

Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Gießen

Teil 1: Von der Vor- und Entstehungsgeschichte bis zum Ende des Ersten Weltkriegs

HERWIG GROß

Anfänge seit dem 19. Jahrhundert

Ferdinand August Maria Franz von Ritgen (1787–1867) war Professor an der damaligen Ludwigs-Universität und vor allem durch sein Wirken als Geburtshelfer bekannt. Vielseitig interessiert forderte er schon in den 1830er Jahren, eine „besondere psychiatrische Unterrichtsanstalt“ an der Universität Gießen zu erbauen, damit die zukünftigen Ärzte die Krankheitsbilder psychisch Kranker direkt studieren konnten. Er publizierte auch über Geistes- und Gemütskrankheiten.¹ Als Abgeordneter der zweiten Kammer des Landtages trug er immer wieder verschiedene Belange des Medizinalwesens betreffend vor und entwickelte eine Reihe innovativer Pläne. Es dauerte allerdings noch mehrere Jahrzehnte, bis die erste psychiatrische Institution mit der Eröffnung der psychiatrischen Universitätsklinik im Jahre 1896 unter Robert Sommer (1864–1937) eröffnet wurde.

Im 19. Jahrhundert entwickelte sich ein medizinisches Vorgehen mit dem Ziel einer möglichen Heilung und Besserung und Reintegration psychisch Kranker, mit der psychiatrischen Universitätsklinik kam nun die Forschung hinzu. Sommer forcierte auch den Bau einer Heil- u. Pflegeanstalt in der Provinz Oberhessen, er benötigte eine solche auch zur „Evakuierung“ seiner nur mit 100 Plätzen ausgestatteten Klinik. Beide Kliniken sollten nahe beieinanderliegen, die auszubildenden Ärzte könnten so kürzere Verläufe mit Schwerpunkt Diagnostik und Therapie und längerfristige Verlaufsformen mit unterschiedlichem Ausgang studieren. Das klinisch-praktische Element sollte so auch die Attraktivität des Medizinstudiums an der Ludoviciana steigern. Endgültig verankert wurde im Übrigen eine psychiatrische Pflichtausbildung im Medizinstudium erst in der Approbationsordnung von 1901.²

Das traditionelle fürsorgerische Element wurde durch die 1903 eingerichtete oberhessische Provinzial-Siechenanstalt in der Licher Straße 76 repräsentiert, die den Gemeinden und oberhessischen Kreisen die ansonsten verpflichtende soziale Daseinsfürsorge für „arme chronisch Kranke“ als zentrale Institution abnahmen und auch sog. boshafte Arme, Bettler und sozial Auffällige aufnahm.

1 Leitfaden für die Erkenntniß und Behandlung der Persönlichkeitskrankheiten, entworfen von Ferd. August Ritgen, Erster Band, 1837.

2 Irmtraud Sahlmann in: Psychiatrie in Gießen, Facetten ihrer Geschichte zwischen Fürsorge und Ausgrenzung, Forschung und Heilung, Gießen 2003, S. 23

Damit hatten sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts drei Säulen der psychiatrischen Versorgung am Standort Gießen etabliert, nämlich die Psychiatrische Universitätsklinik, die Heil- und Pflegeanstalt und die Provinzial-Siechenanstalt, wobei jede eine spezielle Ausrichtung hatte und eigene Entwicklungen durchmachte.

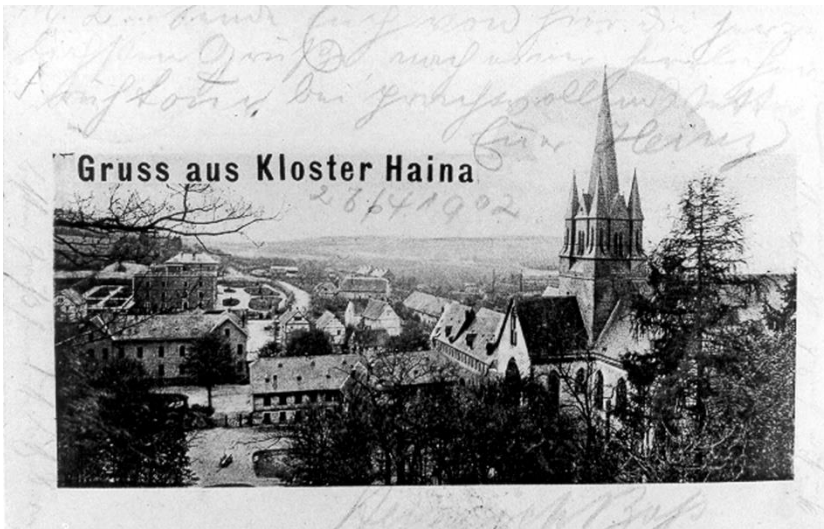
Ende des 18. Jahrhunderts wurden sog. Geisteskranke vermehrt als Kranke und Patienten wahrgenommen, die einer Therapie in einer Heilanstalt zugeführt werden sollten. Über die Ursache geistiger Erkrankungen kristallisierten sich damals zwei gegenüberstehende Theorien heraus: Die *Somatiker* vertraten die Auffassung einer körperlich-organischen Ursache, die *Psychiker* waren hingegen der Ansicht, dass psychische Krankheiten Erkrankungen der Seele selbst seien und körperliche Veränderungen nur sekundär aufträten, die Seele mache sich selbst und den Leib krank. Zwischen Psychikern und Somatikern wurden heftige Polemiken ausgetragen, die sich zum Teil bis in die Gegenwart auswirken.³

Im 19. Jahrhundert war die Nachfrage nach Unterbringungsplätzen für Geisteskranke stets steigend, diese Entwicklung hing auch mit den ökonomischen und sozialen Umwälzungen der beginnenden Industrialisierung zusammen. Der Lebensunterhalt wurde zunehmend aus industrieller Lohnarbeit gewonnen, hiermit setzte eine Migration in die Städte und in die Produktionszentren ein und damit brach auch die traditionelle dörfliche Familienstruktur auf: Der dörfliche Zusammenhang ermöglichte eher den Verbleib von psychisch Kranken in der Gemeinde, das städtische Umfeld war für die Kleinfamilie anonym, eine Nachbarschaftshilfe war kaum vorhanden. Man musste sich in engen und unzulänglichen Wohnverhältnissen einrichten, tendenziell mussten alle arbeitsfähigen Familienmitglieder zum Unterhalt beitragen, so dass eine Versorgung zu Hause unmöglich war.⁴

Innerhalb der Psychiatrie setzten sich im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts allmählich Konzepte durch, die auf jegliche Zwangsausübung verzichten wollten „non restraint“ und als sog. Stadtasyle die Nähe von Städten und Ortschaften bevorzugten gegenüber dem älteren Modell des fernab in „ländlicher Umgebung“. In eben jene wurden viele Jahre lang oberhessische und Gießener Patienten auf Besuch und mit Unterschrift des Dorfpfarrers und/oder des Schultheißens entweder ins Kloster Haina (für Männer zuständig) oder Kloster Merxhausen (Frauen) aufgenommen, wenn sie keinen Platz im städtischen Hospital fanden.

3 Uwe Hendrik Peters in „Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie“, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Urban & Schwarzenberg 1990.

4 Sahmland, Anm. 2, S. 24-25.



Gruß aus Kloster Haina

Ab 1828 konnten dann Gießener Patienten auch im Landehospital Hofheim bei Darmstadt (Philipps-Hospital Goddelau) aufgenommen werden. Dieses übernahm dann nach und nach die Patienten aus der oberhessischen Provinz. Eine Aufnahme konnte sich über mehrere Monate hinziehen, bei sog. gefährlichen und tobsüchtigen Kranken mussten externe Wachleute bis zur endgültigen Aufnahme engagiert werden, was zusätzlich eine finanzielle Last für die Familien bedeutete, so dass häufig die Ortsarmenverbände zusätzliche Hilfe leisten mussten. Im Allgemeinen verblieben die dann endlich Aufgenommenen bis zum Ende ihres Lebens im Hospital.

