik, Raumveränderungsdynamik und Heilungserfolg miteinander korrelieren. Dieses Ergebnis war anfangs nicht erwartet worden. Im Folgenden werden noch einmal die wesentlichen Schritte der Arbeit rekapituliert:

In Kapitel zwei wurde gezeigt, dass Kennenburg von Dr. Landerer in den 1870er Jahren entgegen der allgemein verbreiteten staatlichen Anstaltspolitik ausgerichtet wurde: Landerer wollte sich bewusst vom Trend hoffnungslos überfüllter öffentlicher Anstalten abheben, indem er Kennenburg zu einer privaten Luxusanstalt ausbaute, die erst wieder jenseits der Schweizer Grenze mit dem Bellevue in Kreuzlingen Vergleichbares fand. In enger Homologie zur gesellschaftlichen Oberklasse, der sein Klientel entstammte, baute er mit Kennenburg eine Anstalt, die insbesondere mit ihrem Oberhaus den gesellschaftlichen Makrokosmos modellhaft widerspiegelte.

In Kapitel drei wurden sowohl die Person Landerers als auch die einzelnen Anstaltsgebäude konkret beschrieben. Auffällig war, dass Landerer zeit seines Lebens Kennenburg um- und ausbaute, renovierte und modernisierte. Insbesondere sein Unterhaus war ein differenziertes Konglomerat einzelner Gebäudekomplexe, die unterschiedlichste Überwachungs- sowie Isolierungsmaßnahmen ermöglichte: vom Zellenbau über diverse Überwachungsabteilungen bis hin zu getrennten Einzelzimmern neben den überwachten Trakten. Kennenburg pflegte damit ein Alleinstellungsmerkmal unter den württembergischen Anstalten: Es war luxuriös und dennoch bestens für schwere psychotische oder auch hoch suizidgefährdete Patient/-innen gerüstet.

In Kapitel vier stand die Aktenauswahl im Vordergrund. Aufgrund des zugrunde liegenden erstmals komplett erfassten Gesamtbestands konnten die Akten in mehreren Schritten nun so reduziert werden, dass eine repräsentative stratifizierte Stichprobe für die Jahre 1876 bis 1907 von 117 Patientinnenakten gezogen werden konnte. Die Repräsentativität ermöglicht eine höhere Aussagekraft der Ergebnisse. Um wenige Akten für eine intensive kasuistische Untersuchung zu erhalten, wurde mit dem Gewicht eines der wenigen ‚harten‘ objektiven Kriterien gewählt, das meist auf allen Akten angegeben war. Durch die Berechnung der prozentualen BMI-Veränderung innerhalb eines definierten Zeitraums von maximal einem Jahr Aufenthaltsdauer konnten zehn Frauen mit einer außergewöhnlich hohen Zunahmedynamik und acht Frauen mit einer außergewöhnlich starken Abnahmedynamik ermittelt werden. Diese achtzehn Akten waren Grundlage für eine detaillierte Untersuchung der Kennenburger Behandlungsmethoden in Kapitel fünf.

Die in Kapitel fünf ermittelten Ergebnisse werden nun im Folgenden vorgestellt.

6.1 **Gewährung und Entzug von Raum als Behandlungsmethode**

Anhand der zwei in Kapitel vier extrahierten gegensätzlichen Gruppen der Typen ‚Abnahme‘ bzw. ‚Zunahme‘, die sich beide vom Durchschnitt der Kennenburger Patientinnen in ihrer Gewichtsveränderungsdynamik höchstsignifikant unterschieden, wurden in Kapitel fünf die Akten dieser beiden Typen intensiv auf Indikatoren untersucht, die diese Dynamik förderten.

Dabei fand sich bei fast allen Frauen des Typs ‚Zunahme‘ in den Verlaufsberichten mindestens ein Wechsel zwischen Unter- und Oberhaus. Alle Frauen dieses Typs waren eine Zeit lang während ihres Aufenthaltes im Unterhaus und alle nahmen an Gewicht zu, doch nur Frauen, die ins Oberhaus wechselten, wurden abschließend geheilt entlassen.⁷²⁰

Demgegenüber stehen die acht Frauen des Typs ‚Abnahme‘, von denen ebenfalls die große Mehrheit ihren Aufenthalt im Unterhaus verbrachte, aber während dies für die Frauen des Typs ‚Zunahme‘ meist nur für eine Zeit lang galt, blieben die meisten Frauen des Typs ‚Abnahme‘ bis auf wenige Ausnahmen im Unterhaus und wurden von dort als ungeheilt bzw. ungebessert oft in andere Anstalten oder in Privatpflege verlegt.⁷²¹

Für die Gruppe der zunehmenden Frauen wurde ein Reaktionsschema der individuellen Reaktionen in Bezug auf die Gewährung von Raum bei den Angehörigen und in Kennenburg erstellt (Graphik 5.1). Darin zeigte sich, dass die Patientinnen, deren Familien ihnen Raum für eine Rückkehr nach Hause gewährten, entweder ambivalent und verunsichert reagierten oder, wenn die Familien nicht rasch nachgaben, mit teils heftigem Widerstand in Form von Fluchtversuchen etc. Gewährten weder Kennenburg noch die Angehörigen Raum, konnte es leicht zu Suizidversuchen als vermeintlich letzte Form individueller Raumschaffung kommen. Als *genesen entlassen* wurden indes nur diejenigen Patientinnen, die entweder ihr Verhalten den Kennenburger Behandlungsformen anpassten oder die sogar dankbar dafür waren. Teil der Behandlung war aufgrund der ausführlich erläuterten Theorie der Inanitionspsychosen – Untergewicht führt zu Psychosen und ist nicht deren Folge, wie heute angenommen wird – reichhaltige Ernährung. Wer also zunahm, kooperierte mit den Kennenburger Ärzten, wer dagegen die Nahrung verweigerte, galt nach wie vor als krank. Gewichtszunahme und Heilungserfolg hingen somit unmittelbar zusammen. Wer aber kooperierte, übernahm damit indirekt auch die gesellschaftlichen Regeln, die Kennenburg wie ein Mikrokosmos der Oberklassen insbesondere im Oberhaus repräsentierte. Kann einerseits das Unterhaus als Raum der Verweigerung gesellschaftlicher Konventionen gelten – in seiner Extremform wohl im Zellenbau – so kann andererseits das Oberhaus als Raum der Kooperation gelten.

⁷²⁰ Aus der Akte Haegler-Passavant geht nicht zweifelsfrei hervor, ob diese Patientin des Typs ‚Zunahme‘ auch im Unterhaus war. Allerdings spricht die Wahrscheinlichkeit dafür, da sie dringend in eine „geschlossene Anstalt“ aufgenommen werden sollte. (s. Anamnese).

⁷²¹ Die 73-jährige Witwe E. Bloest scheint trotz bestehender Suizidgefahr ins Oberhaus aufgenommen worden und darin mehrfach verlegt worden zu sein. Siehe dazu auch: Akte Bloest, Verlauf und: Visitationsbericht v. 21.09.1898. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 258.

Dabei kam es den Ärzten nicht darauf an, ob die Kooperation komödienhaft vorgespielt oder tatsächlich der eigenen Überzeugung der Patientinnen entsprach. Ausschlaggebend war lediglich, ob die Patientinnen den Rollenerwartungen entsprechen konnten oder nicht.

Verlegungen fanden immer dann statt, wenn Verhalten und Funktion der Räumlichkeiten nicht übereinstimmten. So führten etwa Nahrungsverweigerung, unvollständige Bekleidung, unangemessenes Benehmen wie lautes Schreien, Beschimpfungen, wirres Verhalten und natürlich Fluchtversuche oder ähnliches zurück ins Unterhaus. Einige Patientinnen des Typs ‚Zunahme‘ erlebten nur eine einzige Verlegung vom Unterhaus zurück ins gesellschaftlich geordnete Oberhaus, manche Patientinnen wurden ein halbes Dutzend Mal im Laufe ihres Aufenthaltes zwischen den verschiedenen Abteilungen verlegt, immer unter der Perspektive, welche Räumlichkeiten ihrem jeweiligen Verhalten am ehesten angemessen erschienen. Diese Verlegungen konnten teils gegen den Willen der Patientinnen, teils auf ihren Wunsch hin geschehen. Sie waren keinesfalls ausschließlich reine Zwangsmaßnahmen. Selbst die Zellenisolation wurde, wie in Kapitel fünf ausführlich beschrieben, von einer Patientin über Monate selbst gewählt, in die sie sich nach Zusammenkünften in den Gemeinschaftsräumen oder im Garten gerne wieder zurückzog. Der Zellenbau bot den unschätzbaren Vorteil, keinerlei gesellschaftliche Anforderungen erfüllen zu müssen. Damit entsteht das Paradox, dass in der Zelle als dem innersten Kern der Kennenburger Binnensphäre, von der gemeinhin eine vollständige Internierung angenommen wird, die individuellen Freiheitsgrade wieder wachsen, statt weiter zu schrumpfen. Die Patientinnen, die zuerst in ihren Familien aufgrund ihrer Verhaltensakzentuierungen eine Einengung des Freiheitsradius erlebt hatten, dann, manchmal nach verschiedenen Anstaltsstationen, nach Kennenburg kamen und auch dort nicht mehr dem Oberhaus angemessen empfunden, sondern ins Unterhaus verlegt wurden, erlebten in der Zelle als absolutem Gegenpol aller sonstigen gesellschaftlichen Erwartungen einen Freiraum, der so als Untersuchungsergebnis überraschend ist: wachsende Freiheitsgrade im innersten Kern hierarchischer Anstaltsphilosophie!

Wer wollte, konnte diese Form individueller ‚Freiheit‘ so lange nutzen, wie Geld und Geduld der Familien vorhanden waren. Aus den Räumen des Unterhauses heraus wurde jedoch niemand geheilt entlassen. Wer Heilung und Rückkehr in die vertraute Umgebung wollte, musste sich den Regeln des Oberhauses anpassen – einen anderen Weg gab es nicht. Patientinnen, die diese Anpassungsleistung nicht erbringen konnten oder wollten, wurden ungeheilt verlegt, versuchten zu fliehen oder sich umzubringen. Zwischen den beiden großen diametralen Polen des Unter- und des Oberhauses, zwischen ungeheilt und genesen, finden sich zumindest bei den hier analysierten Extremgruppen der ‚Zu- und Abnahmetypen‘ wenig Zwischenräume. Dabei ist im Gegenzug nicht der Umkehrschluss zulässig, dass ein Aufenthalt im Oberhaus zugleich eine geheilte Entlassung garantierte. Das wäre nicht richtig. Allerdings war das Oberhaus Bedingung sine qua non für eine eventuell geheilte Entlassung.

