

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 12

Schwerpunkt: Bäder und Kuren

Herausgegeben von

Alfred Stefan Weiß, Elisabeth Dietrich-Daum und Carlos Watzka

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2013



Elisabeth Dietrich-Daum

Das Dauerbad in der Psychiatrie. Theorie und Praxis in der Landes-Irrenanstalt Hall in Tirol in der Zwischenkriegszeit

English Title

Continuous bath therapy in psychiatry. Theory and Practice in the psychiatric asylum Hall between World War I and World War II

Summary

This article is about the theory on and practice of continuous bath therapies in the psychiatric asylum Hall in Tirol (Austria) after World War I. The paper gives an introduction on the discussions about this new therapy around 1900 as well as a short overview on the favoured arguments and benefits at the time. In a second part the situation of a handicapped boy who was brought to the asylum by his parents in 1922 is described. The story not only explores how mentally ill patients were treated but gives an insight into the use and practice of the different therapies. The article concludes by contextualizing the story of the young patient with the different therapies used by early 20th century psychiatry. All in all, the story portrays how helpless the contemporary psychiatrists and how overstrained the nurses and carers obviously were with what was demanded of them.

Keywords

Hall in Tirol, Psychiatriegeschichte, Therapieggeschichte, Dauerbad, 1900-1938

Einleitung und Forschungsstand

Die Dauerbadbehandlung – eine in den psychiatrischen Anstalten am Ende des 19. und im frühen 20. Jahrhundert praktizierte physikalische Therapieform – hat in der historischen Forschung noch wenig Aufmerksamkeit erfahren. Das Interesse der MedizinerInnen wie HistorikerInnen richtete sich bisher vielmehr auf die gewaltförmigen Schocktherapien dieser Zeit.¹ Der Gewaltaspekt der Dauerbadbehandlung, der vor allem in ihrem Einsatz als Disziplinarmittel bestand, häufig in Kombination mit Isolierungsmaßnahmen, wurde hingegen nur am Rande wahrgenommen und selten thematisiert. Auszunehmen sind in dieser Hinsicht die

¹ Ausnahmen sind die Beiträge im Sammelband von Heiner FANGERAU, Karen NOLTE (Hg.), *Moderne Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik* (Stuttgart 2006), in welchem verschiedene Therapieformen und Konzepte diskutiert werden.

Dissertation und ein Sammelband und ein Beitrag der Medizinerin Friedgard Rohnert-Koch zum Philippshospital.² Der Strafaspekt wird bei ihr sogar explizit herausgestrichen, ebenso bei Maria Hermes in ihrem Beitrag zum St. Jürgen-Asyl.³ Interessante Details zu Indikation und Praxis der Dauerbadbehandlung liefert auch die Dissertation von Jan Leygraf⁴, worin er sich eigentlich der Behandlung der „Schizophrenie“ widmet und die hierfür üblichen verschiedenen Therapieformen beschreibt und quantifiziert. Hinweise zum theoretischen Konzept und zur Praxis der Dauerbadbehandlung finden sich auch in überblicksartigen Beiträgen wie in jenen von Michael Putzke⁵, Kornelia Grundmann⁶ und Matthias Hamann⁷. Weitere Erwähnungen sind zu entdecken in den Einzelbeiträgen von Heinz Faulstich⁸, Karen Nolte⁹, Maike Rotzoll¹⁰,

² Friedgard ROHNERT-KOCH, Hydrotherapie in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts (medizinische Dissertation, Gießen 2009). Friedgard ROHNERT-KOCH, Zwischen Therapie und Strafe: Die Dauerbäder im Philippshospital. In: Irmtraut SAHMLAND, Sabine TROSSE, Christina VANJA, Hartmut BERGER, Kurt ERNST (Hg.), „Haltestation Philippshospital“: Ein psychiatrisches Zentrum – Kontinuität und Wandel 1535 -1904 -2004 (=Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Band 10, Marburg 2004) 161-173.

³ Maria HERMES, „Maschinengewebe hinter der Front“: Disziplinierung statt Heilung? Zur Psychiatrie im Ersten Weltkrieg. Vortrag gehalten auf dem Symposium Kriegstraumata 20.06.2009. URL: http://www.geibev.de/vortraege-im-rahmen-der-ausstellung-was-damals-recht-war/articles/Symposium_Kriegstraumata.html (eingesehen am 24.11.2012).

⁴ Jan LEYGRAF, Die Behandlung der Schizophrenie vor Einführung antipsychotischer Medikamente (im Zeitraum vom 1928-1940) (Münster 2006). URL: http://miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-3584/diss_leygraf.pdf (eingesehen am 12.9.2012).

⁵ Michael PUTZKE, Therapien in der deutschen Psychiatrie im 20. Jahrhundert. In: Uta GEORGE, Herwig GROSS, Michael PUTZKE, Irmtraut SAHMLAND, Christina VANJA (Hg.), Psychiatrie in Gießen (=Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Band 9, Gießen 2003) 379-408.

⁶ Kornelia GRUNDMANN, Vom Kaiserreich über die Weimarer Zeit bis zum Nationalsozialismus: Die Landesheilanstalt zur Zeit von Prof. Dr. Jahmärke (1914-1937). In: Peter SANDNER, Gerhard AUMÜLLER, Christina VANJA (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn (=Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Band 8, Marburg 2001) 247-275, hier 260-261.

⁷ Matthias HAMANN, Herwig GROSS, Der Eichberg in der Zeit der Weimarer Republik. In: Christina VANJA, Steffen HAAS, Gabriela DEUTSCHLE, Wolfgang EIRUND, Peter SANDNER (Hg.), Wissen und Irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg (=Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Band 6, Marburg 1999) 142-163, hier 147-148.

⁸ Heinz FAULSTICH, Planungs- und Baugeschichte der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Gießen. In: Uta GEORGE, Herwig GROSS, Michael PUTZKE, Irmtraut SAHMLAND, Christina VANJA (Hg.), Psychiatrie in Gießen (=Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Band 9, Gießen 2003) 107-123, hier 118.

⁹ Karen NOLTE, „So ein Gefühl, als wenn sich jeder Nerv im Kopf zusammenziehe“: Die moderne Diagnose Nervosität – Zum Konzept der Marburger Anstalt am Beispiel der Behandlung „nervöser“ Patientinnen (1876-1918). In: Peter SANDNER, Gerhard AUMÜLLER, Christina VANJA (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn (=Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Band 8, Marburg 2001) 184-200, hier 187.

¹⁰ Maike ROTZOLL, Verwahren, verpflegen, vernichten: Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie in Deutschland und die NS-„Euthanasie“. In: Petra FUCHS, Maike ROTZOLL, Ulrich MÜLLER, Paul RICHTER, Gerrit HOHENDORF (Hg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen Euthanasie (Göttingen 2007) 24-35, hier 28.

Monika Ankele¹¹, Selina Braun¹², Maximilian Ettle/Herta Renelt¹³ oder Carlos Watzka¹⁴. Zahlreiche, wenn meist auch nur allgemeine und kurze Hinweise auf die Dauerbadbehandlung samt Bildern befinden sich auf einzelnen Homepages regionaler Psychiatriemuseen Deutschlands bzw. von Ausstellungen, die hier nicht im Detail angeführt werden können.¹⁵ Hervor zu heben ist diesbezüglich die Wanderausstellung „*Ich lasse mich nicht länger für einen Narren halten*“, in deren Szenographie das Dauerbad ein zentrales Vermittlungsmedium darstellt.¹⁶ Zur Praxis der Dauerbadbehandlung in der psychiatrischen Anstalt in Hall in Tirol hat noch niemand gearbeitet, einige kurze Hinweise bietet die 2009 eingereichte Dissertation von Angela Griebenböck.¹⁷ So unbefriedigend die Forschungslage auch sein mag, so ausufernd ist die diesbezügliche Quellenlage. Zunächst ist an die Kranken- und Verwaltungsakten in den Archiven der (ehemaligen) psychiatrischen Anstalten und Kliniken zu denken, die aufgrund der fast flächendeckenden Anwendung dieser Therapieform von der Zeit um 1900 bis zum Ende der Dreißigerjahre hinreichend Quellenmaterial erwarten lässt. Ebenso umfänglich ist der Bestand an zeitgenössischen Studien von Psychiatern in den verschiedenen Fachorganen¹⁸, in den psychiatrischen Lehrbüchern¹⁹, in balneologischen Handbüchern²⁰ und Zeitschriften²¹, die ab 1900 erschienen sind. Aus der Fülle der Fachartikel wurden für den vorliegenden Beitrag insbesondere solche herangezogen, die im Rahmen von Tagungen verschiedener Fachgesellschaften und Vereine gehaltene Referate und Diskussionen enthalten, auch Beiträge mit Sammelforschungscharakter sowie Artikel, die über experimentelle Versuchsreihen verschiedener Psychiater dieser Zeit berichteten.

¹¹ Monika ANKELE, *Alltag und Aneignung in der Psychiatrie um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn* (Wien-Köln-Weimar 2009) 140.

¹² Selina BRAUN, *Heilung mit Defekt: Psychiatrische Praxis an den Anstalten Hofheim und Siegburg 1820-1878* (Göttingen 2009) 321.

¹³ Maximilian ETTLE, Herta RENELT, *Die Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth*. In: Michael von CRANACH, Hans-Ludwig SIEMEN (Hg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933-1945* (München 2012) 89-122, hier 98.