Zu den drei psychiatrischen Einrichtungen in Gießen

1880 wurde im gesamten Großherzogtum eine sog. Irren- und Siechenzählung durchgeführt, um den Bedarf mit der tatsächlichen Versorgungssituation zu erfassen, für den Kreis Gießen wurden 441 Personen ermittelt, die sich außerhalb einer Anstalt befänden,⁵ davon seien über die Hälfte aufnahmepflichtig. Betroffen seien „erworbene chronische Geisteskrankheiten“, „von Geburt an Geistesgestörte“, „Cretins“, „Epileptiker“, „Taubstumme“, „Blinde“, „Verkrüppelte“, „Lahme“ und schließlich „siche und hülflose Personen“, die unterstützungsbedürftig seien.⁶


5 Sahmland, Anm. 2, S. 42.

6 Cretins ist ein früher geläufiger Ausdruck für angeborenen Schwachsinn, der bevorzugt in Gebirgsgegenden beobachtet wurde und seine Ursachen in einer angeborenen massiven Schilddrüsenunterfunktion hat und mit Kleinwuchs einhergeht. Eine andere biologische Ursache für das Auftreten von geistigen Behinderungen war die Rachitis als Krankheit der industriellen Revolution. Durch fehlendes Sonnenlicht und damit Vitamin D-Mangel entwickelte sich bei Frauen eine rachitische Beckenverengung, die den Geburtsvorgang verzögerte und so zu Sauerstoffmangel im Gehirn des Neugeborenen führte, auch sog. *englische Krankheit*.

Gießen war seit der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Provinzialhauptstadt des großherzoglichen Oberhessen und Sitz der Verwaltung des Kreises Gießen und überdies seit 1607 Universitätsstadt. Als solche war sie geradezu prädestiniert für die Errichtung von Krankenanstalten, auch als weitere Ausbildungsstätte des medizinischen Nachwuchses.

Schon bei der Diskussion über den Standort der provinziellen Siechenanstalt (Eröffnung 1903, Licher Straße 76) standen Alsfeld, Grünberg und Gießen zueinander in Konkurrenz. Trotz heftiger Proteste aus Grünberg, die bis in den Landtag hineingetragen wurden, überwogen die Standortvorteile wie beispielsweise Verkehrsanbindung, Nähe zur Universität, bessere Infrastruktur für die Universitätsstadt. Zudem stellte Gießen den Baugrund sowohl für die Siechenanstalt als auch für die Heil- und Pflegeanstalt kostenlos zur Verfügung und band beide Standorte an das städtische Versorgungsnetz an.

Am 01.07.1902 entschied dann die Ständeversammlung in Darmstadt einstimmig, dass die neu zu errichtende sog. Landesirrenanstalt in Gießen zu errichten sei.

Blatt Nr. 12. 1975 Leitung Nr. Telegramm Nr.	Bürgermeisteren	
Angenommen von den / am / Uhr / Min. durch	Telegraphie des  Deutschen Reiches. Amt Gießen I.	Ausgefertigt: am / Uhr / Min. durch
Telegramm aus Darmstadt 28. 1902, den / am / um / Uhr / Min.		
<p>irrenanstalt giessen einstimmig genehmigt grüßlich</p>		

„Telegramm des Gießener Landtagsabgeordneten Dr. Egidius Gutfleisch mit der Erfolgsmeldung aus Darmstadt „irrenanstalt giessen einstimmig genehmigt““ (Stadtarchiv Gießen, L 1352/II)

Der zunächst vorgesehene Standort in unmittelbarer Nähe zur Psychiatrischen Universitätsklinik an der Frankfurter Straße Richtung Kleinlinden scheiterte am Grunderwerb. Die begonnenen, vorgenommenen Geländeuntersuchungen waren trotz größter Diskretion den diversen Privateigentümern nicht verborgen geblieben, so dass die Grundstückspreise stark anstiegen. Man einigte sich schließlich auf ein Gelände im Stadtwald zwischen Licher Straße und dem Alten Steinbacher Weg,

etwas außerhalb der Stadt, dieses Grundstück befand sich vollständig im Besitz der Stadt Gießen. 1906 wurde das ca. 23.000 qm große Gelände für 75.000 RM an das Land verkauft, für diesen Kaufpreis verpflichtete sich die Stadt, auf ihre Kosten Anschlüsse an Kanalisation sowie Wasser und Elektrizitätsleitungen bis an die Grundstücksgrenze bereitzustellen.

Zum Baubeginn Spätsommer 1906 wurde als erstes das unmittelbar an der Licher Straße gelegene Pförtnerhaus errichtet, in dem bis Herbst 2011 die staatliche Baubehörde das Baubüro die Bauleitung unterhielt. Zur Benennung der neuen Anstalt sollten zunächst Flurnamen verwendet werden, die Stadtverordnetenversammlung beschloss 1907 „Heilanstalt Waldhof bei Gießen“, 1908 „Heilanstalt Waldheim bei Gießen“. Das Ministerium wollte allerdings keine Phantasiebezeichnungen und ordnete die Bezeichnung „Großherzogliche Landesheil- und Pflegeanstalt“ an. Der Gießener Anzeiger berichtete Anfang September 1911 ausführlich über die Anstalt und hob insbesondere die architektonische Konzeption mit dem offenen und freiheitlich wirkenden Pavillonstil hervor. Damit war Oberhessen im Besitz einer eigenen Anstalt und die Patienten mussten nicht mehr in entfernte staatliche Einrichtungen gebracht werden.⁷

Alle drei in Gießen jetzt beheimateten psychiatrischen Institutionen wurden im modernen Pavillonstil errichtet, dieser löste baugeschichtlich sich von den kompakteren Formen des Kasernenbaus ab, sie imponierten vielmehr als Villenkolonien und verwiesen damit auch auf die neuen medizinisch-therapeutischen Konzepte, nach denen in ihnen gearbeitet werden sollte.

Die neueren Baukonzepte von sog. Irrenanstalten sahen großzügige Parkanlagen (bspw. Siesmayer-Caree, Universitäts-Nervenklinik) vor, bei Heil- und Pflegeanstalten kam häufig noch ein agrikoler Aspekt mit hinzu mit geregelter Tagesablauf in der Landwirtschaft, wobei die Patienten auch selbst einen Beitrag zur Deckung der Pflegekosten erwirtschafteten.

Allerdings ist die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts auch die Zeit von Drehstuhl, Zwangsstuhl mit völliger Fixierung und auch der Anwendung mit Zwangsjacken. Schon kurz nach der Eröffnung im Spätsommer 1911 wurde die Heil- und Pflegeanstalt im Gießener Volksmund als „Huppla“ benannt. Dies geschah keineswegs abwertend, sondern es artikuliert sich hierin eher eine unkompliziert-freundliche Einstellung der Bevölkerung dieser Einrichtung gegenüber. Die vorliegenden Quellen geben auch keinerlei Hinweise darauf, dass es in der Öffentlichkeit Diskussionen, Einwände oder gar Widerstände gegen die Errichtung einer sog. Landesirrenanstalt gegeben habe.⁸

Zur Planungs- und Baugeschichte der Landesheil- und Pflegeanstalt Gießen

Zwischen 1890 und 1910 entstanden in Deutschland viele Anstaltsneubauten. Besonders in den bevölkerungsreichen süddeutschen Staaten reichten die Erwei-

7 Gießener Anzeiger 04.09.1911.

8 Ludwig Brake, Die Stadt Gießen und die Errichtung der Landesheil- und Pflegeanstalt, in „Psychiatrie in Gießen“, Anm. 2., S. 93.

terungen schon bestehender Anstalten nicht mehr aus. Hintergrund war dabei eher nicht eine vermutete Zunahme von Geisteskrankheiten, auch nicht ausschließlich die rapide wachsende Bevölkerungszahl, sondern die Entwicklung der Industrialisierungs- und Urbanisierungsprozesse, die die gesamte Gesellschaft tiefgreifend veränderten und so eine Vielzahl von Menschen aus ihren traditionellen und oft dörflichen Lebensverhältnissen herausriss und völlig neuen Anforderungen aussetzte.