Die Analyse des Verlaufs nach der Entlassung hat gezeigt, dass die langfristig stabilsten Ergebnisse bei denjenigen Patientinnen vorlagen, die – so sie nicht psychotisch waren – die Kennenburger Regeln entweder als ihre eigenen akzeptieren konnten und dankbar waren, wieder zur ‚Gesellschaft‘ dazugehören, oder denen es gelang, sich an diese Regeln bestmöglich anzupassen, um sich dann als genesen Entlassene wie Bertha Krieger neue Umgebungen zu suchen, die den individuellen Bedürfnissen angemessener waren als die ursprünglichen Verhältnisse, die vielleicht wesentlich zum Anstaltsaufenthalt geführt hatten. Wie aus Briefen der Stiefmutter der erst 19-jährigen Bertha Krieger hervorgeht, hatte die Erinnerung an das Unterhaus noch auf lange Sicht eine abschreckende Wirkung auf Bertha. Die Eltern nutzten diese Erinnerung als Drohkulisse bei Erziehungsproblemen und baten Landerer noch nach dem Aufenthalt, ihr zu schreiben und sie entsprechend anzuweisen. Damit delegieren sie sogar noch nach dem Aufenthalt Erziehungsaufgaben an die Anstalt:

„Wenn Sie die Güte haben, an B.[ertha] zu schreiben, so legen Sie es ihr doch recht dringend ans Herz, den Anordnungen ihrer wohlmeinenden Eltern zu folgen, thue sie es nicht, so hätte sie sich ganz allein die Folgen zuzuschreiben, sie hat solchen schrecklichen Eindruck von dem unteren Haus, wer weiß, ob dieß nicht hilft.“⁷²²

Das Kennenburger Behandlungskonzept der Gewährung und Entzug von Raum wirkt bei Patientinnen wie Bertha Krieger langfristig nach und führt dazu, dass sie schließlich ihr Elternhaus verlässt und sich eine eigene Arbeitsstelle als Kindermädchen in Frankfurt sucht. Dort scheinen ihre früheren Verhaltensauffälligkeiten keine Rolle mehr zu spielen. Genesung, so ließe sich abschließend zusammenfassen, scheint in Anbetracht der Raumveränderungsdynamik, die mit Zunahme und Heilung korreliert, eben nicht mit der weiblichen Rollendefinition als „*statisch und gegenwartsverhaftet*“, wie sie Hettling und Hoffmann für das 19. Jahrhundert beschreiben, übereinzustimmen, sondern stattdessen in ihrem Gegenteil zu liegen: in der Fähigkeit zu „*dynamisch[en] und zukunftsorientiert[en]*“ Anpassungsreaktionen, die Hettling und Hoffmann eigentlich dem männlichen Rollenbild attribuierten.⁷²³

6.2 Weitere unspezifische Behandlungsmethoden

Neben der hier im Vordergrund stehenden Behandlungsmethode der Raumveränderung lassen sich in den Krankenakten weitere unspezifische Behandlungsmethoden finden, die sich zu den Methoden der Milieuthherapie oder des Moral Treatment rechnen lassen, wie sie für die Zeit des ausgehenden 19. Jahrhunderts bereits vielfach beschrieben worden sind.⁷²⁴

Speziell für Kennenburg habe ich diese unspezifischen, der Erziehung der Patient/innen dienenden Behandlungsmethoden in drei Punkten zusammengefasst, die im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

⁷²² Akte Krieger, Brief d. Mutter v. 24.09.1887. [Unterstreichungen im Original]

⁷²³ Hettling & Hoffmann (2000): Zur Historisierung bürgerlicher Werte, S. 15.

⁷²⁴ Etwa für das Bellevue drei Dissertationen zum vergleichbaren Zeitraum: Domeyer (2004): 1886-1890; Fischer (2004): 1891-1895; Stollwerck (2007): 1896-1900.

Konsequenz

Eine der drei wesentlichsten und wirksamsten unspezifischen Behandlungsmethoden in Kennenburg scheint mir die auffällige Konsequenz zu sein, mit der die Ärzte die wenigen Maßnahmen umsetzten, die ihnen überhaupt zur Verfügung standen. Beispiel dafür ist etwa die Schilderung der ‚Erziehung‘ der erst 14-jährigen Elisabeth Hochstätter zu einem jungen Mädchen mit altersentsprechendem Verhalten. Konsequenter wurden dieser kindlichen, „*hysterischen*“ Patientin nach und nach buchstäblich die ‚Räume eng gemacht‘, bis sie sich schließlich dem Kennenburger Reglement anpasste. Ähnliches geschah auch im Fall Bertha Kriegers. Fünf Tage nach ihrer Entlassung schreibt sie über ihren Aufenthalt an Landerer: „*Ich fühle mich recht wohl [...] zu Hause, stehe aber auch noch sehr unter dem Einfluß von Kennenburg und komme mit vor – wie aus der Kinderschule entlassen!*“⁷²⁵ Aus ihrer Sicht glich Kennenburg also weniger einem Krankenhaus als vielmehr einer Erziehungsanstalt.

Individualisierung

Diese scharfe Konsequenz wurde aber nicht ausgeübt, ohne ein ausgesprochen genaues Wissen über die Verhaltensweisen, Vorlieben und Hintergründe jeder einzelnen Patientin. Kennenburg war, wie beschrieben, eine äußerst kleine Anstalt mit zeitweise lediglich sechs Neuaufnahmen pro Jahr. Jede Patientin wurde anfangs genau beobachtet. Erst nachdem sich die Ärzte ein Bild gemacht hatten, wie das individuelle Verhalten zu bewerten sei, ordneten sie ihre Maßnahmen wie etwa eine „*Wasserinjection*“ statt einer Morphiuminjektion bei Elisabeth Hochstätter als Placebointervention an. In seinem Prospekt spricht Landerer selbst von „*sorgfältiger Individualisierung*“,⁷²⁶ dabei darf hier als Ergebnis aber nicht eine individuelle Behandlung mit einer individuellen Genesungsplanung verwechselt werden. Kennenburg repräsentierte die gesellschaftlichen Regeln der Oberklasse. In diese hatten sich die Patientinnen zu fügen. Die Behandlung mag sorgfältig individualisiert gewesen sein, die anschließenden Erwartungen waren es nicht: Sie waren normiert – nicht individualisiert.

Orientierung

Die gesellschaftlichen Regeln der Oberklasse repräsentierten in Kennenburg der Direktor, seine Assistenzärzte und Oberwärter/innen. Es ist in der Literatur einiges über die Rolle des Direktors als „*Zentrum, oder [...] die »Seele« der Anstalt*“ geschrieben worden, der mit seiner Persönlichkeit der jeweiligen Anstalt seinen „*unverwechselbaren Stempel*“ aufdrückte.⁷²⁷ Auch Landerer gehört zu diesen patriarchalen Direktoren. Er, seine Frau und die wichtigsten Mitarbeiter/innen lebten mit den Patient/innen zusammen und stellten sich täglich als Modelle für die normierten gesellschaftlichen Rollenerwartungen zur Verfügung. Als unspezifische Behandlungsmethode kann damit auch das Gemeinschaftsleben an sich gelten.

⁷²⁵ Akte Krieger, Brief d. Patientin v. 17.03.1887. [Kinderschule = veraltet für Kindergarten].

⁷²⁶ Prospekt der Heilanstalt um 1900. HStA S [E 151/53 Bü 627] Qu. 276.

⁷²⁷ Roth (1999): Würdig einer liebevollen Pflege, S. 49.

Abschließend lässt sich zusammenfassend zu den Ergebnissen sagen, dass sie aufgrund ihrer repräsentativen Auswahl aus der vorher erfassten Gesamtpopulation von 2218 Akten oder 15,3 Regalmetern Archivmaterial eine durchaus belastbare Aussagekraft besitzen. Allerdings gibt es außer den Arbeiten zum schweizerischen Bellevue wenig Forschung im Bereich der privaten Heilanstalten, so dass die Ergebnisse insbesondere zur Methode der Gewährung und des Entzugs von Raum bislang nicht mit Ergebnissen anderer Studien zu vergleichen sind. Daher wäre es auch im Sinne eines von Jakob Tanner geforderten „interdisziplinären Dialog[s]“ zwischen Historiker/innen und psychiatrischen Institutionen⁷²⁸ wünschenswert, wenn zukünftige Forschung bereits auf Arbeitsebene in einen breiteren Dialog der diversen Disziplinen eintreten könnte, damit Großprojekte wie die Erarbeitung von Aktenbeständen ganzer (Privat-) Kliniken künftig bereits bei Fragestellungen, Methodik, Aktenauswahl und Analyse in einem breiteren Kontext stattfinden könnten,⁷²⁹ und der „Prozeß der Auseinandersetzung, ja des Ringens mit immer neuen Quellen“⁷³⁰, wie ihn Volker Sellin für die historische Forschung beschreibt, gerade im Bereich des hochgradig diffizilen Umgangs mit psychiatrischen Krankenakten kein einsamer Prozess mehr bliebe.

⁷²⁸ Tanner (2005): Der »fremde Blick«, S. 48.

⁷²⁹ Thomas Beddies und Andrea Dörries sind bei ihrer Untersuchung zu den Patient/innen der Wittenauer Heilstätten in Berlin diesen Weg eines von der DFG geförderten, interdisziplinär mit Geistes- und Naturwissenschaftler/innen besetzten Projekts bereits mit viel Erfolg gegangen. Beddies & Dörries (1999): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin: 1919-1960.

⁷³⁰ Sellin (2008): Einführung in die Geschichtswissenschaft, S. 47.

7. Zusammenfassung

Die eingangs gestellte Frage, wie es in Kennenburg Ende des 19. Jahrhunderts gelang, psychisch kranke Menschen zu heilen, lässt sich abschließend dahingehend beantworten, dass es in Kennenburg zur Heilung nur einen Weg gab: das Einhalten der gesellschaftlichen Regeln! Gelang dies, konnten die Patientinnen im Mikrokosmos des Oberhauses modellhaft ihre gesellschaftlichen Fähigkeiten erproben, gelang dies nicht, oszillierten sie zwischen den einzelnen Abteilungen in Kennenburg. Unabhängig vom individuellen Krankheitsausmaß wurde am Ende von allen geheilten Patientinnen ein gesellschaftsfähiges Verhalten erwartet.

Gewährung und Entzug von Raum wurde in Kennenburg als eigenständige therapeutische Behandlungsmethode im Sinne eines Belohnungsverfahrens eingesetzt, um den Patientinnen und auch deren Familien zu verdeutlichen, in welchem Ausmaß die gesellschaftlichen Erwartungen wieder erfüllt werden konnten. Dabei wurde nicht die individuelle Übereinstimmung mit den gesellschaftlichen Erwartungen, sondern lediglich die Anpassungsleistung an diese Erwartungen gewertet. Konnten sich die Patientinnen für längere Zeit ausreichend anpassen, galten sie als geheilt – andernfalls blieben sie im Unterhaus. Paradoxe Weise konnten dort trotz zunehmender Überwachung und Isolierung die individuellen Freiheitsgrade sogar wieder zunehmen, da in der Zelle als Antipode zu allen gesellschaftlichen Verpflichtungen keinerlei Erwartungen mehr erfüllt werden mussten. Je freier die Behandlungsformen, umso mehr Selbstdisziplin wurde von den Patientinnen erwartet. Äußere Freiheit bedeutete in Kennenburg zugleich die Bereitschaft zum inneren Zwang.

Dr. Landerer schuf in Kennenburg Raum für die unterschiedlichsten Formen psychischer Störungen. Somatische Therapien standen ihm kaum zu Verfügung, dagegen gewann er durch die Verlegungen eine psychologische Dynamik, die mich überrascht hat. Die Patientinnen hatten die Freiheit, sich als dynamisch Agierende in neue Räume hineinzuentwickeln. Die ausführliche Untersuchung der Reaktionstypen hat gezeigt, dass die Gewährung und der Entzug von Raum nicht nur die Anstalt, sondern ebenso die Familien betrafen. Ließen die Familien zu viel Raum, konnten sich die Patientinnen teils schwer auf den Kennenburger Aufenthalt einlassen, gewährten die Familien dagegen gar keinen Raum und delegierten die Sorge um das Einhalten der gesellschaftlichen Regeln ganz an die Anstalt, konnten sich die Patientinnen dem entweder anpassen und geheilt entlassen werden oder sich, aus welchen Gründen auch immer, widerständig verweigern und damit ungeheilt bleiben.

Die Ergebnisse zeigen, dass Zunahmedynamik, Raumveränderungsdynamik und Heilungserfolg in Kennenburg miteinander korrelieren. Anders als in den überfüllten Staatsanstalten hatte Kennenburg beste Möglichkeiten zur Binnendifferenzierung zwischen den einzelnen Abteilungen und damit zur Entwicklung einer eigenen therapeutischen Behandlungsdynamik.

In wie weit sich die Ergebnisse dieser Arbeit auf größere Zusammenhänge generalisieren lassen, lässt sich noch nicht klar beantworten. Einerseits ist Kennenburg von vornherein nicht als ‚typische‘ Anstalt konzipiert worden, sondern gegen den Trend der Staatsanstalten als kleine, luxuriöse Heilanstalt, die später ausschließlich Frauen aufnahm, andererseits lässt sich Kennenburg durchaus mit dem schweizerischen Bellevue und damit, so ist zu vermuten, auch mit anderen Privatheilstätten vergleichen. Ob die Gewährung und der Entzug von Raum auch dort stattgefunden haben, wäre für weitere Untersuchungen eine offene Frage.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die These des *therapeutischen Nihilismus* für das späte 19. Jahrhundert zwar aus Sicht einer rein somatischen Medizin bestätigt werden kann; der Fall der untersuchten Privatheilstätte Kennenburg zeigt jedoch, dass im Sinne der Psychotherapie durchaus therapeutische Ansätze verfolgt werden konnten, selbst wenn sich diese aus heutiger Sicht lediglich auf die therapeutische Erziehung zur Anpassung an bestimmte gesellschaftliche Normen und Regeln erstreckten. Es wäre weiterhin zu überprüfen, ob hier in Kennenburg ein Sonderweg eingeschlagen wurde oder ob sich ein solches therapeutisches Vorgehen auch für andere Privatheilstätten nachweisen lässt.