¹⁴ Carlos WATZKA, *Psychiatrische Anstalten in Österreich 1780-1850. Eine Übersicht aus wissenschaftsgeschichtlicher und soziologischer Perspektive*. In: *Österreich in Geschichte und Literatur* 53/4 (2009) 356-372, hier 367.

¹⁵ Zum Beispiel: http://www.rk-bedburg-hau.lvr.de/01wir_ueber_uns/klinik-museum/teil+1.htm; <http://www.imperfekt.de/ras.html>; <http://www.vitos-riedstadt.de/riedstadt/unternehmen/museum.html> (11.1.2013).

¹⁶ Siehe: <http://www.psychiatrische-landschaften.net/Dauerbadtherapie> (21.1.2013).

¹⁷ Angela GRIESENBOECK, *Die „Landesirrenanstalt“ in Hall in Tirol und ihre Patientinnen und Patienten (1882-1919)* (Innsbruck 2009) 225-226, 238, 284-285.

¹⁸ Etwa in den entsprechenden Jahrgängen der Fachorgane „*Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift*“, „*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*“, „*Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*“, „*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*“.

¹⁹ H[einrich] NEUMANN, *Lehrbuch der Psychiatrie* (Stuttgart 1859); Emil KRAEPELIN, *Lehrbuch der Psychiatrie* (2. Auflage, Leipzig 1893); Wilhelm WEYGANDT, *Atlas und Grundriss der Psychiatrie* (München 1902); Richard KRAFFT-EBING, *Lehrbuch der Psychiatrie* (Stuttgart 1903); Otto BINSWANGER, E[rnst] SIEMERLING, *Lehrbuch der Psychiatrie* (Jena 1911); Eugen BLEULER, *Lehrbuch der Psychiatrie* (Berlin 1916).

²⁰ Julius GLAX, *Lehrbuch der Balneotherapie* (Stuttgart 1897-1900); Eduard DIETRICH, Siegfried KAMINER, *Handbuch der Balneologie, medizinischen Klimatologie und Balneographie*, 5 Bände (Leipzig 1916-1926); Alfred GOLDSCHIEDER, Paul JACOB, *Handbuch der physikalischen Therapie* (Leipzig 1901).

²¹ Z. B. „*Balneologische Zeitung – Correspondenzblatt der deutschen Gesellschaft für Hydrologie*“, „*Jahrbuch der Balneologie*“, „*Balneologische Zeitung*“, „*Archiv der Balneologie*“, „*Jahrbuch der Balneologie, Hydrologie und Klimatologie*“.

Therapiekonzept und zeitgenössischer Fachdiskurs

Die Psychiatrie um 1900 ordnete die Dauerbadbehandlung den physikalischen Kurmethoden zu. Sie war in Kombination oder Ergänzung mit der von Clemens Neisser (1841-1940) in der schlesischen Anstalt Leubus eingeführten Betttherapie²², zum Teil alternierend mit Einpackungen („Wickel“) sowie der Gabe von sedierenden Medikamenten bei „andauernden“ oder „temporären Erregungszuständen“ indiziert. Bereits vor der breiten Einführung der Therapieform um 1900 hatten sich verschiedene deutsche Psychiater, darunter Carl Reinhard (1883), mit den „permanenten Bädern“ befasst.²³ 1892 berichtete Carl Fürstner auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte über den Wert der warmen Dauerbäder²⁴ und 1893 wurde diese Therapieform im wichtigsten Lehrbuch für angehende Psychiater, Emil Kraepelins Lehrbuch der Psychiatrie, ausdrücklich empfohlen. August Hoffmann veröffentlichte 1898 eine Abhandlung über die physiologischen Wirkungen der Wassertherapien; an der Münchener Psychiatrischen Klinik wurden Versuchsreihen an freiwilligen Probanden durchgeführt.²⁵ Nach 1900 steigt die Zahl der Fachbeiträge zu dieser Therapieform deutlich an. Folgt man den zahlreichen Einzelbeiträgen in den entsprechenden Fachorganen, dürfte die Dauerbadbehandlung breite ärztliche Zustimmung gefunden haben, wenn auch in einzelnen Beiträgen ihr Nutzen in Frage gestellt und ihre Anwendung auf Grund des „Zwangscharakters“²⁶ als nicht „zeitgemäß“ bezeichnet wurde.²⁷ Für eine Reihe deutscher und österreichischer Anstalten dieser Zeit wird ein intensiver Einsatz berichtet – häufig auch in einem experimentellen Rahmen.²⁸ So führte zum Beispiel die galizische „Landesanstalt für Geisteskrankhe in Kulparkow“ bei Lemberg um 1912 63 Wannen für über 1200 Kranke, das „Frenocomio civico Andrea di Sergio Galatti“ in Triest über 52 „Fayencewannen und über 15 Gusswannen.“²⁹

Diese breite Akzeptanz der Dauerbadbehandlung innerhalb der deutschen und österreichischen Anstaltspsychiatrie um 1900³⁰ gründete in mehreren Problemen,

²² FAULSTICH, Planungs- und Baugeschichte 118. Vgl. auch Christian MÜLLER, Die Bettbehandlung Geisteskranker und ihre Folgen, in: Christian MÜLLER (Hg.), Abschied vom Irrenhaus. Aufsätze zur Psychiatriegeschichte (Bern 2005) 37-46.

²³ PUTZKE, Therapien 382.

²⁴ PUTZKE, Therapien 383.

²⁵ ROHNERT-KOCH, Therapie 166.

²⁶ Bereits in der 1893 erschienenen zweiten Ausgabe des Kraepelinschen Lehrbuchs warnt der Psychiater vor dem Zwangscharakter der Dauerbadbehandlung; vgl. KRAEPELIN, Lehrbuch 20.

²⁷ ROHNERT-KOCH, Therapie 162. So lehnte z. B. Heinrich Cramer in seiner Marburger Anstalt die Anwendung von Dauerbädern ab. Vgl. NOLTE, „So ein Gefühl“ 187 und 199.

²⁸ Zu München: Alfred BUSCH, Felix PLAUT, Über die Entwicklung verlängerter warmer Bäder auf einige körperliche und geistige Funktionen. In: Emil KRAEPELIN (Hg.), Klinisch-psychologische Untersuchungen an Alkoholberauschten (Leipzig 1910) 505-527. Zu den Versuchsreihen in der Provinzial-Irrenanstalt Leubus: W[ilhelm] ALTER, Zur Hydrotherapie bei Psychosen. In: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, N.F. 26/14 (1903) 157-175. Laut dem Bericht Alters hatten dort im Jahr 1902 75 Personen die Badbehandlung erfahren, das waren 78,9% aller seiner Patienten.

²⁹ W[ladislaw] KOHLBERGER, Landesanstalt für Geisteskrankhe in Kulparkow bei Lemberg. In: Heinrich SCHLÖSS (Hg.), Die Irrenpflege in Österreich in Wort und Bild (Halle a. d. S. 1912) 73-87, hier 86; Luigi CANESTRINI, Frenocomio civico „Andrea di Sergio Galatti“ in Triest. In: SCHLÖSS (Hg.), Irrenpflege 132-139, hier 136.

³⁰ Zu Österreich vgl. die Beiträge von Edmund HOLUB zum Steinhof bei Wien, Josef QUIRCHTMAYER zu Ybbs, Luigi CANESTRINI zu Triest, Ernst FRATNICH zu Görz, W. KOHLBERGER zu Kulparkow

welche die psychiatrischen Anstalten damals schon seit Jahrzehnten beschäftigten. Seit den 1880er-Jahren kämpften nahezu alle Anstalten mit Überbelegung und Überlastung.³¹ Die Zahl der PsychiatriepatientInnen war aus unterschiedlichen Gründen enorm angestiegen – Carlos Watzka spricht von einer Verneunfachung der Aufnahmezahlen in den österreichischen Anstalten zwischen 1850 und 1910,³² während Infrastruktur und personelle Ausstattung in der Regel nur mit Verzögerung und nicht in proportionalem Maß nachgebessert wurden. Die budgetäre Situation vieler Anstalten war dementsprechend labil, die knappen Ressourcen wurden u. a. in „*Eigenregie*“ durch umfassende Mitarbeit der PatientInnen im Rahmen der „*Arbeits- oder Beschäftigungstherapie*“ geschont.³³ Gespart werden sollte insbesondere bei den in der zeitgenössischen Literatur als solche bezeichneten „*Narcotics*“, also bei jenen Medikamenten, die Spannungs-, Aufregungs- und Angstzustände kuptierten oder als Schlafmittel Einsatz fanden: Opium, das Hauptmittel der damaligen psychiatrischen Pharmakotherapie, Bromide (ab ca. 1827/58), Hyoscin, das von Justus von Liebig (1803-1873) synthetisierte Chloralhydrat (ab ca. 1869), Paraldehyd (ab ca. 1882). Nach 1900 kamen Barbiturate wie Veronal oder Luminal hinzu.³⁴ Diese zum Teil synthetischen Arzneien waren keine Heilmittel, wie auch viele andere Maßnahmen in den Anstalten um 1900 primär symptomorientiert wirkten und nicht auf die Behebung der Ursachen, sondern auf die Reduktion der Auswirkungen der Erkrankungen zielten. Dennoch erleichterten diese Medikamente die Pflege, insbesondere den Umgang mit den als „*schwierig*“ angesehenen Kranken, zu denen v.a. die Psychotiker zählten. An die Stelle des mechanischen Restraint – Fixierungen und Isolierungen – trat so ein „*chemischer Restraint*“, wie bereits von Zeitgenossen kritisiert wurde.³⁵ Der Einzug sedierender Medikamente in den psychiatrischen Anstaltsalltag hat auch die Umsetzung der Betttherapie in den 1890er Jahren erleichtert. Diese galt speziell für „*frisch*“ aufgenommene PatientInnen als besonders indiziert, weil sie die Kranken unmittelbar dem „*Ruhediktat unterwarf und [sie] gleichzeitig in die festgefügte Ordnung und Pflege der Anstalt und das Anstaltsmilieu einführte*“³⁶. Sie gestaltete nicht nur die Anstaltsarchitektur, sondern formte das Leben der Kranken in der psychiatrischen Anstalt von Grund auf um; diese wurden nun analog zu den somatischen Kranken in den Krankenhäusern in großen Wachsälen im Bett gehalten.³⁷

bei Lemberg, K[onstantin] ZURKAN zu Czernowitz, L. KOSÁK und O. FISCHER zu Weleslawin bei Prag und J. ZÁSTĚRA zu Dobřan; alle in: SCHLÖSS (Hg.), *Irrenpflege* 35, 45, 61, 68, 86, 114, 136, 187, 230.