Mit der Gründung des Deutschen Reiches 1871 änderte sich auch die staatliche Psychiatriepolitik hin zu ordnungspolitischen Aufgabenfeldern. Neben dem Fürsorgeaspekt wurden unter dem Einfluss der Degenerationstheorie die neue Lehre von den „psychopathischen Minderwertigkeiten“ aufgegriffen und jede Form abweichenden Verhaltens als krankhaft definiert und der Psychiatriesierung zugänglich gemacht. Es sei Aufgabe der Psychiatrie, „die Öffentlichkeit von geistig krankhaften gearteten Elementen möglichst vollkommen und dauerhaft zu befreien“.⁹ Finanziert werden konnte dieser Kraftakt des Baus neuer Anstalten u. a. durch die französischen Reparationszahlungen nach dem Krieg 1870/71. Aufgrund eigener Verlaufsuntersuchungen hatte der damalige Münchner Ordinarius Emil Kraepelin (1856-1926) – dessen Meinung in psychiatriepolitischen Fragen im damaligen Deutschen Reich von Bedeutung war – die Heilungschancen der an Schizophrenie erkrankten Patienten als geringfügig angesehen, diese Krankheitsgruppe mit dem Namen „Dementia praecox“ (vorzeitige Verblödung) belegt und die Dauerunterbringung in Anstalten gefordert. All dies trug zur beträchtlichen Ausweitung der Psychiatrie-Bettenkapazitäten in Deutschland zu jener Zeit bei.

Die Wiege der Psychiatrie im Großherzogtum Hessen befand sich in Hofheim (heute Goddelau), wo Landgraf Philipp der Großmütige zur gleichen Zeit wie in Haina und Merxhausen 1535 diese Klöster säkularisierte und daraus Armenhospitale stiftete, in welchen auch psychisch kranke Menschen Aufnahme finden sollten. Georg Ludwig (1826-1910), Hofheimer Direktor und einer der wichtigsten Psychiater-Persönlichkeiten im Großherzogtum, drängte auf Entlastung durch den Bau einer neuen sog. Irrenanstalt, dem 1858 beide Kammern der hessischen Landstände zustimmten. 1866 eröffnete die Anstalt Heppenheim. Die rheinhessische und oberhessische Provinz des Großherzogtums verfügten zunächst nicht über solche Einrichtungen und bedingt durch den absoluten Platzmangel in den Staatsanstalten wurden dann die Anstalt Alzey in Rheinhessen und Gießen für Oberhessen mit jeweils ca. 400 Betten geplant. 1908 wurde Alzey unter Dir. Carl Osswald (1875- ?) eröffnet, Osswald wechselte dann 1911 in gleicher Stellung nach Gießen.

Das großherzoglich-hessische Budget sah 1901/1902 zum Geländeerwerb einen Betrag von 150.000,- RM vor und beschrieb auch den Verwendungszweck: „... letztere soll in der Nähe der psychiatrischen Klinik zu Gießen erbaut werden und zwar sowohl, um die Evacuation dieser zu erleichtern, als auch, weil es zu den

9 Adolf Groß, ehem. Direktor der Anstalt Rufach im Elsass, zeitgemäße Betrachtungen zum wirtschaftlichen Betrieb der Anstalten, in: „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“, Band 79 (1923), S. 60-74.

Aufgaben des klinischen Instituts gehörend betrachtet wird, nicht nur „frische Fälle von Geistesstörung vorzuführen, sondern auch an möglichst zahlreichen chronisch Kranken den weiteren Verlauf und auch den Ausgang der Krankheit ebenso zu demonstrieren, wie etwaige Beziehungen zum Bürgerlichen Gesetzbuch, zum Strafgesetzbuch und zur Strafvollstreckung. Es würde dann auch eine Abteilung für criminelle Irre eingerichtet werden. Die Gießener psychiatrische Klinik würde sich dadurch in einer sehr vorteilhaften Weise vervollkommen“.¹⁰

Man wollte in Gießen ein perfekt funktionierendes Evacuierungssystem aufbauen: Die Universitäts-Nervenlinik entließ „uninteressant“ gewordene Krankheitsfälle in die Heil- und Pflegeanstalt, diese hatte die Möglichkeit, Patienten an die Siechenanstalt weiterzuleiten und dies alles innerhalb der Stadtgrenzen von Gießen. Allerdings ließ sich die ursprüngliche Absicht, die Anstalt in unmittelbarer Nähe der Nervenlinik zu errichten, nicht realisieren wegen der deutlich gestiegenen Grundstückspreise.

Als psychiatrische Experten für die Gestaltung der Gießener Anstalt und besonders dessen inneren Ausbaus und der Raumgestaltung der einzelnen Krankenhausstationen gelten Prof. Adolf Heinrich Dannemann (1867-1932), Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik und vor allem Dr. Carl Osswald, der vorher den Bau von Alzey als psychiatrischer Berater für die Bauleitung mitbeeinflusste. Die fast vollkommene Übereinstimmung vieler Häuser in Aufteilung und Größe zwischen Alzey und Gießen weist auf die praktischen Erfahrungen hin, die Osswald beim Bau von Alzey gewinnen konnte. Auf historischen Gesamtaufnahmen fällt auch die große Übereinstimmung des Gesamtensembles auf, lediglich die strenge Symmetrie mit einer Mittelachse in Alzey wurde in Gießen aufgrund der vorgefundenen Terrain-Verhältnisse mit flachen, aber auch hügeligen Anteilen aufgegeben. Die Funktionsgebäude wie Pförtnerhaus, Verwaltung, Kirche, Wasch- und Kochküche, Kesselhaus und Eiskeller wurden aus der Mittelachse herausgenommen und nahe der vorbeiführenden Licher Straße aufgestellt. Die Krankenvillons wurden tiefer in das Gelände und damit in Waldnähe hineingebaut, wobei zwischen den einzelnen Bauten bewusst solitär stehende Baumgruppen belassen wurden. Die Trennung der Geschlechter wurde beibehalten, im Gießener Plan ist das durch eine gestrichelte Linie ersichtlich, die im Plan als Geschlechterachse eingetragen ist. Die sozialdarwinistische Begründung für diese Geschlechtertrennung lautete u. a., dass „die Anstalt sich nicht aus sich selbst heraus vermehren sollte“.

Dadurch, dass man in Gießen die Gebäude selbst etwas kleiner hielt und den bestehenden Baumbestand geschickt nutzte, entstand nicht wie sonst der Eindruck einer Kasernenanlage mit dazwischenliegenden Exerzierplätzen.¹¹ Auch die Nähe zur Stadt, die leicht mit der Straßenbahn zu erreichen war, galt als Vorteil für die Beschäftigten. Schon zur damaligen Zeit hatten weiter von den Zentren abgelegene

10 Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift (PNW), Nr. 43 (1901), S. 422, unter „Mitteilungen“.

11 Johannes Breslers: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für psychisch Kranke in Wort und Bild, Halle a.d.S. 1910.

größere Anstalten schon große Mühe, ausreichend Personal zu bekommen, auch wegen des fehlenden Freizeitangebots.

Die Funktionalität der Krankengebäude

Alle Krankengebäude waren in ihrer Form und Funktion doppelt angelegt, jeweils auf der Frauen- und Männerseite. Man unterschied damals große, in drei Stationen gegliederte Gebäude für Wachbedürftige, die zum Teil mit Dauerbädern und großen Wachsälen ausgestattet waren.



„Wachsaal“

Dann gab es Gebäude für Pflegebedürftige und Gebäude für Unruhige mit jeweils zwei Abteilungen. In allen Kellern befanden sich Arbeitsräume für Patienten, in den Dachgeschossen befanden sich häufig Zimmer fürs Pflegepersonal und teilweise auch ein Kasino. Die insgesamt früher viermal vorhandenen sog. Landhäuser für jeweils 25 Patient/Innen, die in Landwirtschaft, Gärtnerei, Koch- und Waschküche, Bügelzimmer etc. beschäftigt waren, heben sich deutlich vom Krankenhaus-Charakter ab und entsprechen eher großen Familienhäusern. Sie besitzen im Erdgeschoss große Dielen, Wohn- und Tagesräume, im Obergeschoss kleinere Schlafsäle mit Waschräumen. Mit Extrazugang von außen in einen großen Kellerraum gab es Stiefelablage mit Reinigungsbecken und Aufbewahren der Arbeitskleidung, die dort auch trocknen konnte. In einem Landhaus auf der Männerseite befindet sich heute noch im Dachgeschoss eine große Kleideranlage für die Feiertags- und Sonntagskleidung der damaligen gesamten Männerabteilung.

Diese Landhäuser boten zwar keinen besonderen Komfort, ermöglichten aber mit ihren größeren Aufenthaltsräumen und den kleineren Schlafsälen deutlich mehr Bewegungsfreiheit und sogar so etwas wie Behaglichkeit. Auch waren in den Landhäusern das Pflegepersonal nicht ständig präsent, dies erinnert an sog. „Pflegerlose-Abteilungen“, wie es sie um die Jahrhundertwende in einigen „Reform“-psychiatrien gab. Die geschlossen geführten Häuser hatten alle eine Terrasse und einen umzäunten Garten, der in den Landhäusern offen war.