Anhang

A Akte Marie Bauscher

A.0	Deckblatt	184
A.1	Aufnahmebogen (erste Seite)	185
A.2	Aufnahmebogen (zweite Seite)	186
A.3	Aufnahmebogen (dritte Seite)	187
A.4	Krankengeschichte (erste Seite)	188
A.5	Krankengeschichte (zweite Seite)	189
A.6	Krankengeschichte (dritte Seite)	190
A.7	Einwilligungs-Urkunde	191
A.8	Heimatschein	192

B Anstaltswerbung

B.0	Zeitungsannonce (1892)	193
B.1	Erster Anstaltsprospekt (Vorderseite)	194
B.2	Erster Anstaltsprospekt (Rückseite)	195
B.3	Zweiter Anstaltsprospekt (erste Seite)	196
B.4	Zweiter Anstaltsprospekt (zweite Seite)	197
B.5	Zweiter Anstaltsprospekt (dritte Seite)	198
B.6	Zweiter Anstaltsprospekt (vierte Seite)	199

C Visitationsberichte

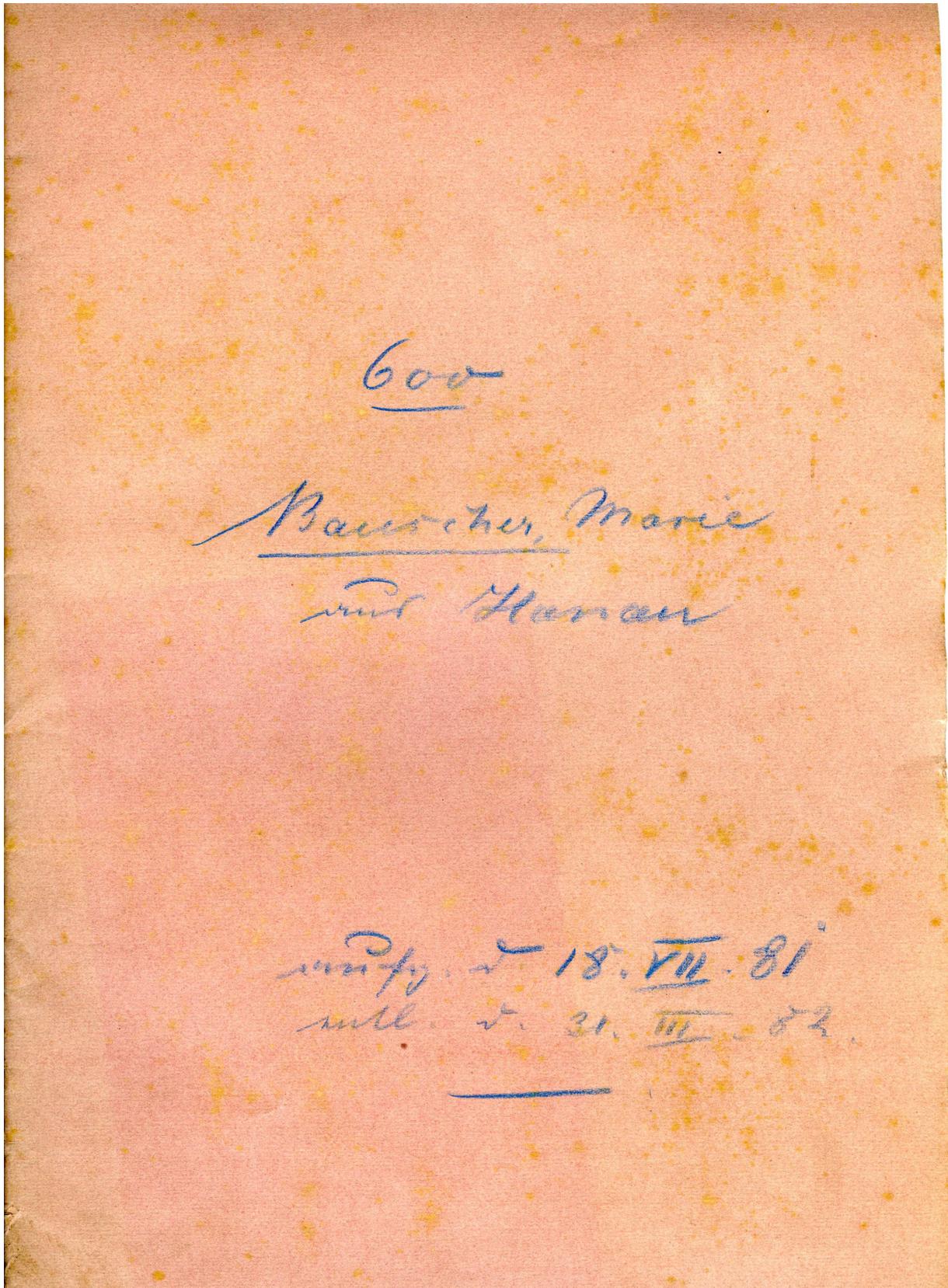
C.0	Bericht zu Landerers Beginn in Kennenburg (1876)	200
C.1	Bericht der Kgl. Aufsichtskommission (erste Seite)	201
C.2	Bericht der Kgl. Aufsichtskommission (zweite Seite)	202
C.3	Bericht der Kgl. Aufsichtskommission (dritte Seite)	203
C.4	Bericht der Kgl. Aufsichtskommission (vierte Seite)	204

D Patient/innenlisten

D.0	Auszug aus der Krankentabelle von 1886	205
D.1	Stichprobe der 117 Frauen (1876 bis 1907)	206

ANHANG A.0:

Akte Marie Bauscher: Deckblatt



ANHANG A.2:

Akte Marie Bauscher: Zweite Seite des Aufnahmebogens mit einzelnen Tageseinträgen.

	Bauscher, Marie
27. VII.	<p>Fr. sehr zaffirispitzig über sich und einen Zupfernd durch und daß sie einen Anweisung - fast Gefühlskraft war - Person will. Sie besüßlich sich fruchtbarlich mit Selbst- künsten über einen Zupfernd und fast Alles, was den Fall zu bannen.</p> <p>Fr. ist zwar sehr zersetzbar, was abzunehmen, bleibt. Sie immer Organen sind trübsinnig und sind in der Lage zu sein. Sie hat die Fähigkeit, die Organe zu beeinflussen und die Organe zu beeinflussen. Sie hat die Fähigkeit, die Organe zu beeinflussen und die Organe zu beeinflussen.</p> <p>Sie besüßlich die Organe zu beeinflussen und die Organe zu beeinflussen. Sie hat die Fähigkeit, die Organe zu beeinflussen und die Organe zu beeinflussen.</p> <p>Sie besüßlich die Organe zu beeinflussen und die Organe zu beeinflussen. Sie hat die Fähigkeit, die Organe zu beeinflussen und die Organe zu beeinflussen.</p>
28.	<p>Null mit dem Morgen einige Stunden nachher.</p>
30.	<p>Einmal am Morgen zu.</p>
1. VIII.	<p>Will mit aller Gewalt irgend eine Medizin haben.</p>
4. VIII.	<p>Sie will sich zu bewegen und etwas für sie machen. Sie hat die Fähigkeit, die Organe zu beeinflussen und die Organe zu beeinflussen.</p>
6.	<p>Sie will sich zu bewegen und etwas für sie machen.</p>
8.	<p>Sie will sich zu bewegen und etwas für sie machen.</p>
9.	<p>Sie will sich zu bewegen und etwas für sie machen.</p>
10.	<p>Sie will sich zu bewegen und etwas für sie machen.</p>
16.	<p>Sie will sich zu bewegen und etwas für sie machen.</p>
17.	<p>Sie will sich zu bewegen und etwas für sie machen.</p>

ANHANG A.5:

Akte Marie Bauscher: Zweite Seite der Krankengeschichte.

Konstante Obstruktion durch Klüppeln
 und Luftentzug gegeben war, so
 klugte sie über ungewöhnliche Folgen.
 Von der Ausscheidung im Frühstadium
 Cysten konnte durch die ganz fehlende Art
 des Narkose nur sehr unvollständig festgestellt
 wird die Zusammenhänge des Linslein ist in
 der sie sich für eine unvollständige war
 in Linslein Aufsichtsbücher bei der Ankunft
 in Frankfurt sehr erfüllt, hatte, so
 wurde es ist, dass sie sich B. nicht
 mehrere Wochen nach Hamburg und
 sehr lag. Das ist sie die Zusammenhänge
 ganz nicht gelangt, sondern ganz
 wird nicht weiter untersucht.
 Die Friseur und mühsige Tätigkeit
 der Sommerzeit ist sie sehr ungeschicklich.
 Abnormale Erscheinungen bestehen
 sie nicht mehr nicht die Magen- und
 Darmtraktat, sondern sie werden be-
 sondern nicht nicht verstanden in
 Teile der Körperprojektion.

Von anderen Menschen war ein
 Kräftiger durch die Berücksichtigung
 gegeben, von dem sie nicht nicht
 fand.
 Auch bei dieser Funktion besteht ganz
 nachher und gewisse gefaltete
 Strukturen haben. Von der Meinung wird
 eine (abgegebene) Narkose und Linslein ein
 Narkose nicht gelassen. Sie sollte in
 diesen Umständen durch sie nicht für
 ein anatomisches Moment, das

wird

ANHANG A.6:

Akte Marie Bauscher: Dritte und letzte Seite der Krankengeschichte.

wird walden in der Verwaltung
des Pensionsfonds zu tiefen sein.
Ich halte dies auf den Prognose für sehr
ungünstig.

Walden ist bei mir in der
Anzahl durch die Zeit, während der die
Zeit selbst sehr stark, die eine ganz
Befreiung erlangen.

Walden ist bei mir in der
Anzahl durch die Zeit, während der die
Zeit selbst sehr stark, die eine ganz
Befreiung erlangen.

Magen der Obstetrician wurde
in letzter Zeit gewöhnlich $\frac{1}{2}$ bis
1 Pfund voll mit Nahrung und ein
Lysma gegeben.

Zur Ernährung wurde jeden Abend
ein wenig Suppe gegeben, so-
wohl causa Alkoholum für die
Bewusstseinslose zu geben erlaubt.
Alkoholum wurde (nicht gegeben)

Natrium Bromat 1,0 bis 1,5 pro die gegeben.

Das vor der Abreise der Aufklärung
gehabten Abend der Fieber zu vermindern
haben, gab ich mir ein wenig
Fieber von Natrium Bromat 1,0 pro die.

Walden ist bei mir in der
Anzahl durch die Zeit, während der die
Zeit selbst sehr stark, die eine ganz
Befreiung erlangen.

Hannau 18 Juli 1881.