³¹ Vgl. beispielsweise Carlos WATZKA, *Der „Irrenboom“ in Steiermark. Zum Problem der Zunahme psychischer Erkrankungen in der Moderne*. In: *Newsletter Moderne* 5/1 (2002) 21-26.

³² Vgl. WATZKA, *Psychiatrische Anstalten* 372.

³³ Vgl. zur propagandistischen Aufmachung dieser Therapieform in der Schweiz vgl. Urs GERMANN, *Arbeit, Ruhe und Ordnung: Die Inszenierung der psychiatrischen Moderne – Bildmediale Legitimationsstrategien der schweizerischen Anstaltspsychiatrie im Kontext der Arbeits- und Beschäftigungstherapie in der Zwischenkriegszeit*. In: Heiner FANGERAU, Karen NOLTE (Hg.), *Moderne Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik* (Stuttgart 2006) 283-310.

³⁴ Vgl. Heinz SCHOTT, Rainer TÖLLE, *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren – Irrwege – Behandlungsformen* (München 2006) 481-485; PUTZKE, *Therapien* 384.

³⁵ Vgl. z. B. [Friedrich] SCHOLZ, *Die nächste Aufgabe der Irrenpflege*. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, Bd. 50 (1894), 690-704, hier 698.

³⁶ Bernd WALTER, *Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime (=Forschungen zur Regionalgeschichte 16, Paderborn 1996) 150.*

³⁷ Zur Einführung der Bettbehandlung in der Medizin in Deutschland insgesamt vgl. PUTZKE, *Therapien* 382.

Obwohl die Bettbehandlung als große Errungenschaft bezeichnet wurde, blieben die therapeutischen Erfolge dieser Zeit bescheiden. Soweit vorhanden, leiteten sie sich, wie Michael Putzke verdeutlicht, nach wie vor von diätetischen, pädagogischen oder somatischen Ansätzen ab.³⁸ Neue Therapieformen, vor allem wenn diese in die Praxis der Anstaltsversorgung integrierbar waren, stießen so auf große Aufmerksamkeit der Psychiater, wurden intensiv diskutiert und umgehend im eigenen Haus getestet. Im Fachdiskurs über den Nutzen der Dauerbadbehandlung bewegten sich die Befürworter meist auf mehreren Argumentationsebenen: sowohl innerwissenschaftliche Referenzen und Traditionen, als auch therapeutische, ökonomische, sozial-, gesellschafts- und professionspolitische Gründe wurden vorgetragen, häufig durch Beobachtungen und Erfahrungen der Referenten bestätigt, umfänglich referiert, und nur selten kontrovers diskutiert. Die Therapieform selbst führten die Referenten und Autoren der zeitgenössischen Sammelforschung³⁹ – der Kasuistiken⁴⁰ wie der in den Zeitschriften publizierten Fachvorträgen – auf Emil Kraepelin (1856-1926)⁴¹ zurück, der selbst allerdings auf die Praxis einiger französischer Psychiater verwies, die bereits in den Vierzigerjahren des 19. Jahrhunderts gute Erfahrungen mit „*prolongierten warmen Bädern*“ gemacht hätten.⁴² Erwähnung findet auch der belgische Psychiater und Direktor der psychiatrischen Anstalt in Gent, Joseph Guislain (1797-1860), ein Vertreter der damaligen Non-Restraint-Bewegung.⁴³ Obwohl „Naturärzte“ wie der schlesische Landwirt Vinzenz Prießnitz (1799-1851)⁴⁴, die niederschlesischen Ärzte Siegmund Hahn (1664-1742) und dessen Sohn Johann Siegmund Hahn (1696-1773), der bayerische Pfarrer und Hydrotherapeut Sebastian Kneipp (1821-1897)⁴⁵ oder der erste österreichische Professor für Hydrotherapie an der Universität Wien und Kurarzt in Kaltenleutgeben bei Wien, Wilhelm Winternitz (1834-1917)⁴⁶, für *Kaltwasserkuren*⁴⁷ plädierten, werden auch sie in den verschiedenen Artikeln als einflussreiche Vordenker und Empiriker genannt. Robert Thomsen, Leiter einer privaten Heil- und Pflegeanstalt in Bonn, führt in seiner Darstellung auch Christoph Wilhelm Hufeland (1762-1836),

³⁸ PUTZKE, Therapien 382.

³⁹ Zum Beispiel: R. THOMSEN, Die Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Erkrankungen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 55 (1898) 721-747.

⁴⁰ Zum Beispiel: Adolf GROSS, Zur Behandlung acuter Erregungszustände. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 56 (1899) 953-977.

⁴¹ Vgl. Diskussionsbeitrag von [Heinrich Erhard] DEHIO, Einige Erfahrungen über die Anwendung von Dauerbädern bei Geisteskranken. In: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 26/N.F. 14 (1903) 732, zu DEHIO vgl. <http://www.bbl-digital.de/eintrag/Dehio-Heinrich-Erhard-Friedrich-1861-1928/>; vgl. auch BISCHOFF, Über Dauerbäder und Dauerbadbehandlung. In: Zentralblatt für Nervenheilkunde, 31/N. F. 19 (1908) 191; vgl. auch: GROSS, Behandlung 960; vgl. auch PUTZKE, Therapien 380-382.

⁴² PUTZKE, Therapien 382; vgl. auch Jutta M. BOTT, „*Da kommen wir her, da haben wir mitgemacht*“: Lebenswirklichkeiten und Sterben in der Lippischen Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus während der Zeit des Nationalsozialismus (=Lippische Studien Band 16, Lemgo 2001) 282.

⁴³ Vgl. SCHOLZ, Aufgabe 687; ROHNERT-KOCH, Therapie 165.

⁴⁴ Manfred SKOPEC, „*Prießnitz, Vinzenz Franz*“: In: Neue Deutsche Biographie 20 (2001) 720 URL: <http://www.deutsche-biographie.de/pnd118741896.html> (eingesehen am 20.12.2012).

⁴⁵ Vgl. SCHOTT, TÖLLE, Geschichte 428.

⁴⁶ Wilhelm WINTERNITZ, Die Hydrotherapie auf physiologischer und klinischer Grundlage (Wien 1877-1880); vgl. Robert THOMSEN, Die Anwendung der Hydrotherapie und Balneotherapie bei psychischen Erkrankungen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 55 (1898) 721-747.

⁴⁷ Vgl. auch SCHOTT, TÖLLE, Geschichte 427-429.

Karl Wilhelm Ideler (1795-1860), Philippe Pinel (1745-1826) und Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) an, die hundert Jahre zuvor bereits die kalten Sturzbäder, Wechsel- und „Überraschungsbäder“ empfohlen haben sollen, ja auch Hippokrates und Paracelsus hätten – so Thomsen – mit Wasser therapiert.⁴⁸ Im Wesentlichen bewegten sich die Argumente im Rahmen innerwissenschaftlicher Bezüge, allerdings wurden therapeutische Ansätze von „Naturärzten“ nun integriert.

Die medizinisch-physikalische Wirkung des warmen Dauerbades auf den Körper und der damit zu erzielende therapeutische Gewinn bestand nach Auffassung der damaligen Psychiatrie in einer physikalisch herbeigeführten Beruhigung, indem durch einen konstanten Wärmereiz die Pulsfrequenz und der Blutdruck verringert würden, was eine „Tardierung“ (Ermüdung) und ein Absinken der „psychischen Leistungsfähigkeit“ zur Folge habe.⁴⁹ „Der grösste Nutzen begreift im wesentlichen nur zwei Forderungen: Ruhe am Tage und Schlaf in der Nacht.“⁵⁰ Dieser Effekt sei zu erreichen, indem die PatientInnen über Stunden bis zu ganzen Tagen im warmen Wasser gehalten werden. Indiziert sei die Dauerbadbehandlung deshalb insbesondere bei Erregungszuständen verschiedenster Art: bei „acuter Verwirrtheit“, in den „manischen“ Phasen bei „manisch-depressiven“ Erkrankungen, nach Wilhelm Alter aber auch bei „deprimierten“, „hysterischen“ und „dementen“ PatientInnen – also für nahezu alle in den Anstalten untergebrachten Personen.⁵¹ Diskutiert wurde vor allem über die optimale Dauer der Einzelbehandlung, die geeignete Temperatur, Sinn und Unsinn von Wannenabdeckungen sowie die baulichen und pflegerischen Voraussetzungen einer optimalen Anwendung.