Das „Feste Haus“ in Gießen – eine Institution zwischen Strafvollzug und Psychiatrie

Das „Feste Haus“ war für das Großherzogtum eine neue und einmalige Einrichtung, da es sog. kriminelle Geistesranke per Gerichtsbeschluss aufzunehmen hatte, hier war der Sicherungsgedanke oberstes Gebot. Überwiegend mit Einzelzellen ausgestattet, umgab die beiden Innenhöfe eine über 4,20 m hohe und 60 cm dicke Mauer. Alle Fenster waren vergittert, der Zugang war nur über Schleusen möglich. Letztlich lässt sich als Fazit feststellen, dass die Anstalt in Gießen dem Standard entsprach, den die nach der Jahrhundertwende erbauten Anstalten in ihrer Mehrheit aufwiesen.

„Feste Häuser“, „Verwahrungs- oder Bewahrungshäuser“ entstanden als besonders gesicherte psychiatrische Abteilungen in den Jahren zwischen der Gründung des Deutschen Kaiserreichs 1871 und dem Ersten Weltkrieg, sie dienten der psychiatrischen Unterbringung und Behandlung sog. gemeingefährlicher Geistesranke. Hierunter waren v. a. vier Gruppen von Patienten gemeint:

Erstens Untersuchungshäftlinge, deren Geisteszustand nach § 81 StPO während mehrerer Wochen psychiatrisch beobachtet wurden, um Simulation auszuschließen und um festzustellen, ob die Gefangenen überhaupt straffähig waren.

Zweitens mit dem Gesetz in Konflikt geratene „Geistesranke“, die nach § 51 des Reichsstrafgesetzbuches als zurechnungsunfähig galten und daher straffrei blieben.

Drittens Straftäter, die während ihrer Haft in einem Zuchthaus oder Gefängnis psychisch erkrankten.

Viertens schließlich Psychiatrie-Patienten, die zwar nicht kriminell waren, aber als besonders aggressiv und gefährlich galten.¹²

Die Belegung der „Festen Häuser“ umfasste also kriminelle und nichtkriminelle Patienten und unterschied sich somit von den heutigen rein forensischen Abteilungen in psychiatrischen Einrichtungen. Fast ausschließlich handelte es sich um als besonders gefährlich und renitent geltende männliche Patienten, während straffällig gewordene Frauen in allgemein-psychiatrischen Abteilungen verblieben.

Bei den begangenen Straftaten, die zur Unterbringung in „Feste Häuser“ führten, überwogen um 1900 vor allem Eigentumsdelikte, während schwere körperliche Gewalttaten im Gegensatz zur heutigen Situation selten zu verzeichnen waren.¹³ In den meisten nicht-preußischen Ländern kam es nicht zur Gründung von Bewahrungshäusern oder „festen Häusern“, hier wurden sog. „Gemeingefähr-

12 Regulativ für die großherzoglichen Landesheil- und Pflegeanstalten über die Aufnahme, den Aufenthalt und das Ausscheiden der Pflöglinge, in „Großherzoglich-hessisches Regierungsblatt Nr. 35, Darmstadt, den 23.12.1911, S. 569-584, hier S. 571.

13 Christina Vanja, Das Feste Haus – Eine Institution zwischen Strafvollzug und Psychiatrie, in „Psychiatrie in Gießen“, Anm. 2, S. 125 ff, eine Statistik der Klinik für gerichtliche Psychiatrie Haina aus dem Jahr 1982 ergab, dass 38,5% der Patienten wegen Gewaltdelikten, 21,8% wegen Sexualdelikten, 11,5% wegen gewalttätiger Eigentumsdelikte und 9% wegen Brandstiftung eingewiesen wurden.

liche“ in gemischten Abteilung der Heil- und Pflegeanstalt untergebracht, oder es bestanden eigene psychiatrische Abteilungen als sog. Adnexe von Strafvollzugsanstalten.

Die grundlegende Veränderung des Strafvollzugs Ende des 18. Jahrhunderts durch den Bau sog. Zellengefängnisse zur Isolierung der Gefangenen hatte zu einem starken Ansteigen des bisher unbekanntem Symptoms der Haftpsychosen geführt, so dass immer mehr Straftäter zu Psychiatrie-Patienten wurden. In den großherzoglich-hessischen Strafvollzugsanstalten Butzbach und Marienschloss Rockenberg kam der zuständige Anstaltsarzt Dr. Kullmann zu dem eindeutigen Ergebnis, dass Psychosen in Einzelhaft deutlich häufiger auftraten. Anfang des 19. Jahrhunderts mischten sich medizinische Beobachtungen immer stärker mit biologischen und sozialen Bewertungen. Im Unterschied zur Seelenheilkunde der ersten Jahrhunderthälfte, die Straftätern ebenso wie Psychiatrie-Patienten Chancen der Heilung und Resozialisierung zu bieten suchte, schien am Ende des Jahrhunderts unter dem Einfluss der Lehren des italienischen Psychiaters Cesare Lombroso (1835-1909) Geisteskrankheit ebenso wie Verbrechen endogen verursacht und damit grundsätzlich unheilbar. Auch wenn diese Thesen keineswegs von allen Experten der forensischen Psychiatrie in Deutschland damals geteilt wurden, setzte sich doch langfristig das neue biologische Denken durch. Kriminelle und „Geistesranke“ als wichtigste Vertreter eines angeblich defizitären Erbgutes gerieten somit gemeinsam in das Zentrum eines gesellschaftlichen Diskurses, der politisches Handeln forderte. Für den Staat galt als vorrangig, die Gesellschaft gegenüber „schwachsinnigen“ Straftätern ebenso wie gegenüber sog. Gemeingefährlichen zu schützen. Strafrechtlich blieb im Deutschen Kaiserreich – hier war zwar die Frage der Zurechnungsfähigkeit nach preußischem Vorbild von Straftätern geklärt – die Lösung des Problems offen, wie mit unzurechnungsfähigen oder gemeingefährlichen Straftätern umzugehen sei. Erst das nationalsozialistische Regime kam den Forderungen vieler Psychiater, Juristen und Kriminologen durch die Einführung des Maßregelvollzugs nach und regelte ab 1934 gem. § 42 b Reichstrafgesetzbuch die Einweisung psychisch kranker Straftäter grundsätzlich in Heil- und Pflegeanstalten.¹⁴ Das im Jahr 1911 auf dem Gelände der Landesheil- und Pflegeanstalt Gießen zusammen mit der übrigen Einrichtung eröffnete „Feste Haus“ bildet die einzige Abteilung ihrer Art, die jemals in den Vorgänger-Territorien des heutigen Bundeslandes Hessen errichtet wurde.

Die Institution wurde bis 1976 als „Festes Haus“ des psychiatrischen Krankenhauses Gießen genutzt, zuvor als staatliche Einrichtung des Großherzogtums, des Volksstaates bzw. des Landes Hessen sowie des Regierungsbezirks Darmstadt. Seit 1977 ist das Gebäude Teil der inzwischen durch einen Neubau erheblich erweiterten Gießener Außenstelle der Klinik für forensische Psychiatrie in Haina. Nach

14 Erst das Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung, das sog. Gewohnheitsverbrechergesetz vom 24.11.1933, führte das Merkmal der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetzbuch ein und schuf mit dem § 42 die Grundlagen für eine zwangsweise Anstaltsunterbringung; s. dazu auch Vanja, Anm. 13, S. 125 ff.

Abb. 2: „Nord-West Ansicht des Festen Hauses zu Gießen, um 1911 (Bauabteilung des ZSP Mittlere Labn, Gießen)“

Zu dieser Abteilung für „geistesranke Verbrecher und verbrecherische Irre“ war auch vom großherzoglichen Ministerium der Justiz angeregt worden, denn die beiden zentralen Strafvollzugsanstalten des Großherzogtums Hessen lagen gleichfalls in Oberhessen. Diese waren das 1811 eröffnete Landeszuchthaus Marienschloss bei Rockenberg und die zu dieser Zeit noch relativ neue, nämlich 1894 in Betrieb genommene Zellenstrafanstalt Butzbach. Eine Überführung psychisch Erkrankter oder zur Beobachtung bestimmter Straftäter konnte somit aus relativer Nähe erfolgen; die Abschiebung problematischer männlicher Patienten aus der Universitätsklinik und die zeitgemäße Lösung der Versorgung krimineller „Geisteskranker“ aus dem Strafvollzug durch Schaffung der neuen Institution waren demnach zwei wichtige Gründe für die Planungen in Gießen.