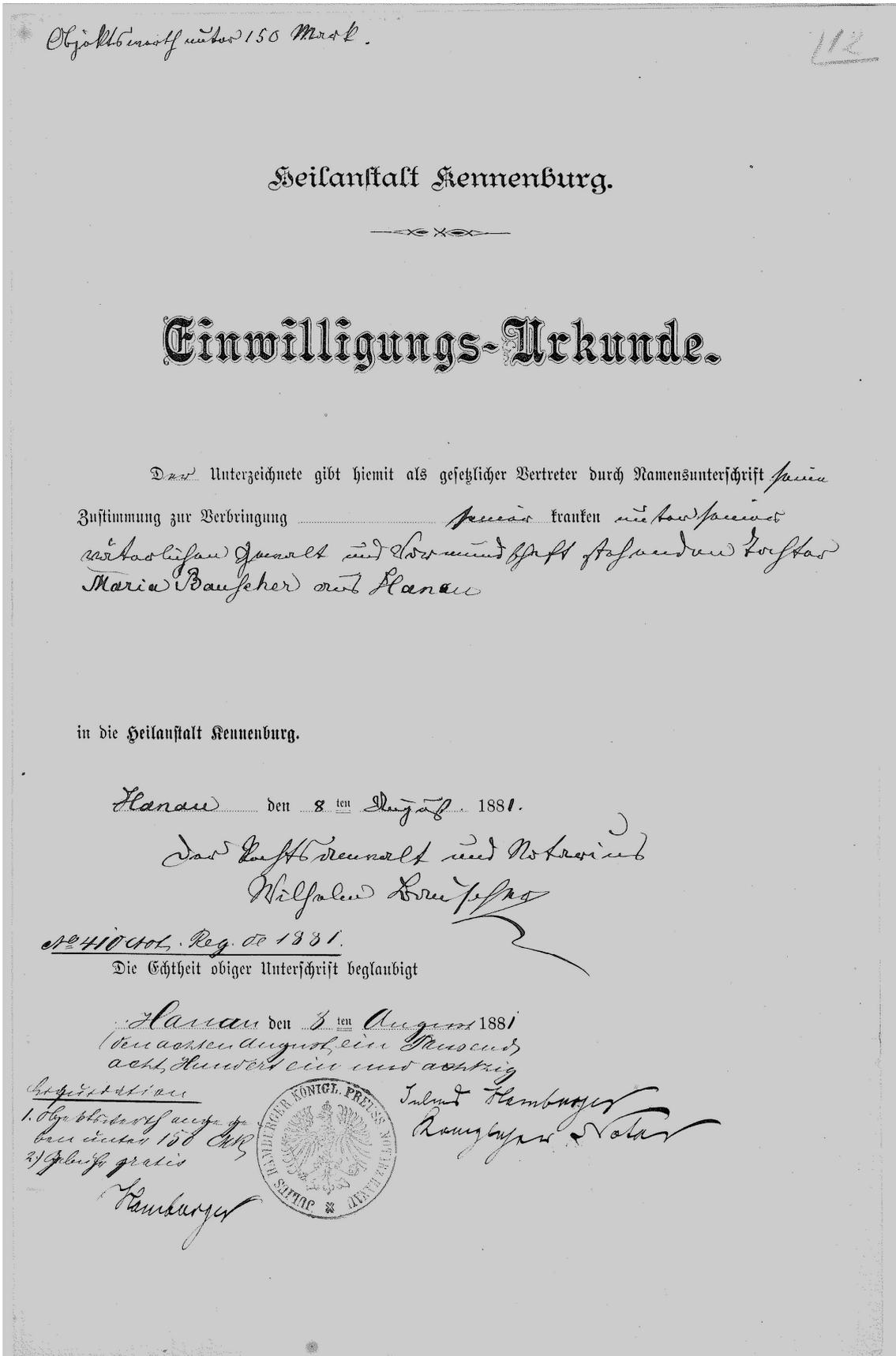
Leitungsdirektor

Gepflogen
Ankunft am 17. Juli 1881.
K. Bauscher
Kaufmann

Dr. Ferd. Nau.

ANHANG A.7:

Akte Marie Bauscher: Einwilligungs-Urkunde mit Anmerkungen und Unterschrift des Vaters.



ANHANG A.8:

Akte Marie Bauscher: Heimatschein – bescheinigt ihre Abstammung als Preußin.

Heimatschein.

111

Von der unterzeichneten Regierung wird dem *Familien*

Marie Bauscher

geboren zu *Frankfurt am 15. Juli 1852.*

und *28* Jahre alt, zum Zwecke des Aufenthalts in den *Königreich*
Sachsen-Anhaltens Staaten hierdurch bescheinigt, daß derselbe und
zwar durch *Elternschaft* die Eigenschaft als Preuze besitzt.

Cassel, den *12*^{ten} *Juli* 1881.



Königlich Preussische Regierung.

Obstföhrung von Jansen.

Jansen

Niedriggepostigt im Ministerium der Königlich Preussischen Regierung.

Frankfurt am 12. Juli 1881.

Der Königlich Preussische Landrath

Black

26. J. Aug.



ANHANG B.0:

ZEITUNGSANNONCE DR. LANDERERS (AUS DEM JAHR 1892).

Kennenburg bei Esslingen am Neckar.

Heilanstalt für weibliche Seelengestörte aus vermögenden und gebildeten Ständen.



Besteht seit 1845.

Bestimmt f. höchstens
—o 40 Kranke. o—

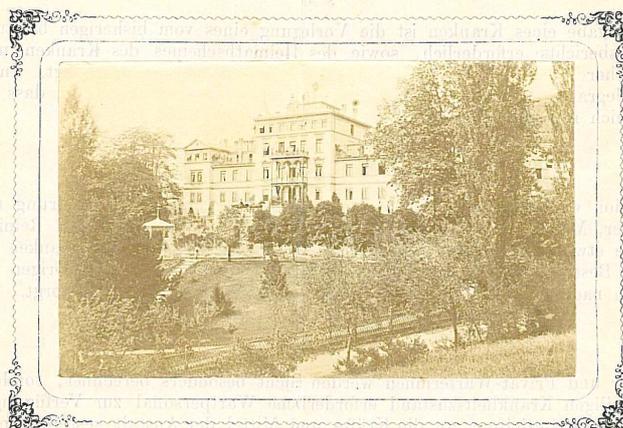
Zwei Aerzte.

Der Unterzeichnete bringthiermit ergebenst zur öffentlichen Kenntnis, dass in seiner Heilanstalt von jetzt an **nur noch weibliche Kranke** Aufnahme finden. — Epileptische Kranke sind nach wie vor von der Aufnahme ausgeschlossen. Ausführliche Prospekte stehen zu Diensten.

Dr. Paul Landerer, Direktor der Heilanstalt
Kennenburg (Württbg.). (326)

ANHANG B.1:

Erster Anstaltsprospekt Dr. Landerers (wahrscheinlich Mitte der 1880er Jahre). Erste Seite



Kenneburg,

Heilanstalt für Geisteskranke von Dr. Paul Landerer.

Die Anstalt liegt — ganz isolirt — in einem kleinen Seitenthale des Neckarthals, $\frac{1}{2}$ Stunde von Esslingen entfernt, welche Stadt mit Stuttgart durch täglich mindestens 12malige Eisenbahnverbindung in schnellem und leichtem Verkehr steht — in reizender und gesunder Gegend, am Abhang eines hohen, oben mit Wald bestandenen Rebhügels, mit schönster Aussicht auf die nachbarlichen, bergigen Gelände, das Neckarthal und im Hintergrund den Höhenzug der schwäbischen Alb, mit der Hauptfront gegen Süden gerichtet, gegen Ost- und Nordwind geschützt, eines seltenen Reichthums besten Quellwassers sich erfreuend.

Seit 1845 bestehend, ist die Anstalt im Frühjahr 1876 in den Besitz des Unterzeichneten übergegangen und von demselben im Spätjahr 1877 wieder eröffnet worden. Durchgreifende zeitgemässe Verbesserungen und Verschönerungen des Anwesens im Allgemeinen und der Anstalt im Besondern haben dem Ganzen in äusserem Ansehen und in innerer Einrichtung eine wesentlich neue Gestalt gegeben.

Die Anstalt erfüllt die Aufgabe, Kranke beiderlei Geschlechts, von jedem Grad und jeder Art von Seelenstörung, jedoch vorzugsweise **heilbare**, aufzunehmen, welche neben unansetzter ärztlicher Behandlung und Beaufsichtigung einer kürzeren oder längeren Entfernung aus der Familie bedürfen. Ausgeschlossen sind Epileptische. Die Maximalzahl beträgt 40 Kranke.

ANHANG B.2:

Erster Anstaltsprospekt Dr. Landerers (wahrscheinlich Mitte der 1880er Jahre). Zweite Seite

Aufnahme-Bedingungen.

§ 1.

Bei der Uebergabe eines Kranken ist die Vorlegung eines vom bisherigen behandelnden Arzte ausgefertigten Krankheitsberichts erforderlich, sowie des Heimathscheines des Kranken und einer Urkunde, worin dessen gesetzlicher Vertreter die Aufnahme in die hiesige Anstalt beantragt. In dringenden Fällen können Kranke auf telegraphische Anfrage hin aufgenommen werden, vorausgesetzt, dass die oben erwähnten Aufnahmebelege zugleich mit der Einlieferung des Kranken beigebracht werden.

§ 2.

Für die Pension wird Alles gewährt, was zur Pflege, Behandlung, Erheiterung u. s. w. der Kranken erforderlich ist. Bäder, Medikamente, Getränke, Benützung der Anstalts-Equipage, Reinigen und Ausbessern der Leibwäsche, sowie etwaige Beschädigungen des Anstaltsmobiliars durch die Kranken sind in die Pension mit einbegriffen. Die Beschaffung der Garderobe der Kranken wird deren Angehörigen überlassen und nur auf speciellen Wunsch nach gegenseitiger Uebereinkunft von der Anstalt aus besorgt.

§ 3.

Privat-Wärter und Privat-Wärterinnen werden nicht besonders berechnet, sondern jedem Kranken das für seinen zeitweiligen Krankheitszustand erforderliche Wartpersonal zur Verfügung gestellt und nur aussergewöhnliche in dieser Beziehung an die Kräfte und Mittel der Anstalt gestellte Anforderungen werden für den Einzelfall durch einen entsprechend höheren Pflegesatz (s. § 9) ausgeglichen.

§ 4.

Für Werthgegenstände (Uhren, Ringe u. s. w.), welche die Kranken in Benützung haben, kann von Seiten der Anstalt eine Garantie nicht übernommen werden.

§ 5.

Bezüglich der Correspondenz und der Besuche bei den Kranken behält sich die Direction die für den Einzelfall nöthigen Anordnungen vor.

§ 6.

Tritt ein Kranker genesen oder auf Rath der Direction hin aus der Anstalt, ebenso im Fall des Todes, wird die Pension nur bis zum Tag des Austritts aus der Anstalt berechnet. In allen anderen Fällen muss der Austritt einen Monat zuvor angemeldet werden.

§ 7.

Auf vorgängige Anmeldung wird zur Abholung von Kranken die Equipage am Bahnhof in Esslingen bereit gehalten.

§ 8.

Der niedrigste Pensionspreis beträgt monatlich 150 M. Die Pensionszahlungen werden pränumerando erbeten.

§ 9.

Die Direction behält sich vor, je nach den verschiedenen Verhältnissen, Bedürfnissen und Ansprüchen der einzelnen Kranken mit den Angehörigen derselben entsprechend höhere Pflegesätze zu vereinbaren.



ANHANG B.3:

Zweiter Anstaltsprospekt Dr. Landerers (wahrscheinlich aus dem Jahr 1900). Erste Seite

HEILANSTALT
KENNENBURG
BEI ESSLINGEN A. N.
für psychische Kranke weiblichen Geschlechts.

Post-, Eisenbahn- und Telegraphen-Station Esslingen a. N. (Württemberg).

Telephonische Rufnummer 197.

Besitzer: HOFRAT DR. LANDERER.

—*—

Die Anstalt liegt — ganz isoliert — in einem kleinen Seitenthale des Neckar-
thals, in reizender und gesunder Gegend, am Abhang eines hohen, oben mit
Wald bestandenem Rebenthale, mit schönster Aussicht auf die nachbarlichen bergigen
Gelände, das Neckarthal und im Hintergrund den Höhenzug der Schwäbischen Alb,
die Hauptfront gegen Süden gerichtet, gegen Ost- und Nordwind geschützt, eines
seltenen Reichthums des besten Quellwassers sich erfreuend.

Kennenburg ist eine halbe Stunde von Esslingen entfernt. Diese Stadt ist
Haltepunkt aller Züge und steht mit dem nahen Stuttgart — über Cannstatt --
durch täglich etwa 40malige Eisenbahnverbindung, je in beiderlei Richtung, in
schnellem und leichtem Verkehr.