Das ökonomische Argument, das für eine regelmäßige therapeutische Anwendung der Dauerbäder sprechen sollte, war – wie schon angedeutet – die Ersparnis bei der Anschaffung von „Narcotics“, deren häufige Anwendung offensichtlich die Budgets der Anstalten zusehends belasteten. Trotz hoher Investitionskosten für die nötigen Anlagen und den höheren Personalaufwand würde sich die Aufnahme der Badbehandlung in das Therapierepertoire der Anstalten à la longue rechnen:

„Zu all diesen klinischen Vorzügen der Hydrotherapie gesellt sich noch ein anderer nicht zu unterschätzender Vorteil: so kostspielig die Anlage brauchbarer Badeeinrichtungen ist, so rentabel ist ihr Betrieb. Neben dem bedeutenden Ersparnis an Material, die der Fortfall der destruktiven Elemente gewährleistet, ist die Ersparnis an Narcotics nicht zu unterschätzen.“⁵²

Entscheidend dabei sei nur, dass die Badbehandlung „auf jeden komplizierten Modus verzichtet, d.h. wenn die sich an die einfachste Form hält.“⁵³

Adressierte dieses Argument die in sämtlichen öffentlichen Anstalten gesetzten Sparzwänge, zielten die Hinweise auf die „sozialisierende Wirkung“ des Dauerbades auf erzieherisch-therapeutische und pflegerische Aspekte:

„Für verwahrloste, unsaubere und schmierende Kranke, wie sie uns nicht selten zugehen, ist das Dauerbad das wertvollste und – soweit ich es beurteilen kann – einzige therapeutische Agens, das eine relative, oft überraschende Sozialisierung ermöglicht und immer gewährleistet. [...] Die Sozialisierung der Kranken nahm zu oder blieb erhalten, die Patienten waren mit wenigen und vorübergehenden Ausnahmen immer traitabel, ärztlich untersuchbar und beeinflussbar. Seit Jahren total unsoziale,

⁴⁸ Vgl. THOMSEN, Anwendung der Hydrotherapie 722-729.

⁴⁹ Eine Diskussion der Wirkmechanismen bei W[ilhelm A.] ALTER, Hydrotherapie bei Psychosen.

⁵⁰ W[ilhelm] ALTER, Zur Hydrotherapie bei Geisteskranken. In: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 29 /N. F. 17 (1906) 394-402, hier 396.

⁵¹ Vgl. ALTER, Hydrotherapie bei Psychosen 158-159.

⁵² ALTER, Hydrotherapie bei Psychosen 166.

⁵³ ALTER, Hydrotherapie bei Geisteskranken 395.

*unzugängliche und unsaubere Elemente wurden ruhige freundliche Bettkranke, ja in einzelnen Fällen liessen sie sich wieder zu recht passablen Mitgliedern eines grösseren geselligen Kreises erziehen.*⁵⁴

Ähnlich wie Alter betonte Gross die „*erzieberische Wirkung der vorsichtig dosierten Behandlungsmethoden*“⁵⁵ bei besonders „*verwahrlosten*“ PatientInnen. Die den Fachdiskurs am deutlichsten bestimmenden Argumente waren jedoch professionspolitischer und, damit zusammenhängend, gesellschaftspolitischer Art. 1901 schrieb Kraepelin über seine Erfahrungen in der Heidelberger Klinik, wo die Einführung der Dauerbadbehandlung an der Wachabteilung „*[...] die sonst noch gebräuchlichen Zwangsmittel, wie feste Handschuhe, unzerreißbare Anzüge, Isolierungen unnötig gemacht hatte*“.⁵⁶ Dieser Beobachtung schloss sich der Dösjener Anstaltsleiter Heinrich Erhard Dehio in seinem Beitrag über die „*Anwendung von Dauerbädern bei Geisteskranken*“ an. In seiner Anstalt würden seit 1902 keine Isolierungen mehr stattfinden und die Isolierzellen wären überflüssig: „*Die Isolierung hat seit der Einführung der Bäder fast ganz aufgehört, der Verbrauch an Schlafmitteln ist erheblich zurückgegangen; Schmierer und Zerreißen wird fast nie mehr beobachtet.*“⁵⁷ Wie auch eine Reihe von österreichischen Psychiatern⁵⁸ dieser Zeit reagierte Dehio, ein Schüler Kraepelins, hier auf die seit Jahrzehnten schwelende Diskussion und Kritik, die Anstalten würden sich in erster Linie verschiedener Beschränkungsverfahren bedienen und hätten abgesehen von der weitgehend unumstrittenen ‚Bettbehandlung‘ keine eigenständigen therapeutischen Methoden entwickelt. Dahinter verbarg sich letztlich auch das Phänomen der zunehmenden Auslagerung pflegeintensiver PatientInnen von den Kliniken an die psychiatrischen Großanstalten. Während die Universitätskliniken sich um 1900 das medizinische Deutungsmonopol zu sichern begannen und zunehmend als „*Durchgangsort und Schleuse*“⁵⁹ funktionierten, wurde den Anstalten der pflegerische Bereich überantwortet.⁶⁰ Die „*funktionelle*“ Unterscheidung „*zwischen der Klinik als Wissens- und Ordnungsraum und der Anstalt als Versorgungs- und Verwahrungsraum*“⁶¹ hatte das Image der Anstalten nachhaltig verschlechtert, in der Öffentlichkeit wie in den Fachdiskursen.⁶²

⁵⁴ ALTER, Hydrotherapie bei Psychosen 160 und 166.

⁵⁵ GROSS, Behandlung 966.

⁵⁶ Zitiert in: BISCHOFF, Referat 191.

⁵⁷ DEHIO, Erfahrungen 732.

⁵⁸ Vgl. dazu etwa die Berichte der Anstaltsleiter Luigi CANESTRINI zum „*Frenocomio civico Andrea di Sergio Galatti*“ in Triest, den Bericht von Josef STARLINGER zu Mauer-Oehling in Niederösterreich, den Bericht von Josef QUIRCHTMAYER zu Ybbs in Niederösterreich und jenen von Edmund HOLUB zum Steinhof in Wien, alle in: Heinrich SCHLÖSS (Hg.), Irrenpflege.

⁵⁹ Michaela RALSER, Im Vordergrund die Klinik. Das Beispiel der Innsbrucker Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik um 1900. In: Elisabeth DIETRICH-DAUM, Rodolfo TAIANI (Hg.), Psychiatrielandschaft/Oltre il manicomio. Themenheft der Zeitschrift Geschichte und Region, 17/2 (2008) 135-145, hier 144.

⁶⁰ Vgl. Michaela RALSER, Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900 (München 2010) 200.

⁶¹ RALSER, Subjekt 200.

⁶² Zur Kritik an den psychiatrischen Anstalten in der Schweiz vgl. Marietta MEIER, Der Fall „*Hägi*“ am Zürcher Burghölzli. Zur Reaktion von Psychiatrie und Behörden auf Kritik an staatlichen Anstalten. In: FANGERAU, NOLTE (Hg.), Moderne Anstaltspsychiatrie 239-257; zu Deutschland vgl.: Astrid LEY, Psychiatriekritik durch Psychiater. Sozialreformerische und professionspolitische Ziele des Erlanger Anstaltsdirektors Gustav Kolb (1870-1938). In: FANGERAU, NOLTE (Hg.), Moderne Anstaltspsychiatrie 195-219; Thorsten NOACK, Über Kaninchen und Giftschlangen. Psychiatrie und Öffentlichkeit in der frühen Bundesrepublik Deutschland. In: FANGERAU, NOLTE (Hg.), Moderne Anstaltspsychiatrie 311-340.