Entscheidend für den Standort und für die Einrichtung des „Festen Hauses“ anstelle der bisherigen gemischten Unterbringung dürfte jedoch ein weiterer Aspekt gewesen sein: nämlich der akademische Unterricht, und die Fortbildung der psychiatrischen Wissenschaft in diesem damaligen psychiatrischen Randgebiet. Einfluss nahm damals sowohl Prof. Sommer (1864-1937) von der Universitätsklinik als auch Dr. Carl Osswald, der dann auch erster Direktor wurde, beide waren an Fragen und Problemstellungen aus dem forensischen Bereich der Psychiatrie interessiert und fungierten auch als psychiatrische Gutachter in Strafverfahren. Bei Sommer bildete die forensische Psychiatrie seinen zentralen Forschungsschwerpunkt.¹⁶ Das Feste Haus in der nahegelegenen Heil- und Pflegeanstalt erschien aus diesem Blickwinkel als Beobachtungsstation bzw. Reservoir zur Rekrutierung ein-



16 Wegen dieser Spezialkenntnisse war Robert Sommer 1895 bereits mit Empfehlung von Emil Kraepelin als hervorragend geeignete Kraft für die Vertretung u. die Besetzung des Lehrstuhls für Psychiatrie in Gießen berufen worden, s. dazu Vanja, Anm. 13, S. 125 ff., 151.

zelter krimineller Geisteskranker für akademische Studien und Unterrichtszwecke im Rahmen des neuen Forschungsschwerpunktes der forensischen Psychiatrie geradezu ideal. Hier konnten auch die langfristigen Verläufe von schwierigen Geisteskrankheiten beobachtet und analysiert werden. Auch Carl Osswald hatte sich bereits als Oberarzt im Philipps-Hospital Goddelau intensiv mit Fragen der institutionellen Versorgung Geisteskranker Krimineller befasst und trat entschieden für besonders feste Bauten mit allen Sicherheitsmaßregeln ein. Er begrüßte die vorgesehene Gießener Lösung als einen außerordentlichen Fortschritt und Gewinn für das „hessische Irrenwesen.“

Den Interessen der Forensiker kam im Großherzogtum Hessen-Darmstadt entgegen, dass sich hier sowohl das Anstaltswesen und der Strafvollzug ebenso wie die Landesuniversität in staatlicher Verwaltung befanden und nicht unter verschiedenen öffentlichen Trägern aufgeteilt waren. Die im Mai 1904 von der Staatsregierung berufene und unter der Leitung eines Generalstaatsanwalts stehende Kommission aus Psychiatern und Strafanstaltsdirektoren einigte sich schnell über die Errichtung des Festen Hauses. Adolf Heinrich Dannemann, der sich auf Anregung von Sommer im Jahre 1901 für das Fach Psychiatrie, speziell forensische Psychiatrie und Anstaltswesen habilitierte, wurde 1909 als Oberarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik „psychiatrischer Hilfsarbeiter“ in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege im hessischen Innenministerium in Darmstadt und begleitete in dieser Funktion den Bau der Landesheil- und Pflegeanstalt in Gießen einschl. des Festen Hauses. 1913 wurde er zum Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Philipps-Hospital ernannt, das auch nach der Eröffnung des Festen Hauses in Gießen einen Versorgungsschwerpunkt im Bereich der forensischen Psychiatrie behalten hatte.

Das Gebäude des „Festen Hauses

Das massive Gebäude, welches inzwischen unter Denkmalschutz steht, ist bis heute, von einem späteren Anbau für die Unterbringung für die Arbeitstherapie abgesehen, im Grundriss unverändert. Über 4 Meter hohe Mauern, die fast das gesamte Gebäude umschließen und durchgängig vergitterte Fenster, setzen das ausbruchsichere Gebäude deutlich gegen die sonstigen Pavillon-Bauten der Gießener Heil- und Pflegeanstalt ab und verleihen ihm ein gefängnisartiges Aussehen. Das Gebäude selbst steht im hintersten Winkel des Gesamtensembles und ist quasi in den Gießener Stadtwald hineingebaut. Es enthält vier Stationen mit über 20 Einzelzimmern und Schlafsälen. Die Wachabteilung im Erdgeschoss enthielt ein Dauerbad mit drei Wannen und ein reguläres Reinigungsbad. Diese Beschreibung zeigt, dass wichtige therapeutische Elemente der damaligen Psychiatrie in das Feste Haus eingepflanzt waren, nämlich Wachsaal, Dauerbad und auch Arbeitsräume für die Patienten, die sich zum Teil auch im Keller befanden. Die Mehrheit der Patienten waren in den als Einzelzimmer benannten Zellen untergebracht, die mit vergitterten Fenstern und doppelt verschlossenen Türen mit Gucklöchern dann doch eher Gefängniszellen als Krankenhauszimmern ähnelten. Besonders die Isolierzellen für „Tobsüchtige“, die einen weiteren zweiten Zugang an der Wandseite besaßen, ermöglichten eine totale Überwachung und schlossen

jede Intimsphäre der Patienten aus. Auch die beiden Höfe, durch die den Patienten etwas Bewegung und frische Luft ermöglicht wurde, waren, da von hohen Mauern umgeben und nur mit wenigen ausgewählten Pflanzen begrünt, den sonstigen Parkanlagen von Krankenhäusern und Heilanstalten nicht vergleichbar. Auch fehlte der Blick in ein harmonisches Umfeld, wie auch die übliche bürgerliche Innenausstattung der zeitgenössischen Heilanstalten, architektonische Momente, die im 19. und frühen 20. Jahrhundert als wichtiges Therapeutikum angesehen wurden. Das martialisch aussehende Bauwerk dürfte einschüchternd und abschreckend, aber nicht angstbefreiend oder beruhigend gewirkt haben. Eindeutig dominierte also in baulicher Hinsicht staatliches Strafvollzugs- und Sicherheitsinteresse, auch wenn die erwähnten therapeutischen Binnenräume keine völlige Gleichsetzung mit Gefängnissen zulassen.

Der Patient Ludwig Schmidt im Festen Haus – eine Krankengeschichte

Aus den Jahren zwischen der Eröffnung des Festen Hauses bis zum Ersten Weltkrieg sind nur wenige Krankenakten von Patienten erhalten, hier soll exemplarisch die Akte eines Kranken vorgestellt werden, die in verschiedener Hinsicht interessant ist.

Der Patient Ludwig Schmidt¹⁷ war ein besonders eifriger Schreiber, der immer wieder über sein Leben im Festen Haus berichtete, er war außerdem zuvor als Patient im Philipps-Hospital/Goddelau und sowohl im Zellengefängnis Butzbach als auch im Landeszuchthaus Marienschloss als Gefangener untergebracht gewesen. Als Insasse des Festen Hauses in Gießen richtete er im August 1912 einen mehrseitigen Brief an „Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Sommer, Gießen“. Hierin setzte er sich aus Anlass seiner eigenen Leidensgeschichte intensiv mit den von ihm besonders sensibel rezipierten Vorstellungen über „Gemeingefährliche“ auseinander. Eindeutig sah Schmidt seinen Aufenthalt in der Heil- und Pflegeanstalt nicht als Chance seiner Heilung und Resozialisierung, sondern als eine für ihn unmenschliche Variante des Strafvollzugs. „Öffnet nicht selbst Gefängnis und Zuchthaus dem schwersten Verbrecher wieder die Pforten, um unter die Menschheit zu tauchen?“. Schmidt litt, ebenso wie vermutlich die meisten Patienten forensischer Einrichtungen, unter der Ungewissheit über die Dauer der psychiatrischen Unterbringung, die ihm zudem nicht auf seine Gefängnisstrafe angerechnet wurde und er sah sich dauerhaft hinter Mauern verbannt, „die nach dem Wunsch der Menschheit“, so Schmidt, „möglichst bis zum Himmel reichen sollten“. „Die Gemeingefährlichen blieben ohne Aussicht, jemals wieder die Freiheit zu sehen und ein brauchbares Mitglied menschlicher Gesellschaft zu werden...“.