Die Anstalt besteht seit 1845 und ist seit 1875 im Besitze des Unterzeichneten.
Sie entspricht nach ihrer baulichen Anlage und inneren Einrichtung allen Ansprüchen
Kranker besserer Stände. — Sie setzt sich zusammen aus zwei je für sich ab-

ANHANG B.4:

Zweiter Anstaltsprospekt Dr. Landerers (wahrscheinlich aus dem Jahr 1900). Zweite Seite

geschlossenen Abteilungen, einer grösseren, das Hauptgebäude für ruhige Kranke, und das mit diesem verbundene Nebengebäude für überwachungsbedürftige Kranke, sowie einen Pavillon, zur Aufnahme von Kranken, deren Zustand eine möglichst freie Verpflegung gestattet, in sich schliessend, und einer kleineren, die Gebäulichkeiten für eine zwar nicht umfangreiche, aber möglichst vollständige Oekonomie enthaltend.

Die Anstalt erfüllt die Aufgabe, Kranke weiblichen Geschlechts jeden Grades und jeder Art der Seelenstörung, jedoch vorzugsweise heilbare, aufzunehmen, welche neben unausgesetzter ärztlicher Behandlung und Beaufsichtigung einer kürzeren oder längeren Entfernung aus der Familie bedürfen. — Ausgeschlossen sind Epileptische. — Durch die Beschränkung der früher für beide Geschlechter bestimmten Anstalt auf das weibliche Geschlecht glaubt der Unterzeichnete nicht zu unterschätzende Vorteile für die der Anstalt anvertrauten Kranken geschaffen zu haben.

Die Höchstzahl beträgt 40 Kranke.

Die Behandlung beruht bei sorgfältiger Individualisierung auf allgemein anerkannten therapeutischen Grundsätzen, die, ebenso wie Medikamente, neben der psychischen Behandlung, welche das grösstmögliche Mass von Freiheit erstrebt, ganz nach Massgabe des Krankheitsfalls ihre Anwendung finden.

Ausserdem wird besonderes Gewicht gelegt auf reichliche Ernährung, auf energische Muskelthätigkeit, zweckmässige Beschäftigung und möglichst viele Bewegung im Freien, zu welcher der grosse parkartige Garten und zahlreiche Spaziergänge in der näheren und weiteren Umgebung reiche Gelegenheit bieten.

Der Unterhaltung der Kranken dienen zahlreiche Spielplätze in den Anlagen, Kegelbahn, Musik-, Spiel- und Lesezimmer, sowie eine sehr reichhaltige Bibliothek.

Sorgfältig gepflegt wird das gesellige Leben der Anstaltsbewohner; zur Teilnahme an demselben — im Anschluss an die Aerzte — werden alle Kranken, deren Zustand es gestattet, herangezogen.

Die allgemein menschliche Fürsorge für die Pflegebefohlenen hat die Wahrheit zur Grundlage.

Für das religiöse Bedürfnis der Kranken, soweit sie die nahegelegenen Kirchen nicht besuchen können, sorgen die Geistlichen aller Konfessionen. Ausserdem wird regelmässig Hausandacht gehalten.

Der Verkehr mit der Aussenwelt geschieht in allen Anstaltsangelegenheiten durch die Direktion. Geschäftliche Mitteilungen sind an die Verwaltung zu richten.

Beide Aerzte wohnen in der Anstalt.



ANHANG B.5:

Zweiter Anstaltsprospekt Dr. Landerers (wahrscheinlich aus dem Jahr 1900). Dritte Seite

Aufnahme-Bedingungen.

§ 1.

Zur Aufnahme in die Anstalt sind laut Ministerialverfügung vom 18. Nov. 1899 folgende Nachweise erforderlich:

1. ein Geburts- oder Taufschein des Kranken.
2. ein Zeugnis des Gemeinderats, bei Nicht-Württembergern der Ortspolizeibehörde des bisherigen Wohnorts des Kranken über den Stand und die Familienverhältnisse des Aufzunehmenden und über die Thatsache des gestörten Geisteszustandes desselben. In unbedenklichen Fällen kann durch das Medizinalkollegium die Beibringung dieses Zeugnisses nachgelassen werden.
3. die auf persönlicher Untersuchung beruhende Beurkundung und Beschreibung der Geistesstörung, ihrer Art und bisherigen Dauer durch einen approbierten deutschen Arzt, und zwar, wenn der Kranke in ärztlicher Behandlung gestanden ist, durch denjenigen Arzt, welcher die Behandlung geleitet hat.
4. eine amtlich beglaubigte Urkunde, in welcher die nächsten Angehörigen des Kranken, sowie der Vormund, falls ein solcher aufgestellt ist, ihre Zustimmung zur Aufnahme „in die Heilanstalt Kennenburg“ erklären und sich für die Bezahlung der Kosten verbindlich machen.

Ausserdem ist bei allen Ausländern, nicht aber bei Angehörigen des Deutschen Reichs, ein Heimatschein erforderlich.

Bei volljährigen Kranken, deren Aufnahme auf ihren eigenen Wunsch erfolgt, kann, wenn sie diesen vor dem Leiter der Anstalt zu Protokoll geben und unterschriftlich bestätigen, von der Beibringung der oben genannten Belege mit Ausnahme des Geburts- oder Taufscheins Umgang genommen werden.

§ 2.

Für die Pension wird — unter Ausschluss jeder Nebenrechnung — alles gewährt, was zur Pflege, Behandlung, Erheiterung u. s. w. der Kranken erforderlich ist. Bäder, Medikamente, Getränke, Benützung der Anstaltsequipe, Reinigung und Ausbesserung der Leibwäsche, sowie etwaige Beschädigungen des Anstalts-Mobiliars durch die Kranken sind in die Pension inbegriffen

Privatwärterinnen werden nicht besonders berechnet, sondern jeder Kranken das für ihren zeitweiligen Geisteszustand erforderliche Wartepersonal zur Verfügung gestellt, und nur aussergewöhnliche in dieser Beziehung an die Kräfte und Mittel der Anstalt gestellte Anforderungen werden für den Einzelfall durch einen entsprechend höheren Pflegesatz ausgeglichen. Ebenso wird in Fällen von sonstigen die obigen Bestimmungen überschreitenden Ansprüchen und Erfordernissen besondere Vereinbarung vorbehalten. — Aertzliche Gutachten, Atteste, Konsultationen mit anderen Aerzten, chirurgische, gynäkologische u. s. w. Operationen werden besonders berechnet.

Der Pensionspreis wird unter Zugrundlegung eines Minimal-Pensionssatzes von M. 200. — für den Monat — den verschiedenen Verhältnissen, Bedürfnissen und Ansprüchen der einzelnen Kranken entsprechend — mit den Angehörigen vereinbart.

ANHANG B.6:

Zweiter Anstaltsprospekt Dr. Landerers (wahrscheinlich aus dem Jahr 1900). Vierte Seite

Die Pensionszahlungen werden entweder monatlich oder vierteljährlich pränumerando erbeten.

§ 3.

Von den Effekten der Kranken wird beim Eintritt ein genaues Inventar aufgenommen, für dessen Instandhaltung und Regelung nach Abgang oder Zugang die Anstalt besorgt ist, ohne eine eigentliche Haftpflicht dafür zu übernehmen, wie sie auch für Wertgegenstände (Uhren, Ringe u. s. w.), welche die Kranken in Benützung haben, eine Garantie nicht leistet.

Die Beschaffung der Garderobe der Kranken wird deren Angehörigen überlassen und nur auf speziellen Wunsch nach gegenseitiger Uebereinkunft von der Anstalt besorgt.

§ 4.

Der Eintritt einer Kranken schliesst die Bedingung eines mindestens einmonatlichen Aufenthalts derselben in der Anstalt in sich. Der Austritt einer Kranken muss einen Monat zuvor angemeldet werden. In denjenigen Fällen, in welchen eine Kranke genesen oder auf Rat der Direktion hin die Anstalt verlässt, ebenso bei Todesfällen wird die Pension auf den Tag berechnet.

§ 5.

Besuche bei Kranken wollen nur auf schriftliche Anfragen, nicht an Sonn-, Fest- und Feiertagen und womöglich nur nachmittags gemacht werden.

Angehörige der Kranken, die zum Besuch eintreffen, entrichten an die Anstaltskasse die für ihre etwaige Verpflegung erwachsenden Kosten nach den dafür aufgestellten Normen. — Der Verkehr der Kranken mit der Aussenwelt geschieht durch die Direktion. Sämtliche Korrespondenzen werden „an die Direktion“ erbeten.

§ 6.

Auf vorhergehende Anmeldung wird zur Abholung von Kranken oder Besuchen — für deren Rechnung — der Wagen am Bahnhof in Esslingen bereit gehalten. — Die Abholung wie die Begleitung der Kranken kann auf Wunsch von seiten der Anstalt ausgeführt werden.

§ 7.

Das Dienst- und Wartpersonal ist zur Abführung etwaiger Gaben an die unter Aufsicht der Direktion stehende gemeinschaftliche Kasse strengstens verpflichtet, weshalb solche dieser direkt übergeben werden wollen.

§ 8.

Durch die Uebergabe der Kranken an die Anstalt sprechen die Angehörigen die Anerkennung der in vorstehenden Paragraphen enthaltenen Bedingungen aus.

Dr. R. Krauss,

Hofrat Dr. P. Landerer.

früher:

Assistenzarzt in Kennenburg, a. d. grossherzoglich
hess. Landes-Irrenanstalt Heppenheim a. d. B. und d.
psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg.

ANHANG D.0:

Auszug aus der Krankentabelle von 1886

Num. Krank. Nr.	Name des Erkrankten	Alter	Stand	Ort	Zeitpunkt	Name des ärztlichen Besizers	Name des Erkrankten	Art der Krankheit	Beginn	Ende	Art der Krankheit	Art der Krankheit
37. 106	Kiefe, Henck.	34	Landw.	Landw.	31. Aug.	Dr. Kiefe	Henck	Cholera	24. Mai 1886	31. Juli 1886	Cholera	Cholera
38. 107	Thaller, Gustav	51	Landw.	Landw.	1. Sept.	Dr. Thaller	Thaller	Cholera	1. Sept. 1886	31. Juli 1886	Cholera	Cholera
39. 108	Valz, Olyp	37	Landw.	Landw.	31. Aug.	Dr. Valz	Valz	Cholera	1. Sept. 1886	31. Juli 1886	Cholera	Cholera
40. 109	Cyprien, Louis	34	Landw.	Landw.	31. Aug.	Dr. Cyprien	Cyprien	Cholera	1. Sept. 1886	31. Juli 1886	Cholera	Cholera
41. 140	Lenner, Jule	26	Landw.	Landw.	26. Aug.	Dr. Lenner	Lenner	Cholera	1. Sept. 1886	31. Juli 1886	Cholera	Cholera
42. 141	Förklin, Gustav	67	Landw.	Landw.	6. Sept.	Dr. Förklin	Förklin	Cholera	1. Sept. 1886	31. Juli 1886	Cholera	Cholera
43. 142	Reinhart, Gustav	44	Landw.	Landw.	4. Sept.	Dr. Reinhart	Reinhart	Cholera	1. Sept. 1886	31. Juli 1886	Cholera	Cholera
44. 143	Beuer, von Maria	26	Landw.	Landw.	26. Aug.	Dr. Beuer	Beuer	Cholera	1. Sept. 1886	31. Juli 1886	Cholera	Cholera
45. 144	Steckberger, Max	40	Landw.	Landw.	40. Aug.	Dr. Steckberger	Steckberger	Cholera	1. Sept. 1886	31. Juli 1886	Cholera	Cholera

ANHANG D.1:

Stichprobe der 117 Frauen (1876 bis 1907)