Es ist nachvollziehbar, dass die Anstaltsdirektoren sich bemühten, gegen dieses ungünstige Bild der „*Verwahrstation*“ für Unheilbare, anzukämpfen.⁶³ Eine Imagekampagne stand im höchsten Interesse der eigenen Profession: die Dauerbadbehandlung sollte – wie die Bettbehandlung – die Anstalten in den Rang „*echter Krankenhäuser*“ heben: „*Unser ganzes Bestreben geht ja dahin, auch für unsere grossen Irrenanstalten beim Publikum die Anerkennung als Krankenhäuser zu erreichen: leider sieht die große Menge in ihnen heut immer noch modernisierte Gefängnisse*“⁶⁴, schrieb Alter 1903. Und Friedrich Scholz, ein Kritiker der Zwangsbehandlung und Beschränkung betonte: „*Den Charakter einer Krankenanstalt aber verleihen wir der Irrenanstalt ebenfalls am besten dadurch, dass wir sie einer solchen Einrichtung immer ähnlicher zu machen suchen und uns bemühen, auch wirklich Krankenpflege zu leisten.*“⁶⁵ Das Dauerbad als „*Superlativ des Bettes*“⁶⁶ und Mittel zur „*Forcierung der letzten Etappe vom Tollhaus zum Krankenhaus*“⁶⁷ sollte zu dieser Imagekorrektur verhelfen.⁶⁸ Um eine solche bemühten sich auch in Österreich verschiedene Anstaltsdirektoren gleichermaßen. Joseph Starlinger etwa, Direktor Leiter der „*Kaiser-Franz-Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling*“ in Niederösterreich versicherte, mit dem Umbau der Anstalt der gesamten Anlage den „*Charakter des Gefängnisses*“ genommen⁶⁹ zu haben, Luigi Canestrini, Direktor des „*Frenocomio civico Andrea di Sergio Galatti*“ in Triest berichtete 1912: „*Die Behandlung geschieht ganz und gar nach dem Prinzip des not-restraint [sic], welches ausnahmslos und strengstens eingehalten wird. Die Anstalt verfügt über keine einzige Zwangsjacke und dasselbe gilt für Binden, Handschuhe, Gamaschen, Gürtel und ähnliches. Während eines nunmehr dreijährigen Betriebs hat man kein einziges Mal weder feuchte noch trockene Einpackungen angewendet. Im Bad werden auch die aufgeregten Kranken durch gar kein Mittel unter Wasser gehalten*“.⁷⁰ Ebenso betonte J. Zástěra, dirigierender Primararzt der königlich böhmischen Landesanstalt für Geisteskranke in Dobřan, einer mit 200 Betten ausgestatteten, und damit relativ kleinen Anstalt in Böhmen: „*Zwangsmittel sind absolut ausgeschlossen und dem Wartpersonal unbekannt*“.⁷¹ Allerdings führten nahezu alle privaten und öffentlichen psychiatrischen Anstalten Österreichs bis zum Ersten Weltkrieg und darüber hinaus über mehrere Isolierzimmer (gemeint sind damit nicht die gesonderten Zellen für sogenannte „*verbrecherische Irre*“ oder „*infektiöse Irre*“) in jeder Etage, was eine ausgiebige Anwendung von Isoliermaßnahmen vermuten lässt. Trotz verschiedener Versuche, das psychiatrische Therapieangebot wie das Anstaltsleben gleichermaßen zu reformieren und zu verbreitern, verstummte die öffentliche wie innerprofessionelle Kritik an der Verwahrfunktion der Psychiatrie auch nach dem Ersten Weltkrieg nicht.⁷²

⁶³ Vgl. dazu GERMANN, Arbeit.

⁶⁴ ALTER, Hydrotherapie bei Psychosen 164.

⁶⁵ SCHOLZ, Aufgabe 701.

⁶⁶ DEHIO, Erfahrungen 733.

⁶⁷ ALTER, Hydrotherapie bei Geisteskranken 396; [August] MERCKLIN, Über die Anwendung der Isolierung bei der Behandlung von Geisteskranken. Referat gehalten auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Jena, am 20. und 21. April 1903. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, 60/6 (1903) 904-920, hier 919.

⁶⁸ Vgl. auch: HAMANN, GROSS, Eichberg 148.

⁶⁹ Jos[ef] STARLINGER, Kaiser-Franz-Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling, Niederösterreich. In: SCHLÖSS (Hg.), Irrenpflege 218-226, hier 221.

⁷⁰ CANESTRINI, Frenocomio 137.

⁷¹ J. ZÁSTĚRA, Die königlich böhmische Landesanstalt für Geisteskranke in Dobřan. In: SCHLÖSS (Hg.), Irrenpflege 33-52, hier 35.

⁷² Vgl. dazu Heinz-Peter SCHMIEDEBACH, Eine „*antipsychiatrische Bewegung*“ um die Jahrhundertwende. In: Martin DINGES (Hg.), Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich (ca. 1870 – ca. 1933) (Stuttgart 1996) 127-161.

Gustav Kolb (1870-1938), einer der vehementesten Kritiker der ordnungspolitischen Funktion der psychiatrischen Anstalten, entwickelte und realisierte 1919 in der Erlanger Anstalt das Modell der „offenen Fürsorge“. Er nahm damit eine „Neudefinition von Wesen und Aufgabe der praktischen Psychiatrie vor.“⁷³ Mit Kolbs Konzept der „offenen Fürsorge“ und Hermann Simons (1867-1947) „aktiver Krankenbehandlung“, Kern der modernisierten Arbeits- und Beschäftigungstherapie, waren nach dem Ersten Weltkrieg zwei Behandlungsformen entstanden, die den Verwehrcharakter durchbrechen und die PatientInnen zu einer aktiveren Lebensgestaltung anleiten sollten. Ihre Zielrichtung stand in einem gewissen Widerspruch zur Bett- und Badbehandlung, welche nach Simon die PatientInnen „geistig isolieren“ und ihr „Verantwortungsgefühl schwächen“.⁷⁴

In Hall in Tirol wurde das Dauerbad relativ spät, 1905 eingeführt, nachdem im Rahmen eines umfassenden Umbaus des aus allen Nähten platzenden Anstaltsgebäudes die dazu notwendigen Badeanlagen nahe der Wachabteilungen für Männer und Frauen installiert worden waren. Der damalige Anstaltsdirektor Josef Offer notierte dazu 1912 in seinem rückblickenden Bericht:

*„Dauerbäder werden das ganze Jahr hindurch angewandt. Wir müssen dieselben als eine wertvolle therapeutische Errungenschaft bezeichnen; wenn auch nicht in allen Fällen, so sind dieselben doch in der überwiegenden Mehrzahl als Beruhigungsmittel von großem Werte.“*⁷⁵

1912 wurden in Hall in Tirol allein auf der Männerwachabteilung trotz eingeschränkter Badebetriebs wegen Reparaturarbeiten 29.031 Badestunden gezählt. In diesem Jahr besaß die Anstalt insgesamt 40 Wannen.⁷⁶

1923, zum Zeitpunkt der Aufnahme des in Folge vorgestellten Patienten, war der ‚Hype‘ der Dauerbadbehandlung allerdings schon etwas abgeebbt. Vor allem hatten die enormen Versorgungsprobleme während und nach dem Ersten Weltkrieg in vielen österreichischen und deutschen Anstalten den Betrieb beeinträchtigt.⁷⁷ Die Kosten, insbesondere für die Heizung des Wassers waren angesichts des Kohlemangels unbezahlbar geworden – das um 1900 im Diskurs so strapazierte ökonomische Argument hatte sich nun ins Gegenteil verkehrt. Nach dem Krieg wurde der Betrieb der Badeanlagen zwar wieder aufgenommen, ihre Verwendung entsprach aus Sparsamkeitsgründen aber nicht mehr dem Umfang der Vorkriegszeit.

Konrad – 13 Jahre zwischen Wickel und Dauerbad

Als Grundlage der folgenden Fallstudie dient eine ca. 80 Blätter umfassende Krankenakte eines jungen männlichen Patienten, der zwischen 1923 und 1940 mehrere Aufenthalte in der Psychiatrischen Anstalt in Hall in Tirol erlebte und am 8. Jänner 1940 dort starb. Die Akte ist im historischen Archiv des Landeskrankenhauses in Hall verwahrt. Der größere Teil der folgenden Auszüge sind paraphrasierte Übernahmen aus der – nicht paginierten – Akte. Der Name des Patienten wurde geändert. Die

⁷³ Astrid LEY, Psychiatriekritik durch Psychiater. Sozialreformerische und professionspolitische Ziele der Erlanger Anstaltsdirektors Gustav Kolb (1870-1938). In: FANGERAU, NOLTE (Hg.), Moderne Anstaltspsychiatrie 195-219, hier 203.

⁷⁴ GERMANN, Arbeit, Ruhe und Ordnung 289.

⁷⁵ Josef OFFER, Bericht der Landes Heil- und Pflgeanstalt für Geisteskranke in Hall in Tirol (Hall in Tirol 1912) 13.

⁷⁶ Josef OFFER, Landes-Irrenanstalt Hall in Tirol. Sonderdruck aus: Irrenpflege in Wort und Bild (Halle an der Saale 1912) 8.

⁷⁷ Vgl. HAMANN, GROSS, Eichberg 147, ROHNERT-KOCH, Therapie 170-171.

besonderen Möglichkeiten des Formats *Krankenakte* als „Erhebungs-, Verarbeitungs-, Dokumentations- und Adressierungsmittel“ hat Michaela Ralser in ihrer Habilitationsschrift ausführlich dargestellt. Auch die hier exemplarisch ausgewählte Krankengeschichte enthält eine Reihe der von Ralser herausgestrichenen spezifischen Merkmale dieses Formats, etwa die „*doppelte Textur*“, was meint, dass sowohl Aussagen der PatientInnen als auch Einschätzungen der Ärzte verschriftlicht sind. Obwohl das Material als „*obrigkeitliche Quelle*“ aufgefasst werden muss, gibt sie wie kaum eine andere Quellensorte „*Einblicke in die Interaktions- und Kommunikationsprozesse*“ zwischen den Behandelten und den Behandlern.⁷⁸

Auszug 1:

Konrad, 1913 geboren, wird als neunjähriges Kind zum ersten Mal psychiatrisch behandelt; er wird 1922 in die psychiatrische Nervenlinik Innsbruck zwei Mal aufgenommen, einmal für sechs Wochen und das zweite Mal für ein Viertel Jahr. Danach verweigert die Klinik eine neuerliche Aufnahme, weshalb seine Mutter in Hall vorstellig wird und den nun Zehnjährigen dort abgibt. Dort scheint er mit dem Datum 15. März 1923 im Patientenbuch auf. Im mitgebrachten ärztlichen Fragebogen führt der einweisende Arzt an, dass der Knabe drei Jahre zuvor eine „*Kopfgrippe*“ („*Encephalitis chronica*“) durchgemacht hätte, die als möglicher Auslöser für seine Erkrankung – sie wird später als „*Parkinsonismus*“ und „*dementia praecox*“ eingeordnet werden – in Frage kommt. Das Kind sei – so der ärztliche Bericht – „*zurückgeblieben*“, „*ohne Schulerfolg*“ und seit einiger Zeit sehr „*aufgeregt*“, daneben „*schlaflos*“ und „*zerstörungssüchtig*“. Seine Gefährlichkeit begründe die Aufnahme – er, so ist weiter zu lesen „*zwicket, beißt u. schlägt. Wirft Steiner [sic!], weshalb die Eltern schon angezeigt wurden. Hat noch 7 Geschwister, die nicht sicher [vor ihm] sind*“. Die Mutter gibt beim Aufnahmegespräch an, „*dass der Kranke vom Vater furchtbar geschlagen wurde und das [sic!] es immer schlechter geworden sei, je mehr derselbe geschlagen wurde*“. Auch Konrad erzählt auf Nachfrage des Arztes, dass er vom Vater und den Geschwistern verprügelt worden, weil er „*zuwider*“ gewesen sei. Bei der Übergabe zeigt sich das Kind – den Eintragungen auf der ersten Seite des Krankenakts zu Folge – „*sogleich als unfolgsam*“ und gegenüber „*dem Pfleger im Reinigungsbade frech, hernach ruhig*“. In sein Bett gebracht „*reißt [er] von den Betten die Decken herunter, schlägt und beißt die Pfleger – bekam einen Wickel für 10 Stunden*“. Auch in den Folgetagen wird Konrad fast täglich „*gewickelt*“, weil er den anderen „*Kranken das Brot weg[nimmt]*“ und ihnen „*Ohrfeigen*“ androht. Ein anderes Mal, weil er den Pfarrer schlägt: „*8 Stunden im Wickel, laut geweint, dann wieder geschimpft. Schimpfte, die ihn gewickelt haben solle alle samt der Vater der Teufel holen, dann wieder im Zorn geweint. Nachts ruhig geschlafen*“. In diesen ersten Wochen wird Konrad beinahe täglich gewickelt, nicht nur, weil er stört, sondern weil er nicht im Bett bleibt – das Bad sieht der junge Patient nur alle vierzehn Tage – zur Reinigung.

Das in diesem ersten Einstieg beschriebene Behandlungsarrangement ist auf zweierlei Weise zeittypisch: in der Abfolge und in der Absicht. Außergewöhnlich ist der Kranke selbst – ein behindertes Kind. Kinder waren stets eine nur kleine Patientengruppe gewesen – auch in Hall. Außergewöhnlich ist auch die lange Aufenthaltsdauer, was für die seit etwa 1900 immer deutlicher sichtbar werdende Pflegefunktion der Haller Anstalt, auch für Menschen mit Behinderung, spricht. Zeittypisch ist die Therapiefolge von milden zu drastischen Mitteln: Der Kranke wird in einem ersten Schritt der zu dieser Zeit klassischen Bettbehandlung und erst dann einem ‚hydrotherapeutischen‘ Verfahren

⁷⁸ RALSER, Subjekt 177-178.

– dem „Wickel“ oder der „Einpackung“ – unterzogen. Das heißt, nach einer hier allerdings sehr kurzen Beobachtungszeit mit routinemäßiger Anhaltung im Bett wird zu einem Verfahren übergegangen, das nach damaliger Anschauung stark sediert und zwar „hydriatisch“ und thermisch. Es gab zwei Verfahren: Beim sogenannten *Prießnitzwickel*⁷⁹ wurde der bzw. die Kranke mit kalten Tüchern mehr oder weniger bis zum Hals straff gewickelt und in eine Woldecke verpackt, die verknotet oder mit Leintüchern festgebunden war. Beim Wickel nach *Sander* waren die nassen Tücher warm, wobei eine kalte Kompresse auf die Stirn gelegt wurde, damit der Körper nicht überhitzte. Ob warm oder kalt gewickelt, der bzw. die Kranke war auf diese Weise nahezu unbeweglich für Stunden in ihrem Bett.⁸⁰

*„Die für uns wichtigste Wirkung der Einpackung ist vielmehr eine einfache und direkte Folge der durch sie geschaffenen Situation: sie folgt unmittelbar aus der ihr eigentümlichen Festlegung des Kranken. Ich sehe sie vor allem darin, dass sie den Kranken überhaupt und für eine längere Zeit ruhig stellt, oder doch seine Bewegungsmöglichkeit in hohem Grade einschränkt.“*⁸¹

Die psychotherapeutische Wirkung dieses Verfahrens liege in der Reizentziehung durch Ruhigstellung und in der behaglichen „*Dunstatmosphäre*“, in der die oder der Kranke versetzt würde, so Wilhelm A. Alter, Direktor der deutschen Anstalt Lindenhaus⁸², der nach eigenen Angaben selbst 25.000 Behandlungen mit verschiedenen Formen von Packungen angeordnet und beobachtet haben soll.⁸³ Psychosomatische „*Entreizung*“ der Körperperipherie und motorische Einschränkung waren die Grundmechanismen dieses „*Traitements*“. Ob therapeutisch wirksam oder nicht, das Kind konnte damit offenbar nur für kurze Zeit beruhigt werden, auch verfehlte das disziplinarische Moment sein Ziel – aber der „*Wickel*“ entlastete die Pfleger für längere Zeit. Die strafende Absicht wird im Falle des jungen Patienten mehr als deutlich: er wird gewickelt, weil er den anderen „*Kranken das Brot weg[nimmt]*“ und ihnen „*Ohrfeigen*“ androht. Ähnlich lautende kausale Formulierungen ziehen sich durch den gesamten Akt. Diese beschränkende Seite der „*Einpackung*“ wurde von Psychiatern der Zeit durchaus kritisch gesehen, so zum Beispiel von August Mercklin aus Treptow. Nachdem Mercklin die „*nassen Einpackungen*“ in seiner Anstalt versucht habe und auf den Widerstand seiner Patienten gestoßen sei, die sich „*völlig ablehnend gegen dieselben verhielten und die durch die Packung hervorgerufene starke Beschränkung der freien Bewegung auch mich in unliebsamer Weise an ein Zwangsmittel erinnerte*“⁸⁴, habe er diese abgesetzt. Auch der bereits erwähnte Alter ging mehrfach auf Vorwürfe ein, die „*Einpackung*“ sei nichts weiter als die modernisierte Zwangsjacke. Als Entlastungsargument führte Alter den kurativen Effekt der „*Packung*“ an, welcher der Zwangsjacke ja völlig fehle. Außerdem, so Alter, würde die Anwendung der Packung – ähnlich der Dauerbadbehandlung – die Anstalten dabei unterstützen, andere Zwangsmittel, wie die Isolierung oder Arzneigabe zu reduzieren.⁸⁵

⁷⁹ Vgl. ALTER, Hydrotherapie bei Geisteskranken 398-400.

⁸⁰ Vgl. Heinrich SCHLÖSS, Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Anstalten (Wien-Leipzig 1909) 42.

⁸¹ ALTER, Hydrotherapie bei Geisteskranken 400.

⁸² Vgl. dazu Wilhelm ALTER, Die Fürstlich Lippische Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus 1811-1911. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 13 (1911) 237-250.

⁸³ Vgl. ALTER, Hydrotherapie bei Geisteskranken 399-400.

⁸⁴ MERCKLIN, Anwendung 917.

⁸⁵ Vgl. ALTER, Hydrotherapie bei Psychosen 163.

Auszug 2:

Konrad ist nun nicht ganz einen Monat in der Anstalt, als er zum ersten Mal isoliert wird. Wieder einmal hatte er – so im Krankenprotokoll – einen „Patienten gebissen“ und einem anderen das „Brot weggenommen“. In die Isolierzelle gebracht, „wehrte [er] sich und schrie, schlug heftig an die Zellentür“. Auch in den Folgetagen wird er regelmäßig für bis zu 10 Stunden gewickelt. Am 12. April stellen die Ärzte die Therapie um, er kommt zum ersten Mal für fünf Stunden in das Dauerbad, das ihm aber offensichtlich nicht behagt. Er sei „froh“ und „wirft das Essen zu Boden“, schreibt der Pfleger in den Bericht. Nach diesem erfolglosen Versuch wird die Dauerbadbehandlung abgebrochen und Konrad erneut gewickelt oder isoliert – in den Folgetagen beinahe täglich. An manchen Tagen auch beides – d.h. er wird in der Isolierzelle eingepackt. Am 4. Mai wird notiert: „Gestern wieder den ganzen Tag im Wickel, weil er immer die Kranken stört und neckt, so, daß sich die meisten vor dem Kinde fürchten“. Am 23. April muss Konrad schließlich verlegt werden, „da er von den anderen Kranken wegen seiner Neckereien am Leben bedroht erscheint.“ In der Isolierzelle beginnt er nun seinen Kot auf den Strohsack, die Wände und die eintretenden Pfleger zu schmieren. In der Nacht „lässt er unter sich“, zerreißt in der Zelle Woldecken und spricht „fortwährend von den Geschlechtsteilen der Weiber“. Im Bade spielt er mit den „Geschlechtsteilen“, in der Nacht ist er „laut“. Am 22. Juli bekommt der Elfjährige seine erste Injektion: Hyoscin, worauf er den ganzen Tag schläft und auch in der Nacht ruhig bleibt. Aber er fürchtet sich, weil er den „Teufel“ gesehen habe. Vier Tage später wird die Injektion mit Hyoscin wiederholt. Am 30. Juli erfolgt ein neuerlicher fehlgeschlagener Versuch mit einem Dauerbad, er springt heraus und geht auf die „Umgebung“ los, wird in die Zelle gebracht, schlägt seine „Nase an die Zellentür“, „verschmiert das Blut im Gesicht“. Insgesamt bleibt er nun drei ganze Tage in der Zelle, bittet dann in seinem Bett schlafen zu dürfen, weil er eine „Schlange in der Zelle gesehen“, die ihn auch „gebissen“ habe. Obwohl die therapeutischen Maßnahmen nicht die erwartete Wirkung zeigen, verbringt Konrad den Sommer mehr oder weniger im „Wickel“ oder in der Isolierzelle. Erst im November wird noch einmal ein längerer Zyklus des „protrahierten“ Badens begonnen, doch den Aufzeichnungen zufolge bald abgebrochen. Er „springt aus der Wanne und spritzt mit dem Wasser“ herum. Die beruhigende Wirkung des Badens bleibt aus. Den ersten Winter seines Anstaltsaufenthaltes verbringt Konrad kaum im Bett und selten im Bad, vor allem im Wickel in der Isolierzelle.