Schmidt, der sich selbst nicht als „geisteskrank“, sondern als „nervenleidend“ verstand, erwartete nicht nur keine therapeutische Hilfe im Festen Haus, vielmehr sah er gerade in den Ärzten die eigentlichen „Höllenväter“: „Ich sehe in einem Arzte keinen Arzt wie draußen in der Freiheit, sondern bloß die Polizei – die Polizei aber ist kein Arzt“. Der mit „ein armer Sünder“ unterzeichnete Brief wurde

17 Name geändert; LWV-Archiv, Bestand 11 Krankenakte Ludwig Sch. 1915.

ebenso wie über ein Dutzend weiterer mit Bleistift engzeilig niedergeschrieben und mit zahlreichen literarischen Zitaten versehen zum eigenen Schicksal und zum Leben im Festen Haus ad acta gelegt, nachdem die Mediziner die für ihre Diagnose bedeutsam erscheinenden Stellen angestrichen hatten.

Wie war der offensichtlich intelligente und überdurchschnittlich gebildete, phantasievolle Mann zu einem Insassen des Festen Hauses geworden? Die über 400 Seiten umfassende Krankenakte lässt folgenden Lebensweg erkennen: Schmidt wurde 1869 als Sohn eines Kaufmanns im südhessischen Hirschhorn geboren, stammte aus einer relativ gutsituierten Familie. Bereits in der Schule fiel er trotz seiner Begabung negativ auf; sowohl eine kaufmännische als auch eine Bäckerlehre, die er anschließend begann, musste er wegen Betrugs und Unterschlagung abbrechen. In schlechte Gesellschaft geraten, beteiligte er sich an Diebstählen, weswegen er 1886 zum ersten Mal zu einem Jahr Gefängnis verurteilt wurde. Nach erneuter Festnahme musste er 5 Jahre Haft in den beiden großherzoglichen Zuchthäusern Marienschloss und Butzbach verbüßen. Anschließend (1891) versuchte er, sich in London als Geschäftsmann niederzulassen, wo er auch heiratete. Um ein Startkapital zu besitzen, stahl er dem eigenen Vater, der seinem Sohn jede Hilfe verweigerte, 1100 Reichsmark.

Nachdem dieser Betrag verbraucht war, wurde Schmidt als Hehler tätig, bald jedoch gefasst und verbrachte danach fast weitere 5 Jahre in englischen Gefängnissen. Nach seiner Entlassung im Mai 1905 kehrte er unerkannt in die Umgebung seiner Heimatgemeinde zurück und verschaffte sich seinen Lebensunterhalt durch Einbruchdiebstähle, bis er eines Tages von zwei Gendarmen in Zivil gefasst wurde. Beide Beamte verletzte er bei der Verhaftung mit Hilfe einer Schnapsflasche, die er bei sich trug. Die Addition der Strafen für alle Einzelvergehen ergab ein Gesamtstrafmaß von 44 Jahren und 4 Monaten, die das Gericht in eine Zuchthausstrafe von 11 Jahren bei Entzug der bürgerlichen Ehrenrechte auf die Dauer von 10 Jahren umwandelte. Von 1905 bis 1910 saß Schmidt im Landeszuchthaus Marienschloss ein und hatte damit fast die Hälfte seiner Strafe verbüßt, als er zur Beobachtung seines Geisteszustandes in die Landesheil- und Pflegeanstalt Philipps-Hospital bei Goddelau nahe Darmstadt überführt wurde. Seit 1908 hatten sich nämlich Verstöße gegen die Zuchthausordnung wie unbotmäßiges Verhalten, Prügeleien mit anderen Gefangenen und Fluchtversuche deutlich gehäuft. Diese Ereignisse wurden im Goddelauer Gutachten vom Juli 1910 als Frühsymptome einer schizophrenen Psychose mit erheblich beeinträchtigter Wahrnehmungsstörung gewertet. Bei seiner Aufnahme im Philipps-Hospital bot er das Bild der sog. „stuporösen Katatonie“, er lag „fast vollkommen regungs- und bewegungslos da, das Gesicht war maskenartig“.¹⁸ Er sollte noch fast 1 Jahr stumm bleiben und sich nur schriftlich oder durch Gebärden und Zeichen äußern, auch wenn sich sein Zustand ansonsten besserte, er sich im Krankensaal nützlich zu machen suchte, Zeitungen las und mit anderen Patienten Karten spielte. Erst bei einem gescheiterten Versuch, aus dem Philipps-Hospital zusammen mit anderen forensischen Insassen zu entweichen, fand er „fluchend“ und „schimpfend“ zur Sprache zurück.

18 LWV-Archiv, Bestand 11, Krankenakte Ludwig Sch.

Aus Sicherheitsgründen erfolgte im Februar 1912 die Überführung in das neu eingerichtete Feste Haus in der Gießener Heil- und Pflegeanstalt als „gemeingefährlicher Krimineller“.

Die zuchthäusliche Einrichtung dieser psychiatrischen Abteilung war für Schmidt offensichtlich so schockierend, dass er noch über Monate gegen diese Unterbringung rebellierte. Er lärmte, verweigerte das Essen und beschmierte regelmäßig seine Zelle mit Urin und Kot. Schließlich wurde er in eine der beiden besonderen Isolierzellen des Hauses verlegt und musste, nachdem er Matratze, Bettzeug und alle weiteren Utensilien zerstört hatte, auf dem blanken Boden schlafen. Auch verbrachte er viele Tage im Dauerbad. An besseren Tagen konnte er stundenweise in den Hof oder den Garten des Festen Hauses gehen oder sich im Gemeinschaftsraum aufhalten. Immer wieder wurden jedoch bei ihm Glascherben, die er im Mund verbarg, oder Nägel und Drähte in seinen Büchern versteckt gefunden, was eine Verstärkung von Kontrollen nach sich zog. An guten Tagen unterhielt er sich bei den zweimal täglich stattfindenden Visiten lange mit den Ärzten, an anderen verkroch sich Schmidt, der sich schlechter als die wilden Tiere im Zoologischen Garten versorgt fühlte, unter die Bettdecke. Im Sommer 1912 gelang für kurze Zeit der Wechsel vom zellenartigen Einzelraum in den Wachsaal, Schmidt fiel immer wieder in seine Protesthaltung zurück. Erst eine schwere körperliche Erkrankung führte letztlich zur Amputation eines Beines. Zum chirurgischen Eingriff in der Universitätsklinik verließ Schmidt einige Tage später erstmals seit seiner Einlieferung das Feste Haus, um knapp einen Monat später, „in gedrückter Stimmung“ dorthin wieder zurückzukehren. Bald jedoch konnte er die zuchthausartige Einrichtung verlassen, um in Wache III (Wachabteilung für Männer) zu leben und in der dortigen Schneiderei zu arbeiten. Es ging mit ihm in den nächsten Wochen weiter bergauf, so dass er bald den Wunsch äußerte, den Rest seiner Strafe im Marienschloss Rockenberg abzusitzen. Im Juni 1913 wurde er in das Zuchthaus verlegt, aber schon 14 Tage später von zwei Wachmeistern zurückgebracht, um erneut dem Festen Haus zugewiesen zu werden. Hier zeigte sich Schmidt verzweifelt und wütend, er schimpfte erneut, „dass man ihn in solch ein Haus läge“, verweigerte das Wiegen und Messen. Zwischenzeitlich konnte er das Feste Haus verlassen, um in ein Einzelzimmer auf der Männerabteilung III zu ziehen, wo er sich mit Buchbinderarbeiten beschäftigte. Im Sommer 1914 verschlechterte sich sein Zustand nochmals, er musste zurück ins Feste Haus, nachdem er damit gedroht hatte, den vor seinem Fenster arbeitenden Zimmerleuten ihr Zugseil durchzuschneiden. 1915 war er nochmals kurze Zeit im Strafvollzug, er konnte dann 1917 entlassen werden, um eine Beschäftigung bei der Frankfurter Maschinenbau AG anzutreten. Von der Staatsanwaltschaft Darmstadt wurde der „Schutzverein für entlassene Gefangene“ über diesen Schritt informiert und um Unterstützung gebeten. Der Arbeitskräftemangel der Kriegszeit dürfte diese Lösung, die von den noch ausstehenden Jahren der Zuchthausstrafe absah, befördert haben. Offensichtlich gelang der Entlassungsversuch, denn zugleich enden auch die Gießener Krankenaufzeichnungen.