Nr.	Name	Ort	Stand	Alter	Tage	BMI Aufnahme	BMI Entlassung
831	Aird, Isabel	Tübingen	ledig	19	1421	20,72	20,87
884	Bangratz, Wilhelmine	Landau (Pfalz)	ledig	48	1708	23,14	22,91
814	Bantel, Luise	Köngen	verheiratet	29	22	19,17	19,17
743	Bauer, Eva Maria	München	verheiratet	26	98	/	/
848	Becker, Elisabeth	Karlsruhe	ledig	23	101	21,74	22,23
858	Becker, Elisabeth	Karlsruhe	ledig	24	421	22,71	23,27
985	Benecke, Elfriede	Strassburg i.B.	ledig	20	2818	/	/
919	Benzinger-Wahlmann, Eleonore	Stuttgart	verheiratet	57	30	22,13	21,58
899	Bloest, Emma	Zürich	verwitwet	73	267	24,88	21,48
896	Bloest, Helene	Ulm	ledig	52	260	20,69	21,99
822	Braakmann, Emilie	Ulm	verwitwet	74	58	17,57	17,33
917	Braun, Klara	Metzingen	verheiratet	26	182	24,03	24,84
666	Brintzinger, Lina	Esslingen	ledig	22	90	20,07	21,25
820	Bühler, Kathi	Cannstatt	ledig	20	92	20,06	17,17
803	Calmbach, Marie	Karlsruhe	verheiratet	44	222	24,52	24,41
961	Christ, Luise	Darmstadt	verheiratet	42	109	25,39	29,97
786	De Knocke v. d. Meulen, Johanna Katharina	Utrecht	verwitwet	56	158	29,82	29,56
767	Deurer, Sophie	Darmstadt	verwitwet	65	213	/	/
1049	Dornfeld, Maria	Birkach (bei Stuttgart)	ledig	28	359	17,48	18,11
874	Doscher, Elisabeth	New York	verwitwet	56	76	18,42	19,33
672	Euler, Auguste	Worms	verheiratet	39	2579	23,49	17,88
440	Fischer, Amalie	Stuttgart	verheiratet	49	68	/	/
941	Fleischhauer, Sofie	Stuttgart	ledig	50	7842	/	/
757	Frank, Christine	Pforzheim	verheiratet	52	250	31,83	25,93
965	Frankfurter, Anna	Stuttgart	ledig	23	158	25,08	24,13
925	Geldart, Marie Charlotte	Norbiton (bei London)	ledig	28	322	13,59	22,43
992	Glück, Eleonore	Bregenz	verheiratet	50	136	23,24	27,13
939	Gottschick, Elisabeth	Tübingen	ledig	26	516	25,32	23,53
967	Gräff, Luise	Karlsruhe	ledig	32	327	18,18	23,01
972	Greif, Sarah	Pforzheim	verheiratet	41	40	20,08	20,99

Nr.	Name	Ort	Stand	Alter	Tage	BMI Aufnahme	BMI Entlassung
892	Haegler-Passavant, Emilie	Basel	verheiratet	27	78	15,78	20,35
1036	Hafen, Elisabeth	Neustadt a.d. Haardt	verwitwet	48	2111	18,08	14,38
999	Haffner, Anna	Feuerbach	verheiratet	33	83	20,45	23,53
881	Hafner, Albertine	Emmendingen i.B.	verheiratet	53	125	26,51	25,52
653	Hagen, Mina	Frankfurt a.M.	ledig	32	122	/	/
990	Haidlen, Thekla	Stuttgart	ledig	42	71	28,55	29,26
998	Haidlen, Thekla	Stuttgart	ledig	43	248	28,71	30,08
1026	Haidlen, Thekla	Stuttgart	ledig	44	71	30,08	29,88
776	Harnier, Friederike	Frankfurt a.M.	ledig	80	1977	/	/
854	Hassler, Magdalena	Karlsruhe	verwitwet	48	82	34,81	34,08
610	Heinrich, Clara	Mainz	verheiratet	39	629	23,02	22,9
947	Hermann, Anna	Cannstatt	verwitwet	76	2830	22,94	30,51
748	Hernsheim, Therese	Darmstadt	verheiratet	64	632	18,57	17,4
889	Heydweiller, Wilhelmine	Konstanz	verheiratet	32	605	17,05	18,25
1059	Hirschhorn, Julie	Bonn	verwitwet	61	453	30,13	30,36
751	Hochstätter, Elisabeth	Darmstadt	ledig	14	365	17,65	23,66
962	Homberger, Pauline	Mannheim	verheiratet	53	61	28,78	27,85
1021	Jakobi, Gertrud	Cannstatt	ledig	59	275	21,59	24,22
828	Jaritz, Mathilde	Stuttgart	ledig	33	62	18,96	18,21
1047	Keller, Adele	Cannstatt	verwitwet	55	139	21,63	22,43
493	Kellermann, Marie	Freiburg in Baden	verwitwet	52	1439	18,31	21,44
866	Kettner, Lisette	Biberach	verheiratet	52	185	19,95	19,19
974	Kleiner, Viva	Mödling bei Wien	verheiratet	45	183	/	/
703	Klingenburg, Marie	Ludwigshafen	ledig	21	281	20,61	23,11
976	Knewitz, Anna	Appenheim (Rheinh.)	ledig	18	206	20,37	25,02
1043	Knewitz, Anna	Appenheim (Rheinh.)	ledig	22	282	21,72	17,91
806	Kobylinski, Anna	Pforzheim	verheiratet	27	128	17,63	18,31
978	König, Elise	Berlin	verwitwet	50	572	29,67	32,04
882	Kopp, Anna	Stuttgart	ledig	39	282	22,19	23,61
921	Körner, Anna	Basel	ledig	25	210	20,49	20,97
577	Kötzle, Elise	Stuttgart	ledig	20	46	/	/
704	Kraut, Marie	Künzelsau	ledig	26	131	18,43	18,11

Nr.	Name	Ort	Stand	Alter	Tage	BMI Aufnahme	BMI Entlassung
745	Krieger, Bertha	Pforzheim	ledig	19	122	14,98	18,27
593	Kübler, Elise	Cannstatt	verheiratet	24	250	22,77	20,32
698	Laist, Barbara	Mainz	ledig	23	660	19,19	18,6
762	Link, Pauline	Heilbronn	verheiratet	55	652	30,59	30,39
893	Löffler, Emilie	Pforzheim	verheiratet	34	59	23,2	22,34
1000	Ludwig, Luise	Wangen	verheiratet	24	28	28,93	29,59
877	Lutz, Elisabeth	Pforzheim	verheiratet	35	44	19,63	19,75
1029	Maier, Emilie	Mannheim	verheiratet	25	89	19,95	24,67
922	Maier, Emma	Stuttgart	ledig	30	439	25,52	26,15
765	Matterstock, Karoline	Würzburg	verheiratet	24	211	19,4	26,64
857	Mombert, Helene	Karlsruhe	verheiratet	51	183	27,12	23,46
1024	Mönch, Luise	Herrenalb	verwitwet	67	81	24,34	26,1
1003	Mössner, Pauline	Stuttgart	ledig	31	83	25,22	25,2
1028	Mössner, Pauline	Stuttgart	ledig	33	9	31,93	31,93
903	Müller, Hedwig	Kassel	ledig	36	149	22,57	25,52
1022	Neeff, Martha	Stuttgart	verheiratet	63	459	22,67	28,67
473	Oppenheimer, Amalie	Heidelberg	verheiratet	23	629	/	/
501	Parcus, Margarethe	Darmstadt	verwitwet	49	11012	19,62	16,58
966	Pfänder, Thekla	Plattenhardt (Kr. Eßl.)	ledig	23	50	17,31	18,4
894	Pfeiffer, Bertha	Heilbronn	verheiratet	48	214	26,27	26,12
905	Pfund, Christiane	Cannstatt	verwitwet	57	115	31,56	32,39
936	Pink, Barbara	Bobenheim a. Rhein	verwitwet	49	51	23,22	24,17
832	Praetzel, Agnes	Breslau	verwitwet	40	584	16,29	18,5
740	Renner, Helene	Pforzheim	ledig	26	137	19,38	20,29
1038	Rocholl, Marie	Bonn	ledig	45	70	21,95	22,57
1053	Rosenheim, Anna	Wiesbaden	verheiratet	31	159	23,81	26,19
1046	Rosenstock, Elsa	Freiburg i.B.	verheiratet	27	241	21,91	23,12
924	Rotzinger, Amalie	Freiburg i.B.	verheiratet	58	206	23,22	24,55
836	Rückrich, Catharina	Flonheim (Rheinl.)	verwitwet	53	1047	21,14	18,9
846	Sachs, Ernestine	Warschau	verheiratet	26	428	20,07	11,94
1019	Scharpinet, Elisabeth	Mannheim	ledig	32	80	17,94	21,6
838	Schmidt, Anna	München	verheiratet	27	700	19,55	19,35

Nr.	Name	Ort	Stand	Alter	Tage	BMI Aufnahme	BMI Entlassung
835	Scholder, Johanna	Alpirsbach	ledig	25	257	17,22	17,44
1001	Schöner, Clara	Rom	verheiratet	65	424	27,47	27,97
901	Schöner, Clara	Rom	verheiratet	60	308	27,83	27,19
867	Schück, Anna	Eberbach	verheiratet	42	57	21,22	20,93
598	Schwenk, Julie	Esslingen	verwitwet	52	137	23,83	21,35
582	Seybold, Sophie	Landau (Pfalz)	verheiratet	29	204	27,74	25,07
923	Sieger, Olga	Stuttgart	verheiratet	53	284	20,22	18,66
1023	Sigle, Mathilde	Pforzheim	verheiratet	69	1503	28,19	35,88
946	Sixt, Sofie	Urach	verwitwet	60	248	25,32	29,09
1018	Spannagel, Erna	Mannheim	verheiratet	36	22	18,4	20,19
1015	Tezer, Emma	Zuffenhausen	ledig	29	61	20,61	22,07
920	von Gayette, Helene	Heidelberg	ledig	33	394	16,83	18,25
686	von Harold, Marie	München	ledig	38	66	/	/
833	von Lepel, Emilie	München	verwitwet	52	1922	/	/
463	von Müldenstein, Sofie	Stuttgart	verwitwet	56	1577	/	/
439	Wächter, Natalie	Stuttgart	verheiratet	39	74	/	/
638	Weikel, Carola	Salzburg	ledig	28	72	20,45	19,82
1051	Weisser, Anna	Stuttgart	verheiratet	42	103	18,37	21,3
955	Weisser, Anna	Stuttgart	verheiratet	37	170	19,28	20,57
984	Wolff, Amalie	Darmstadt	ledig	28	119	25,26	26,18
875	Wolff, Ottilie	Ellwangen	ledig	50	183	20,48	23,45
968	Wollsiffer, Katharine	Börrstadt (Pfalz)	verwitwet	58	43	22,98	25,39
982	Zimmer, Elisabeth	Heidelberg	ledig	22	193	13,61	19,85

Literatur

Aktuelle Literatur

Ackerknecht, Erwin H. (1985):

Kurze Geschichte der Psychiatrie. 3., verbesserte Auflage, Stuttgart.

Ankele, Monika (2009):

Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn, Wien.

Ankele, Monika (2008):

Begrenzter Raum. Das Bett in der Frauenpsychiatrie um 1900, in: Zeitschrift für Kulturwissenschaften, Bielefeld, 17-28.

Aronson, Elliot et al. (2004):

Sozialpsychologie. 4., aktualisierte Auflage, München.

Beddies, Thomas & Dörries, Andrea (1999):

Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin: 1919-1960, Husum.

Beddies, Thomas (2002) [Tagungsbericht]:

Zur Methodologie der wissenschaftlichen Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten, in: Hirschmüller, Albrecht & Moses, Annett (Hrsg.): Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“. Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung, Vorträge einer Internationalen Tagung, Tübingen, 04.-05.10.2002.

Best, Heinrich & Schröder, Wilhelm Heinz (1988):

Quantitative historische Sozialforschung, in: Meier, Christian & Rösen, Jörn (Hrsg.): Historische Methode, aus der Reihe: Theorie der Geschichte. Beiträge zur Historik, Bd. 5, München, 235-266.

Blasius, Dirk (1994):

Einfache Seelenstörung. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945, Frankfurt a. M.

Blöcker, Karsten (2005):

Christian Buddenbrook zur Kur in Bad Boll, Bad Cannstatt und Esslingen, aus der Reihe: Spuren, Heft 71, Deutsche Schillergesellschaft Marbach am Neckar.

Bortz, Jürgen (2005):

Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, 6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage, Heidelberg.

Brandmeyer, Rudolf (2001):

Wahnsinn, in: Kleiner, Marcus S. (Hrsg.): Michel Foucault. Eine Einführung in sein Denken, Frankfurt a.M., 40-59.

Brink, Cornelia (2010):

Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980, Göttingen.