Die Isolierung von Kranken in eigenen „Tobzellen“, das war um diese Zeit weitgehend Konsens, diente ausschließlich der Entlastung der Pflege wie der „Schonung“ der MitpatientInnen. An den therapeutischen Nutzen durch Reizentzug glaubten die führenden Psychiater dieser Zeit in der Regel nicht mehr, vielmehr warnten sie vor deren disziplinarischen Missbrauch.⁸⁶ Dennoch war diese Praxis in der Zwischenkriegszeit gang und gebe, Konrad wird bis zu seinem Sterben immer wieder isoliert werden, obwohl er sich fürchtet und immer „wilder gebärdet“. Isolierungen mussten nach interner Vorschrift angeordnet, begründet und schriftlich festgehalten werden. Diesbezügliche Einträge samt Begründung (Störung, Ungehorsam, Aggression) sind in Konrads Akte zahlreich. Mit dem Dauerbad machte das Kind in der vierten Woche seines Aufenthaltes Bekanntschaft. Das Prozedere dieser Therapieform war aufwendig und bedurfte der ständigen Überwachung durch die PflegerInnen, auch waren die Kosten nicht

⁸⁶ Vgl. dazu: Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in Jena, am 20. und 21. April 1903. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 60/6 (1903) 907-923. Vgl. auch SCHOLZ, Aufgabe 699.

unerheblich, bei einer Anwendung wurden mindestens 150 Liter warmes Wasser verbraucht, das permanent auf Körpertemperatur gehalten werden musste. Zu diesem Zweck wurde die Wanne entweder mit einem Holzdeckel, einem Laken oder einer Wolldecke abgedeckt.⁸⁷ Die Wannen selbst bestanden entweder aus Kupfer, Fayence, Guss oder „*Duranametall*“, die Badeanlage in der königlich böhmischen Landes-Anstalt für Geisteskranke in Bohnitz bei Prag verfügte bereits über Mischarmaturen mit eingebautem Thermometer.⁸⁸ Bevor die PatientInnen in die warme Wanne gelegt wurden, rieb die Pflegeperson die Haut des Patienten bzw. der Patientin mit Vaseline ein,⁸⁹ um das Aufquellen und anschließende Austrocknen der Haut zu vermeiden. Anschließend lag der bzw. die Kranke in einer Art „*Hängematte*“ im Wasser, auf die Stirn kam gegebenenfalls eine kalte Kompresse oder ein Eisbeutel. Auf diese Art lagen die PatientInnen von wenigen Stunden bis zu vielen Tagen in der Wanne – sie nahmen dort ihr Essen ein, lasen oder rauchten.⁹⁰ Der Erfolg war dann gegeben, wenn der Badbehandlung ruhiger, tiefer und anhaltender Schlaf folgte.

Doch auch dieser Therapieversuch schlug bei Konrad fehl; auch der zweite Versuch, drei Monate später, musste abgebrochen werden. Für die Ärzte war dies unverständlich, denn anders als Konrad würden die meisten Kranken die Badbehandlung schätzen und dezidiert darum bitten. Wieder wurde das Kind mittels Wickel und Isolierung „*in Schach*“ gehalten, dann folgte die erste subkutane Injektion mit Hyoscin, einem hochgiftigen Alkaloid, das künstlich hergestellt werden kann, aber auch in der Natur in Nachtschattengewächsen wie Bilsenkraut und Stechapfel vorkommt. Es wirkt beruhigend und dämpfend und sorgt für einen Zustand der Willenlosigkeit und Apathie. Die Grenzen seiner Wirkung liegen darin, dass es nur für einige Stunden sediert und zur Gewöhnung führt.⁹¹ In der zeitgenössischen Kritik wurde das Hyoscin als „*chemischer Restraint*“⁹² bezeichnet, vor allem wegen seiner psychomotorischen Wirkung. Den Aufzeichnungen zufolge erhielt Konrad drei Spritzen, zwei davon im Juli 1923 und eine im März 1924. Warum die Ärzte die Gabe von Hyoscin nicht weiter verfolgten, ist den Aufzeichnungen nicht zu entnehmen. Vielleicht erschien ihnen der Knabe doch zu jung oder im Körpergewicht zu leicht. Vielleicht war die Nutzen-Risiko-Abschätzung gegen eine Fortführung ausgefallen.

Auszug 3:

Es ist März 1924 und Konrad ist nun seit einem Jahr in der Anstalt, sein Zustand hat sich kontinuierlich verschlechtert, allein an Gewicht konnte er etwas zugewinnen, er wiegt nun als Zwölfjähriger gut 25 Kilogramm. Er hat in einem Jahr damit 1,5 Kilogramm zugenommen. Der inzwischen pubertierende „*spielt mit seinen Geschlechtsteilen*“, „*schnürt den Penis mit einem Faden ab*“ oder masturbiert – sich und andere. Noch im März erfolgt die schon erwähnte letzte Gabe von Hyoscin, worauf er nur für kurze Zeit „*ruhig gestellt*“ werden kann – es folgt wiederum eine Wechseltherapie aus Dauerbad, Wickel und Isolierung. Erstmals kommt es zu Ohnmachtsanfällen während der Wickelprozedur. Zeitweise „*zittert er am ganzen Körper*“. Er äußert „*von sich heraus, es*

⁸⁷ Vgl. SCHLÖSS, Leitfaden 41.

⁸⁸ Vgl. Joh. HRAŠE, Die königlich-böhmische Landes-Anstalt für Geisteskranke in Bohnitz bei Prag. In: SCHLÖSS (Hg.), Irrenpflege 9 32, hier 31.

⁸⁹ HERMES, Maschinengewehre 7.

⁹⁰ MERCKLIN, Anwendung 916.

⁹¹ Vgl. GROSS, Behandlung 963.

⁹² GROSS, Behandlung 963; vgl. auch SCHOLZ, Aufgabe 798.

wäre wohl gut wenn er sterben könnte, er sei für die Umgebung doch nur eine Plage“. Am 11. April hält der Arzt in die Akte fest: „Infolge der fortwährenden Störungen und Schädigungen die der Kranke verursacht, bleibt nichts anderes übrig [sic!] als den Kranken nachts zu isolieren. Bei Tag liegt er meist im Wickel. Alle Versuche ihn zu beruhigen sind gescheitert“. Ab nun nimmt die Intensität der Einträge deutlich ab. Am 10. Jänner 1926, Konrad ist nun fast dreizehn, verspürt er erheblichen Schüttelfrost, der den ganzen Jänner andauern sollte. Die Malariaimpfung, die er am Dreikönigstag erhalten hat, zeigt ihre Wirkung. Auch seine Temperatur ist für fast 20 Tage erhöht. Für den 27. Februar findet sich der Eintrag: „Ist wiederum unruhig wie früher“. Er wird gewickelt und isoliert. Erst 1932, Konrad ist jetzt Neunzehn und damit seit 9 Jahren ununterbrochen in der Anstalt, scheint er „etwas besser zu haben“ zu sein, er zeige „weniger boshafte Eigenschaften“, „spuckt und kratzt nicht mehr“, war nur „viel außer Bett“. Am 21. Juli 1932 verlässt er gegen Gemeinde-Revers die Anstalt und kommt nach Hause. Der Neunzehnjährige wiegt bei seiner Entlassung 35 Kilogramm.

Die Malariabehandlung, die Konrad im Jänner 1926 durchstehen muss, wurde in Hall ab 1922 praktiziert. Nach dem Bericht des Direktors Ernst Klebelsberg wurden zwischen 1922 und 1933 insgesamt 79 Männer und 46 Frauen dieser Therapieform zugeführt, wobei – wie er ausführt, „wir bei der Indicationsstellung für Malariabehandlung [...] keinesfalls zu engherzig“ waren und den „Standpunkt [vertreten], ein gewisses Wagnis in Kauf zu nehmen.“⁹³ Die meisten der mit Malaria infizierten Kranken litten an Paralyse, viele von ihnen in einem Spätstadium. Die Ergebnisse waren durchgehend ernüchternd. Von den 79 Männern konnten nur 2 als „geheilt“ bezeichnet werden, bei 34 soll sich der Zustand „gebessert“ haben, 22 waren allerdings während der Kur gestorben – woran wird nicht ausgeführt. Von den Frauen wurde laut Klebelsberg nur eine „geheilt“, allerdings 33 „gebessert“.⁹⁴ In der Praxis wurden meist 8 bis 12 Fieberschübe provoziert; bei Konrad, sofern die Aufzeichnungen vollständig sind, nur einer. Vielleicht war der Jugendliche zu schwach, oder die Diagnose zu unspezifisch. Der Eindruck, dass die Ärzte in ihrer Hilflosigkeit ihr gesamtes Arsenal von Interventionsmöglichkeiten aufboten, um endlich einen Erfolg zu sehen, verstärkt sich hier noch einmal. Letztlich ist auch dieser nicht ungefährliche Therapieversuch fruchtlos, Konrad ist unruhiger als zuvor, weshalb wiederum auf die sich als nutzlos erwiesenen Isolierungen und Einpackungen zurückgegriffen wird, nicht zu therapeutischen Zwecken, sondern um seine Betreuung pflegerisch bewältigen zu können – für weitere sechs Jahre.