Wenn man die Überlieferungen aus der Gießener Krankenakte mit den Niederschriften aus Marienschloss und dem Philipps-Hospital Goddelau ver-

gleich, so wird ersichtlich, dass das Feste Haus in Gießen tatsächlich eine Mittelstellung zwischen Strafvollzug und Psychiatrie einnahm. Im Zuchthaus Marienschloss kam dem Patienten keine therapeutische Hilfe zu, er war dort aber gegenüber der Gesellschaft relativ sicher verwahrt. Im Philipps-Hospital bekam er durchaus ärztliche Empathie, war aber dort nicht ausbruchsicher verwahrt. Im Festen Haus erhielt Schmidt zwar ärztliche Aufmerksamkeit und Rücksichtnahme, der Lebensalltag stand jedoch stets im Zeichen der in therapeutischer Hinsicht negativen Sicherheitsverwahrung. Während im Strafvollzug das Ende der Haft durch Gerichtsurteil feststand, ermöglichte in der forensischen Psychiatrie allein Wohlverhalten die Freilassung, und zwar zunächst als Wechsel vom Festen Haus in andere Abteilungen der Heil- und Pflegenstalt und erst von hier aus erneut in den Strafvollzug oder in die Gesellschaft.

Vertreter der Justiz betrachteten die Handlungsfreiheit der Psychiater, „Gemeingefährliche“ in freie Stationen zu verlegen, stets argwöhnisch mit Blick auf das öffentliche Sicherheitsinteresse. Für Patienten wie Ärzte jedoch schien gerade durch die Einbindung des Festen Hauses in eine größere psychiatrische Einrichtung gewährleistet, dass es sich hierbei eben nicht nur um ein Gefängnis, sondern auch um eine, wenn auch spezifisch gesicherte, Krankenabteilung handelte.¹⁹

Zur Funktion der Reservelazarette während des Ersten Weltkrieges

Nahmen zu Beginn des Ersten Weltkrieges die „Nervenerkrankungen“ sowohl im Heer als auch in der Zivilbevölkerung ab, so traten spätestens ab Dezember 1914 in der Armee psychische Massenerscheinungen auf, die bis dahin unbekannt waren und in den medizinischen Lehrbüchern nicht vorkamen. Nach dem Stillstand der Anfangsoffensive – der anfängliche Eroberungskrieg wurde Ende 1914 zum Stellungskrieg – breiteten sich affektive Reaktionen oder abnorme Erlebnisreaktionen fast wie Epidemien über viele Frontabschnitte aus. Diese Erkrankungen, die im Allgemeinen keine körperlichen Ursachen hatten, die anfangs auch als Schreckneurosen, Granatschock, traumatische Neurosen und Kriegshysterie bezeichnet wurden, fasste man später unter dem Begriff „Kriegsneurosen“ zusammen. Zunächst klangen solche Zustände in den Ruhepausen zwischen den Kämpfen wieder ab. Dieses Phänomen kam bei allen am Krieg beteiligten Armeen vor.

Der Einsatz moderner Maschinenwaffen, von Flammenwerfern, die enorme Sprengkraft der Artilleriegranaten und die Angst vor Gasangriffen ersetzten bald anfängliche Kriegsbegeisterung junger Soldaten durch Angst und Entsetzen. Die enormen seelischen Traumatisierungen zeigten sich in „nervösen Zuständen, Weinkrämpfen, Erbrechen, Zittern und Schwäche der Beine – „Kriegszitterer“ – Heulen und Lachen abwechselnd“.²⁰

19 Vanja, Anm. 13, S. 125 ff., 143.

20 Robert Gaupp, Kriegsneurosen. Erweitertes Referat, gehalten auf der Kriegstagung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte und des Deutschen Vereins für Psychiatrie in München am 22.09.1916 in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 34 (1916), S. 357-390.

Die durchlebten Strapazen, Ängste, Verschüttungen und Verwundungen lösten Stummheit, Taubheit, Taubstummheit und Blindheit aus, ohne dass Schädigungen der Sinnesorgane oder der Nerven nachzuweisen waren. Granateinschläge in nächster Nähe und Verschüttungen hinterließen zitternde, ihre Glieder schüttelnde Soldaten. Lediglich leichte Verwundungen führten zu Lähmungen des betroffenen Gliedes, die auch dann anhielten, wenn die Verletzungen von Muskulatur und Nerven verheilt waren. Nach langen, zermürbenden und nervenzerrütteten Monaten an der Front genühten oft geringe schreckauslösende Momente, um schwerste psychische Symptome zu erzeugen.²¹ Offensichtlich ging der zermürbende Stellungskrieg und der Einsatz moderner Kriegstechnologien und das damit verbundene massenhafte Sterben vielen Soldaten – unabhängig von der Nationalität – „an die Nerven“. Allein auf deutscher Seite mussten sich wegen Neurasthenien (Erschöpfungszustände) und verschiedener Formen hysterischer motorischer Störungen während des Krieges über 200.000 Soldaten in psychiatrische Behandlung begeben.²²

Über die Ursache der traumatischen Neurosen – die Kriegsneurose zählte zu einer Sonderform der traumatischen Neurose – waren sich Psychiater und Neurologen schon seit längerem nicht einig. Im sog. Simulationsstreit wurde von der Gruppe um den bedeutenden Neurologen Hermann Oppenheim (1858-1919) eine organische Läsion, nämlich Erschütterung von Rückenmark und Gehirn als Ursache für die Entwicklung traumatischer Neurosen angenommen. Den Betroffenen standen so eine Entschädigung bzw. eine kleine Rente als Ausgleich zu. Eine immer größer werdende Gruppe von Neuropsychiatern – Karl Bonhoeffer (1868-1948), Robert Gaupp (1870-1953), Alfred Hoche (1865-1943), Max Nonne (1861-1959) und Ferdinand Kehler (1883-1966) machten psychogene Ursachen, also psychische Erschütterungen als Auslöser für die Symptome verantwortlich. Es wurde zunehmend die Ansicht vertreten, dass die „traumatische Neurose“ für Lügner und Simulanten eine willkommene Möglichkeit böte, leicht in den Genuss von Renten oder Entschädigungszahlungen zu kommen.²³ Als Bindeglied zwischen der

21 Peter Riedesser/Axel Verderber, *Maschinengewehre hinter der Front. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie*, Frankfurt 1996, S. 24 f.

22 Joachim Radkau, *Das Zeitalter der Nervosität*, München 2000, S. 466.

23 Herwig Groß, *Das Reservelazarett während des Ersten Weltkrieges und die offene Nervenheilanstalt*, in: *Psychiatrie in Gießen*, Anm. 2, S. 157 und 171: Mit Beginn der industriellen Entwicklung beobachtete man bei Industrie-Unfällen und hier besonders bei Eisenbahnunfällen schwere und langanhaltende psychische und physische Folgen, wobei die Personen sich eher leichte Verletzungen zugezogen hatten. Ärzte führten diese auf Irritationen des Rückenmarks zurück und nannten sie deswegen „Railway-spine“. Die bei den Betroffenen beobachteten Symptome sollten aus Verletzungen des Rückenmarks hervorgehen, die durch die früher so nicht gekannten gewaltigen körperlichen Erschütterungen bei solchen Unfällen verursacht worden seien. Die dabei auftretenden psychischen Veränderungen wären also auf Veränderungen des anatomischen Substrats zurückzuführen. Eine Weiterentwicklung dieser Theorie nahm an, dass die enormen Erschütterungen der Unfälle Störungen in der molekularen Struktur des zentralen Nervensystems verursachten und dass neben dem Rückenmark nun auch das Gehirn betroffen sei.

psychischen Ursache und der körperlichen Symptomatik sah man den „Schock“, einen Terminus, der aus der englischen Chirurgie übernommen wurde.

Während dieses Streites wurde der Begriff „Begehrungs-Vorstellungen“ in die Diskussion eingeführt. Hier unterstellte man den Kranken erstmals, er sei für die Ursache der Unfallfolgen selbst verantwortlich. Im Streit um die „traumatische Neurose“ gingen viele Neuropsychiatern so weit, den derart Erkrankten einen „Willen zur Krankheit“ zu unterstellen; es bestünde „ein Defekt des Gesundheitsgewissens“. Wer also infolge traumatisierender Einflüsse psychisch oder psychosomatisch erkrankte, sei psychisch minderwertig, sei ein Psychopath, denn nur Psychopathen könnten Belastungen psychisch nicht verkraften.²⁴ Schon vor 1914 bildete sich in der Neuropsychiatrie eine Abwehrhaltung gegenüber den so bezeichneten „Unfallneurotikern“.