Brink, Cornelia (2002):

»Nicht mehr normal und noch nicht geisteskrank...«. Über psychopathologische Grenzfälle im Kaiserreich, in: Werkstatt Geschichte, 33, 22-44.

Burkhardt, Marga Maria (2003):

Krank im Kopf. Patienten-Geschichten der Heil- und Pflegeanstalt Illenau 1842-1889, Diss., Freiburg i.Br.

Domeyer, Kaspar (2004):

Binswangers Privatklinik Bellevue 1886-1890, Diss., Tübingen.

Eckart, Wolfgang U. (2000):

Vom Wahn zum Wahnsinn. Anmerkungen zur Ideengeschichte des Wahnsinns, in: Leopold, Silke & Speck, Agnes (Hrsg.): Hysterie und Wahnsinn, (Heidelberger Frauenstudien, Bd. 7), Heidelberg, S. 10-30.

Engstrom, Eric J. & Roelcke, Volker (2003):

Die ‚alte Psychiatrie‘? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert, in: Engstrom, Eric J. & Roelcke, Volker (Hrsg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum, Basel, 9-25.

Ewald, François (1991):

Eine Macht ohne Draußen, in: Ewald, François & Waldenfels, Bernhard (Hrsg.): Spiele der Wahrheit. Michel Foucaults Denken. Frankfurt a.M., 163-170.

Fischer, Anei (2004):

Binswangers Anstalt Bellevue 1891-1895, Diss., Tübingen.

Foucault, Michel (1969/2010):

Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Neuauflage, Geringfügig gekürzte Ausgabe, Frankfurt a.M.

Foucault, Michel (1991):

Andere Räume, in: Barck, Karlheinz (Hrsg.): Aisthesis. Wahrnehmung heute oder Perspektiven einer anderen Ästhetik. Essays, Leipzig, 34-46.

Goffman, Erving (1973/2011):

Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Neuauflage, Frankfurt a.M.

Habermas, Rebekka (2000):

Rituale des Gefühls. Die Frömmigkeit des protestantischen Bürgertums, in: Hettling, Manfred & Hoffmann, Stefan-Ludwig (Hrsg.): Der bürgerliche Wertehimmel. Innenansichten des 19. Jahrhunderts, Göttingen 169-191.

Häfner, Heinz (2008):

Ein König wird beseitigt. Ludwig II. von Bayern, München.

Hähner-Rombach, Sylvelyn (1995):

Arm, weiblich- wahnsinnig? Patientinnen der Königlichen Heilanstalt Zwiefalten im Spiegel der Einweisungsgutachten von 1812-1871, Zwiefalten.

Heise, Elke (2000):

Sind Frauen mitgemeint? Eine empirische Untersuchung zum Verständnis des generischen Maskulinums und seiner Alternativen, in: Sprache und Kognition, 19, 3-13.

Hettling, Manfred (2000):

Die persönliche Selbständigkeit. Der archimedische Punkt bürgerlicher Lebensführung, in: Hettling, Manfred & Hoffmann, Stefan-Ludwig (Hrsg.): Der bürgerliche Wertehimmel. Innenansichten des 19. Jahrhunderts, Göttingen 57-78.

Hettling, Manfred & Hoffmann, Stefan-Ludwig (2000):

Zur Historisierung bürgerlicher Werte, in: Hettling, Manfred & Hoffmann, Stefan-Ludwig (Hrsg.): Der bürgerliche Wertehimmel. Innenansichten des 19. Jahrhunderts, Göttingen 7-21.

Höll, Thomas & Schmidt-Michel, Paul-Otto (1989):

Irrenpflege im 19. Jahrhundert. Die Wärterfrage in der Diskussion der deutschen Psychiater, in: Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie, Bd. 44, Bonn.

Hoffmann-Richter, Ulrike & Finzen, Asmus (1998):

Die Krankengeschichte als Quelle. Zur Nutzung der Krankengeschichte als Quelle für Wissenschaft und psychiatrischen Alltag, in: BIOS, Zeitschrift für Biographieforschung, oral history und Lebensverlaufsanalysen, 2, 280-297.

Irmen, Lisa & Steiger, Vera (2005):

Zur Geschichte des Generischen Maskulinums.

Sprachwissenschaftliche, sprachphilosophische und psychologische Aspekte im historischen Diskurs, in: Zeitschrift für germanische Linguistik, 33, 212-235.

Jacobs Brumberg, Joan (1994):

Todeshunger. Die Geschichte der Anorexia nervosa vom Mittelalter bis heute, Frankfurt/ M.

Kaufmann, Doris (1995):

Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung“ der Psychiatrie in Deutschland, 1770-1850, Göttingen.

Kenner, Eberhard (1991):

Kennenburg in alten Ansichten, Zaltbommel/ Niederlande. [Stadtarchiv Esslingen]

Krauß, Paul (1940):

Kennenburg 1840-1940. Die Geschichte einer Privatanstalt für Nerven- und Gemütskranke während eines Jahrhunderts, Esslingen. [Stadtarchiv Esslingen]

Krauß, Paul & Landerer, Werner (1952):

Das Christophsbad Göppingen. Entwicklung einer Privatkrankenanstalt in hundert Jahren, Tübingen.

Lang, Stefan (2002):

150 Jahre Christophsbad Göppingen, Göppingen.

Leibrock, Ellen (1998):

Die medikamentöse Therapie psychisch Kranker in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Eine Untersuchung am Beispiel der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster, aus der Reihe: Monographien zur Geschichte der Pharmazie, Bd. 1, Diss., Heidelberg.

Leven, Karl-Heinz (1998):

Krankheiten. Historische Deutung versus retrospektive Diagnose, in: Paul, Norbert & Schlich, Thomas (Hrsg.): Medizingeschichte. Aufgaben, Probleme, Perspektiven, Frankfurt a. M., 153-185.

Meier, Marietta et al. (2007):

Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970, Zürich.

Moses, Annett (2002) [Tagungsbericht]:

Das Tübinger Projekt zur Erschließung und Auswertung der Krankengeschichten des Binswanger-Archivs. Methoden und Ergebnisse Teil I und II, in: Hirschmüller, Albrecht & Moses, Annett (Hrsg.): Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“. Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung, Vorträge einer Internationalen Tagung, Tübingen, 04.-05.10.2002.

Moses, Annett & Hirschmüller, Albrecht (2004):

Binswangers Psychiatrische Klinik Bellevue in Kreuzlingen. Das »Asyl« unter Ludwig Binswanger Sen. 1857-1880, Frankfurt.

Nolte, Karen (2003):

Gelebte Hysterie. Erfahrungen, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltalltag um 1900, Frankfurt.

Nolte, Karen (2006) [Tagungsbericht]:

Querulantenwahnsinn – »Eigensinn« oder »Irrsinn«, in: Nolte, Karen & Fangerau, Heiner (Hrsg.): »Moderne« Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik. Ergebnisse der Tagung Herbst 2004 in Göttingen, (MedGG, Beiheft 26), Stuttgart, 395-410.

Payk, Theo R. (2010):

Psychopathologie. Vom Symptom zur Diagnose, 3. Auflage, Heidelberg.

Radkau, Joachim (1998):

Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler, München.

Roelcke, Volker (2003):

Unterwegs zur Psychiatrie als Wissenschaft: Das Projekt einer »Irrenstatistik« und Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Klassifikation, in: Engstrom, Eric J. & Roelcke, Volker (Hrsg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum, Basel, 169-188.

Roth, Angela (1999):

Würdig einer liebevollen Pflege. Die württembergische Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert, Zwiefalten.

Rotzoll, Maike et al. (2004):

Frauenbild und Frauenschicksal. Weiblichkeit im Spiegel psychiatrischer Krankengeschichten zwischen 1900 und 1940, in: Brand-Claussen, Bettina & Michely, Viola (Hrsg.): Irre ist weiblich. Künstlerische Interventionen von Frauen in der Psychiatrie um 1900, Heidelberg. [Sammlung Prinzhorn]

Rotzoll, Maike & Bader, Helmut (Hrsg.), (2010):

Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer: Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn.

Sammet, Kai (2003):

Ökonomie, Wissenschaft und Humanität – Wilhelm Griesinger und das non restraint-System, in: Engstrom, Eric J. & Roelcke, Volker (Hrsg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum, Basel, 95-116.

Schilling, Oliver (2001):

Grundkurs: Statistik für Psychologen, 2., unveränderte Auflage, München.

Schipperges, Heinrich (1975):

Psychiatrische Konzepte und Einrichtungen in ihrer geschichtlichen Entwicklung, in: Kisker, Karl-Peter et al. (Hrsg.): *Psychiatrie der Gegenwart*, 2. Auflage, Bd. 3, Berlin, S. 1-38.

Schott, Heinz & Tölle, Rainer (2006):

Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München.

Sellin, Volker (2008):

Einführung in die Geschichtswissenschaft, erweiterte Neuauflage, 2. Auflage, Göttingen.

Shorter, Edward (1996):

Heilanstalten und Sanatorien in privater Trägerschaft, 1877 bis 1933, in: Labisch, Alfons & Spree, Reinhard (Hrsg.): »Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett.« Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert, Frankfurt a.M., S. 320-333.

Sonntag, Wilhelm (1998):

Biedermeierliches Bad Kennenburg. Die Kaltwasser-Heilanstalt und die Kennenburg-Lieder. Eine Episode aus dem 19. Jahrhundert, Esslingen. [Stadtarchiv Esslingen]

Stollwerck, Ibolya (2007):

Binswangers Kuranstalt Bellevue 1896-1900, Diss., Tübingen.

Tanner, Jakob (2005):

Der »fremde Blick«. Möglichkeiten und Grenzen der historischen Beschreibung einer psychiatrischen Anstalt, in: Rössler, Wulf & Hoff, Paul (Hrsg.): *Psychiatrie zwischen Autonomie und Zwang*, Heidelberg, 47-66.

Wallraff, Günter (1987):

Als Alkoholiker im Irrenhaus, in: Wallraff, Günter: *13 unerwünschte Reportagen*, Reinbeck, 22-34.

Walter, Bernd (1993):

Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch. Die Überforderung der Anstalt? (1870-1930), in: Kersting, Franz-Werner et al. (Hrsg.): *Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert*, Paderborn, 66-98.

Walter, Bernd (1996):

Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime, Paderborn.

Wehler, Hans-Ulrich (1995/2008):

Deutsche Gesellschaftsgeschichte, Dritter Band: Von der »Deutschen Doppelrevolution« bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges 1849-1914, 1., Auflage d. broschierten Studienausgabe, München.

Wehler, Hans-Ulrich (1998):

Die Herausforderung der Kulturgeschichte, Beck'sche Reihe 1276, München.

Wittchen, Hans-Ulrich & Hoyer, Jürgen (2006):

Klinische Psychologie & Psychotherapie, Heidelberg.

Zeitgenössische Literatur

Dreyfus, G[...] (1906):

Die Inanition im Verlaufe von Geisteskrankheiten und deren Ursachen, in: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 41, 2, 519-566.

Glockner, [ohne Vorname] (1913):

Eröffnung der Großherzoglich Badischen Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz, in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 15, 545-550.

Griesinger, Wilhelm (1872):

Die freie Behandlung, in: Wunderlich, Carl (Hrsg.): Gesammelte Abhandlungen, Bd. 1, Berlin, 317-331.

Griesinger, Wilhelm (1845/1871):

Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Für Aerzte und Studierende, 3., Auflage, Stuttgart.

Griesinger, Wilhelm (1872):

Weiteres über psychiatrische Kliniken, in: Wunderlich, Carl (Hrsg.): Gesammelte Abhandlungen, Bd. 1, Berlin, 309-316.

Hess, Eduard (1898):

Einige Mittheilungen über die Behandlung der Geisteskranken bis zur ihrer Aufnahme in die Anstalt, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 55, 694-711.

Kraepelin, Emil (1883):

Compendium der Psychiatrie. Zum Gebrauche für Studierende und Aerzte, Leipzig.

Kraepelin, Emil (1918):

Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung, Berlin.

Krauß, Reinhold (1915):

Nachruf auf Dr. Paul Landerer, in: Medicinisches Correspondenz-Blatt Des Wuerttembergischen Aerztlichen Landesvereins, Bd. 85, Stuttgart, 497-498.