Auszug 4:

Sieben Jahre später – 13. September 1939 – Konrad ist wieder in Hall. Per Einweisungsschreiben des Sprengelarztes wird Konrad aus dem St. Josefs-Institut in Mils bei Hall mit mehreren dekubitalen Wunden und schweren körperlichen Deformationen eingeliefert. Er ist „gekrümmt“, „starr“ und kann sich nicht aufrichten. Im „ärztlichen Fragebogen“, der nun anders heißt, nämlich „für schwachsinnige, blödsinnige oder epileptische Erwachsene (über 16 Jahren)“ findet sich an entsprechender Stelle die Eintragung, dass der Patient auf Grund von „geistiger Minderwertigkeit“ einen „blödsinnigen Gesichtsausdruck“ habe. Sein Gesicht sei „starr, unbeweglich, ausdruckslos; der Blick ernst und hart, dabei ist selten ein Liedschlag zu beobachten“. Er scheint auf Grund seiner Bewegungslosigkeit „vollkommen hilflos und muss wie ein kleines Kind betreut werden; das Essen

⁹³ Ernst KLEBELSBERG, 10 Jahre Malariabehandlung bei Paralyse. In: Bericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenranke in Hall in Tirol für das Jahr 1934 (Hall in Tirol 1935) 6-9, hier 7.

⁹⁴ KLEBELSBERG, Malariabehandlung 6.

muss ihm eingelöffelt“ werden. „Patient wird zur Behandlung des Dekubitus für einige Stunden in das Dauerbad gegeben. Trotz der täglichen Badbehandlung – täglich 7-8 Stunden“ – zeigen seine nekrotischen Geschwüre aber nur geringe Heilungstendenz, er hat starke Schmerzen, die mit Morphiumtropfen behandelt werden. Wegen seines Stöhnens, das die anderen Kranken stört, wird er nachts isoliert. Bei Tage in der Wanne, in der Nacht in der Isolierzelle. Er hat Temperatur, im Dezember 1939 wird festgehalten, dass sein „Ernährungszustand immer mehr zurückgehe“ und er hochgradig „abgemagert und anämisch“ sei. Der 27-Jährige wiegt nur mehr 31 Kilogramm. „Psychisch“, so der Eintrag, „[sei] der Kranke unverändert, gebemmt, spricht kein Wort, zeitweise beginnt er leicht stöhnend zu Brummen [sic]“, hat offenbar Schmerzen, erhält täglich Morphiumtropfen. Er biete einen „entsetzlichen Anblick des Elends“, lag am Vormittag des 8. Jänner 1940 „morantisch dahin“ und starb um 17.20 an „septischen Marasmus“.

Was ist in der Zwischenzeit geschehen? Wie lange Konrad zu Hause leben konnte, oder seit wann er im St. Josefs-Institut, einem Pflegeheim, war, geht weder aus dem Akten selbst hervor, noch ließ sich diese Frage anhand anderer Materialien klären. Offenbar dürfte sich der nun 26-Jährige aber auch im Pflegeheim vor allem im Bett befunden haben, woher seine offenen Liegewunden herrühren dürften. Zum Abheilen der nekrotischen Stellen wurden Solbäder angordnet, in welchen er täglich lag. Die Anwendung der Solebäder hat in Hall auch wegen der örtlichen Verfügbarkeit von Sole eine lange Tradition.⁹⁵ An dieser Stelle wird der Wandel der Indikationsstellung und Funktion der Dauerbadbehandlung konkret sichtbar: das Bad diene nicht mehr der Beruhigung der Kranken, sondern der Wundbehandlung. In dieser Form wird das Dauerbad, auch mit spezifischen Zusätzen, noch lange Zeit seinen therapeutischen Einsatz finden. Auch bei Konrad stellten sich die erhofften Erfolge dieser Behandlungsform ein, doch waren die Wunden wohl schon zu tief und hatten sich entzündet. Eigentlich hatte man den Patienten nur mehr zum Sterben in die Anstalt nach Hall gebracht.

Die Dauerbadbehandlung als Therapeutikum zur Beruhigung und Entspannung „aufgeregter“ Kranker verschwand in dieser Form Ende der Dreißigerjahre aus dem Therapierepertoire der meisten Anstalten, nicht nur aus Kostengründen, sondern auch wegen ihrer im Vergleich zu den neuen Therapieformen geringen Wirksamkeit. Die eingangs erwähnten „Schocktherapien“ – die Malariatherapie bei progressiver Paralyse (nach 1917)⁹⁶, die Insulinkomabehandlung (ab ca. 1933), die Kardiazolkrampfkur (ab ca. 1934), die Elektrokrampftherapie (ab ca. 1938)⁹⁷ – und die „Arbeitstherapie“ sollten den

⁹⁵ Vgl. dazu den Beitrag von Maria Heidegger in diesem Band.

⁹⁶ Vgl. Magda WHITROW, Wagner-Jauregg and fever-therapy. In: Medical History 34 (1990) 294-310. Hans-Walter SCHMUHL, Kontinuität und Diskontinuität? Zum epochalen Charakter der Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: Franz-Werner KERSTING, Karl TEPPE, Bernd WALTER (Hg.), Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert (Paderborn 1993) 112-136, hier 121. Edward M. BROWN, Why Wagner-Jauregg won the Nobel Prize for discovering malaria therapy for General Paresis of the Insane. In: History of Psychiatry 11 (2000) 371-382.

⁹⁷ Vgl. Erik Robert HEINTZ, Die Einführung der Elektrokrampftherapie an der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität München 1941 bis 1945. (Dissertation, München 2004); Lisa ROSNER, The Professional Context of Electrotherapeutics. In: Journal of the History of Medicine and Allied Sciences 43 (1988) 64-82; K. J. SCHOTT, Die Geschichte der Elektrokrampftherapie. In: Gerhard ESCHWEILER, Barbara WILD, Mathias BARTELS (Hg.), Elektromagnetische Therapien in der Psychiatrie. Elektrokrampftherapie (EKT), transkranielle Magnetstimulation (TMS) und verwandte Therapien (Darmstadt 2003) 3-5.

therapeutischen Alltag in den Dreißigerjahren prägen. Die schwindende Bedeutung der Dauerbadbehandlung wurde im Jahresbericht der Anstalt in Hall 1934 noch thematisiert: *„Mechanische Beschränkungsmittel sind aus der Anstalt jahrzehntelang verbannt, mit Ausnahme der trockenen oder feuchten Einpackungen, die gegenüber früher nur selten mehr verabreicht werden müssen; auch die Dauerbadbehandlung konnte sehr wesentlich eingeschränkt werden, wodurch eine merkliche Ersparung an Brennstoff zu erzielen war.“*⁹⁸

Im Bericht des Jahres 1937 findet die Therapieform des Dauerbades keine Erwähnung mehr, an Stelle dessen enthält der Jahresbericht eine relativ ausführliche Abhandlung über den Beginn des Einsatzes der Kardiazolkrampfkur in Hall.⁹⁹

Die Praxis des Anstaltsalltags sollte in der Folge durch Arbeits- und Beschäftigungsprogramme für die AnstaltspatientInnen bestimmt sein und die *„Arbeitsfähigkeit“* in der NS-Zeit von entscheidender Bedeutung für deren Überleben werden. Für PatientInnen der Anstalt in Hall, die ohne Aussicht auf Heilung zum Teil Jahrzehnte ihres Lebens in psychiatrischen Anstalten und Versorgungsheimen verbracht hatten, bedeutete dies im Jahr 1940 ebenso wie für viele Menschen mit Behinderungen, in die Tötungsanstalten verbracht zu werden. Zwischen Dezember 1940 und August 1942 wurden in insgesamt vier Transporten 360 Männer und Frauen aus Hall nach Hartheim bzw. Niedernhart verlegt und dort ermordet. Konrad wäre unter ihnen gewesen, hätte er die Strapazen der Anstaltsbehandlung in Hall und im St. Josefs-Institut bei Mils in Tirol überlebt.

Information zur Autorin:

Ao. Prof. Dr. Elisabeth Dietrich-Daum ist Dozentin für Wirtschafts- und Sozialgeschichte mit Schwerpunkt Medizin- und Psychiatriegeschichte am Institut für Geschichtswissenschaften und Europäische Ethnologie der Universität Innsbruck. Elisabeth.Dietrich@uibk.ac.at

⁹⁸ N.N., Bericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenranke in Hall in Tirol für das Jahr 1933 (Hall in Tirol 1934) unpaginiert.

⁹⁹ N.N., Bericht der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenranke in Hall in Tirol für das Jahr 1937 (Hall in Tirol 1938) 4-6.