Landerer, Paul (1878):

Zur Casuistik der Addison'schen Krankheit, Diss., Tübingen.

Macks, Richard (1887):

Ueber den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Abnahme des Körpergewichts, Diss., Greifswald.

Schweninger, Ernst (1906/1926):

Der Arzt, 2., unveränderte Ausgabe, Dresden.

Stark, C. [ohne Vorname] (1869):

Die Heilanstalt Kennenburg, ihre Lage, Einrichtungen und Leistungen innerhalb der letzten neun Jahre. Ein Rechenschaftsbericht, Stuttgart. [Stadtarchiv Esslingen]

Stimmel, Friedrich (1854):

Die Heil-Anstalt für Nerven- und Gemüths-Kranke, Kennenburg bei Eßlingen, Königreich Württemberg. Ihre zu erstrebende Aufgabe und ihre Leistungen in den verflossenen ersten acht Jahren ihres Bestehens, Eßlingen. [Stadtarchiv Esslingen]

Nachschlagewerke

Der grosse Brockhaus (1954):

16., völlig neubearbeitete Auflage in zwölf Bänden, Wiesbaden. [Staatsarchiv Ludwigsburg]

Fischer, Hermann (1991):

Schwäbisches Handwörterbuch, 2., verb. Auflage, Tübingen.

Grotefend, Hermann (1991):

Taschenbuch der Zeitrechnung des dt. Mittelalters und der Neuzeit, 13., Auflage, Hannover.

ICD-10:

Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Herausgegeben von H. Dilling und H. J. Freyberger. 4., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der German Modification (GM) der ICD-10, Bern.

Lexikon für Theologie und Kirche, Bd. 4, (1995).

Württembergische Jahrbücher für Statistik und Landeskunde, Jahrgang 1887, Herausgegeben von dem K. Statistischen Landesamt, Stuttgart.

Web-Links

Karte:

Staaten im Deutschen Reich 1871 [Von der Autorin graphisch bearbeitet]

Web-Link: www.ieg-maps.uni-mainz.de/gif/d871_a3.htm

Zitat Heinrich Heine Vorsatzblatt:

Düsseldorfer Heine-Ausgabe (DHA), Bd. 7/1 S. 71.

Web-Link: (Heinrich-Heine-Portal) <http://germazope.uni-trier.de/Projects/HHP>

Quellen

Krankenakten

Alle Krankenakten befinden sich im Staatsarchiv Ludwigsburg im Bestand PL 423.

Der gesamte Bestand befindet sich jedoch momentan in archivarischer Bearbeitung. Daher können hier leider keine einzelnen Signaturen angegeben werden. Aufgrund der gemachten Angaben sollte jedoch jede einzelne Akte problemlos im Archiv gefunden werden können.

Krankenakten – Kapitel 1: Quellen:

Bauscher, Marie (Nr. 600); später verheiratete Gräfin Ferrari (Nr. 930)

Krankenakten – Kapitel 2: Verortungen:

Mann, Friedrich (Nr. 438)

Krankenakten – Kapitel 3: Kennenburg:

Neuburger, Max (Nr. 307, 446, 508, 514, 668, 744, 772, 1214)

Rindfuss, Friedrich (Nr. 726)

Krankenakten – Kapitel 4: Empirische Untersuchung:

Barth, Dorothea (Nr. 1776)

Ruska, Julius (Nr. 1877)

Schmid, Adalbert (Nr. 2236)

Wortsmann, Hedwig (Nr. 1429)

Krankenakten – Kapitel 5: Kasuistische Untersuchung:

Alle Krankenakten der zehn Frauen des Typs Zunahme: Geldart / Zimmer / Krieger / Haegler-Passavant / Hochstätter / Scharpinet / Gräff / Matterstock/ Maier / und Knewitz sowie alle Krankenakten der acht Frauen des Typs Abnahme: Bühler / Knewitz / Kübler / Schwenk / Bloest / Mombert / Seybold und Frank finden sich noch einmal im Anhang (D.1) mit der Angabe ihrer laufenden Nummer.

Krankentabelle

Krankentabelle für das Jahr 1886

Hauptstaatsarchiv Stuttgart Bestand: E 151/53 – Büschel-Nr.: 627 Quadrangel 218.

Prospekte

Erster Anstaltsprospekt Dr. Landerers (wahrscheinlich Mitte der 1880er Jahre)

Stadtarchiv Esslingen, Bestand HAK 4.

Zweiter Anstaltsprospekt Dr. Landerers (wahrscheinlich aus dem Jahr 1900)

Hauptstaatsarchiv Stuttgart Bestand: E 151/53 – Büschel-Nr.: 627 Quadrangel 276.

Visitationsberichte

Zeit: 1846-1882

„Die private Heilanstalt für Gemüts- und Nervenranke in Kennenburg,
Gde. Esslingen, deren Betrieb, Überwachung, Visitation sowie Erweiterung 1846-1882“
Staatsarchiv Ludwigsburg Bestand: E 163 – Büschel-Nr.: 841.

Zeit: 1882-1943

„Erweiterung und Auflösung der privaten Heilanstalt Kennenburg
sowie Inspektionen der Anstalt / 1882-1943“
Hauptstaatsarchiv Stuttgart Bestand: E 151/53 – Büschel-Nr.: 627.

Zeitungsausschnitte

Anzeige von Paul Landerer, in Kennenburg nur noch weibliche Kranke aufzunehmen (1892):
Stadtarchiv Esslingen, Bestand HAK 1. [Vom Archiv ohne Quellenangabe erworben]

Bericht über den Besuch von König Wilhelm I. von Württemberg am 28. August 1840 in der
Wasserheilanstalt Kennenburg, in: *Schwäbischer Merkur*, vom 4. September 1840,
Stadtarchiv Esslingen, Bestand HAK 2.

Nachruf auf Dr. Paul Landerer geschrieben von seinem Nachfolger Reinhold Krauß 1915, in:
Medicinisches Correspondenz-Blatt Des Wuerttembergischen Aerztlichen Landesvereins,
Bd. 85, Stuttgart, 497-498.

Gesprächsnotizen

Burkhard Krauß (10.10.2008):

Gesprächsnotizen beim Empfang zur Eröffnung des Archivs im Christophsbad Göppingen.

Bildquellen

Abb. 1.1a)	Krankenakten Ausschnitt	Staatsarchiv Ludwigsburg
Abb. 1.1b)	Krankenakten Gesamtbestand	Private Fotos der Autorin
Abb. 1.2	Typischer ‚Kopf‘ eines Aufnahmebogens	Staatsarchiv Ludwigsburg Akte Marie Bauscher
Abb. 1.3	Erste Seite des ersten Werbeprospekts	Stadtarchiv Esslingen Bestand HAK 4
Abb. 2.1	Zeitungswerbung aus dem Jahr 1892	Stadtarchiv Esslingen Bestand HAK 1
Abb. 3.1a)	Kennenburg unter Dr. Landerer	Stadtarchiv Esslingen Bestand HAK 1
Abb. 3.1b)	Kennenburg 100 Jahre später	Stadtarchiv Esslingen Bestand PK 2081
Abb. 3.2a)	Landerer als Junge (um 1858/60)	Hausarchiv Christophsbad
Abb. 3.2b)	Dr. Paul Landerer (1843-1915)	Göppingen
Abb. 3.3a)	Kennenburg unter Dr. Stimmel	Stadtarchiv Esslingen Bestand HAK 3
Abb. 3.3b)	Kennenburg unter Dr. Landerer	Stadtarchiv Esslingen Scan aus Krauß (1940), S. 29
Abb. 3.4	„Situations-Plan“ von 1887	Hauptstaatsarchiv Stuttgart Bestand E 151/53 Bü 627
Abb. 3.5a)	Sitzecke im Treppenhaus	Stadtarchiv Esslingen
Abb. 3.5b)	Gesellschaftssaal	Bestand HAK 1
Abb. 3.6a)	Der „Wandelgang“	Stadtarchiv Esslingen Scan aus Kenner (1991), Nr. 17
Abb. 3.6b)	„Unterhaus“ mit Tobhöfen	Hauptstaatsarchiv Stuttgart Bestand E 151/53 Bü 627 Qu. 276
Abb. 3.7a)	„Pavillon“ im Weinberg	Stadtarchiv Esslingen Bestand HAK 1
Abb. 3.7b)	„Doktorhaus“ / „Gärtnerhaus“ / „Pavillon“	Stadtarchiv Esslingen Bestand PK 145

Abb. 3.8a)	Waschküche	Stadtarchiv Esslingen Bestand PK 156
Abb. 3.8b)	Küche	Stadtarchiv Esslingen Bestand PK 155
Abb. 3.9a)	Patient Max Neuburger	Staatsarchiv Ludwigsburg Akte Max Neuburger
Abb. 3.9b)	Auszug aus der Krankentabelle v.1886	Hauptstaatsarchiv Stuttgart Bestand E 151/53 Bü 627 Qu. 218
Abb. 3.10	Herkunft der Patienten 1886	Bearbeitete Karte – Quelle: Uni Mainz (s.o.: Web-Links)
Abb. 3.11	Erweiterung durch Dr. Reinhold Krauß	Stadtarchiv Esslingen Scan aus Krauß (1940), S. 35
Abb. 5.1a)	Emilie Maier: Schlafprotokoll	Staatsarchiv Ludwigsburg Akte Emilie Maier
Abb. 5.1b)	Bertha Krieger: Gewichtprotokoll	Staatsarchiv Ludwigsburg Akte Bertha Krieger
Abb. 5.2	E. Zimmer: Medikation Mai/Juni 1903	Staatsarchiv Ludwigsburg Akte Elisabeth Zimmer
Abb. 5.3a) Abb. 5.3.b)	Werbeplakat aus den 1880er Jahren Spätere Werbung mit Glasflaschen	Hausarchiv Christophsbad Göppingen
Abb. 5.4	Berechnung des zeitgen. Normalgewichts	Scan aus Dreyfus (1906), S. 521
Abb. 5.5	Bertha Kriegers tägliche Diät	Staatsarchiv Ludwigsburg Akte Bertha Krieger
Abb. 5.6	E. Zimmer: Menstruationsprotokoll	Staatsarchiv Ludwigsburg Akte Elisabeth Zimmer
Abb. 5.7	Postkarte der Patientin Anna Knewitz	Staatsarchiv Ludwigsburg Akte Anna Knewitz
Abb. 5.8	Gewichtsverlaufskurve v. Anna Knewitz	Staatsarchiv Ludwigsburg Akte Anna Knewitz [2.Aufnahme]

Software

Microsoft Office 2003

<i>Access</i>	Datenbankprogramm	Zur Berechnung der Aufenthaltsdauer (Nur Access konnte die historischen Datumsangaben als solche erkennen und sofort in Aufenthaltstage umrechnen.)
<i>Excel</i>	Tabellenkalkulationsprogramm	Zur Berechnung der deskriptiven Statistik & Zur Darstellung aller Graphiken
<i>Word</i>	Textverarbeitungsprogramm	Zum Erstellen & Bearbeiten des Textes & Zur Darstellung aller Tabellen

SPSS

<i>PASW</i> Statistics 18 (2008)	Predictive Analytics Software	Zur Berechnung des χ^2 -Tests & der t-Tests
--	-------------------------------	--

Archive

Hauptstaatsarchiv Stuttgart [HStA S]

Konrad-Adenauer-Straße 4 / 70173 Stuttgart / Telefon: 0711/212-4335

E-Mail: hstastuttgart@la-bw.de / Web: www.landesarchiv-bw.de

Staatsarchiv Ludwigsburg [StA LB]

Arsenalplatz 3 / 71638 Ludwigsburg / Telefon: 07141/18-6310

E-Mail: staludwigsburg@la-bw.de / Web: www.landesarchiv-bw.de

Stadtarchiv Esslingen am Neckar

Marktplatz 20 / 73728 Esslingen am Neckar / Telefon: 0711/3512-2530

E-Mail: stadtarchiv@esslingen.de / Web: www.esslingen.de

Hausarchiv Christophsbad Göppingen

Faurndauer Straße 6-28 / 73035 Göppingen / Telefon 07161/601-0

E-Mail: info@christophsbad.de / Web: www.christophsbad.de