Zur Militärpsychiatrie im Ersten Weltkrieg und ihre Auswirkung auf die Heil- und Pflegeanstalt in Gießen

Auf die rasche Ausbreitung der „Kriegsneurosen“ schon wenige Monate nach Beginn des Krieges waren die Neurologen und Psychiater nicht vorbereitet. Sie sahen in dem Massenphänomen allerdings auch eine Chance, die Psychiatrie und Neurologie als noch junge Fächer in der Medizin insgesamt zu stärken und auch ihre Nützlichkeit für die Nation zu demonstrieren.

War während der bürgerlichen Revolution von 1848 die Mehrzahl der deutschen Ärzte noch auf der Seite der Demokraten, so führte die Restauration die Ärzte in Standesverhältnisse, die sie veranlassten, sich mehr und mehr den politischen und gesellschaftlichen Herrschaftseliten anzunähern. Besonders die Militärpsychiatern²⁵ waren dabei willige Werkzeuge der militärischen und politischen Führung des Kaiserreichs, sie entwickelten wegen der hohen Identifikation mit dem politischen System aus eigenem Antrieb Methoden für die Behandlung von Soldaten, welche angesichts des Grauens des Krieges man nur mit dem Wort Folter, wie noch ausgeführt wird, bezeichnen kann. Wie andere Gruppen des Bildungsbürgertums in der wilhelminischen Zeit zeichnete sich eine Mehrheit der berufsständisch organisierten Ärzte durch eine nationalistisch-chauvinistische Einstellung aus, die mit Kriegsbegeisterung und Kriegsbereitschaft gepaart war. Vor diesem politischen und standespolitischen Hintergrund ist die Entwicklung und der Stand der deutschen Militärpsychiatrie am Vorabend des Ersten Weltkrieges zu sehen.

Die militärische Führung begann sich um die Schlagkraft der Armee, die Stabilität an der Front und auch um den Durchhaltewillen in der Heimat zu sorgen. Sie erwartete von der Militärpsychiatrie, gegen die Ausbreitung solcher neurotischen

24 Riedesser/Verderber, Maschinengewehre hinter der Front, Anm. 21, S. 31 f.

25 Herwig Groß, Anm. 23, S. 157; nachdem in der Militärmedizin Chirurgie, Hygiene u. die Lehre von den Infektionskrankheiten schon früh etabliert waren, wurde die Psychiatrie erst um die Jahrhundertwende von Bedeutung für die militär-ärztlichen Bildungsanstalten. Erste Sanitätsoffiziere wurden an psychiatrische Universitätskliniken abkommandiert, der erste war Dr. Becker an der gerade eröffneten Psychiatrischen und Nervenklinik in Gießen 1896.

Erscheinungen vorzugehen. Die Neuropsychiatrie hatte in den vorausgehenden Jahrzehnten einheitliche Krankheitstheorien entwickelt, die die psychischen Erkrankungen in der Hauptsache auf pathologische Veränderungen im Nervensystem zurückführten. Die körperliche Erschütterung, die eine Granatexplosion bei den Soldaten im nahen Umfeld auslöste, die körperlichen Beeinträchtigungen bei Verschlüngen wurden als Ursache für eine mechanische Irritation des Nervensystems angesehen, „Granatschock“ und „Schreckneurose“ waren zu Beginn die typischen Diagnosen, anfangs wurde den so Diagnostizierten noch Wohlwollen entgegengebracht, man genehmigte ihnen Erholungsurlaub und Badekuren. Zahlenmäßig am häufigsten wurden die Hysterie und die Neurasthenie (Schwäche oder Erschöpfung des Nervensystems durch Überlastung) diagnostiziert. Diese Krankheitsbilder machten im Reservelazarett Gießen Anfang 1916 schon etwa drei Viertel des gesamten Bestandes aus.²⁶

Die Neurasthenie, zu deren Symptomen rasche Ermüdbarkeit, körperliches und psychisches Schwächegefühl, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen und Schlafstörungen gehörten und die damit zu einem allgemeinen Erschöpfungssyndrom bei den Soldaten führten, wurden durch Schonung und Erholung in Heimatnähe behandelt. Von den erschütternden Ereignissen des Krieges entfernt, erholten sich die meisten Soldaten, fast 50% von ihnen wurden als wieder kriegsverwendungsfähig gesundgeschrieben. Anders war dies bei der Hysterie: Hier lag die Zahl der nach einer Behandlung wieder kriegsverwendungsfähigen deutlich unter der der Neurasthenie.²⁷ Selbst monatelange Behandlungen in Spezial-Lazaretten brachten nicht den gewünschten Erfolg. Gemeinsam mit der militärischen und politischen Führung verschärften die Militärpsychiater während des Krieges fortlaufend ihre Maßnahmen gegen die nervenkranken Soldaten. In einer Zeit des „nationalen Notstandes“ sollten diejenigen bekämpft werden, die durch Krankheit dem Krieg zu entkommen suchten, „es wurde Zeit, mit den Neurosen aufzuräumen“.²⁸ Sprache und Methoden der Kriegsneurotiker-Behandlung verschärfen sich zusehends. In den einschlägigen Zeitschriften war zunehmend von „Kampf“ oder „Front“ gegen die Kriegsneurosen die Rede.²⁹ Die Militärführung entwickelte eine Vorliebe für die jüngeren Ärzte, die im Umgang mit den Neurotikern mehr „Schneid und Draufgängertum“ zeigten als die „durch Wissenschaft und Erfahrungen bedächtiger gewordenen älteren“. Unter den Nervenärzten wirkte der Erste Weltkrieg generationsbildend, durch die veränderte Einstellung den Kriegsneurosen gegenüber ver-

26 Albert Wagner, Überblick über die in der Heil- u. Pflegeanstalt Gießen behandelten nerven- und geisteskranken Soldaten, in: Psychiatrie in Gießen, Anm. 2, S. 170 f.

27 Kriegshysteriker waren im Allgemeinen für die Kriegsverwendungsfähigkeit verloren, die Prognose der Kriegsneurotiker, was die Kriegswiederverwendungsfähigkeit betraf, war deutlich günstiger, „gut die Hälfte der Fälle habe man wieder kriegsverwendungsfähig schreiben können“, in Radkau, Das Zeitalter der Nervosität, Anm. 22, S. 472.

28 Max Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914 – 1918, in Psychiatrie in Gießen, Anm. 2, S. 158.

29 Das setzte sich nach dem Ende des ersten Weltkrieges fort, noch 1926 lautete z. B. ein Artikel: „Der Ausrottungskampf gegen die Renten-Neurosen“ von Dr. Levy-Suhl in: Deutsche medizinische Wochenschrift, Nr. 41 (1926), Seite 1127.

änderten sich auch die therapeutischen Maßnahmen. In Korrelation zu der wachsenden Anzahl und weitgehender Therapieresistenz der hysterischen Störungen wurden immer aggressivere Verfahren entwickelt und angewendet. Überwogen anfangs noch Methoden der milden Psychotherapie, wie sie auch zu Friedenszeiten angewandt wurden, radikalisierte sich das medizinische Vorgehen mit dem Verlauf des Krieges in die Methode der Überrumpelung mit Zwangsbehandlung und später frontnaher Behandlung.³⁰

Unter Psychotherapie hatte man damals noch Zuspruch, Ermunterung, Überredung, Bettruhe, Bäder, Massagen, milde Strombehandlungen sowie suggestive Beeinflussungen verstanden. Die durchschnittliche Behandlungsdauer lag zwischen 2 und 6 Monaten. Die Behandlung war eher durch Milde und Nachsicht gekennzeichnet, eher zufällig hatte man noch registriert, dass sich die Langeweile des Lazarettalltags positiv auf die Heilung auswirkte. Doch bei den sog. objektivierten Hysterikern³¹ versagte diese Form der Behandlung vollständig. Bis zu drei Viertel mussten in dieser Periode aus dem Heeresdienst entlassen werden.³² Aus Sicht der militärpolitischen Führung brachte diese Methode zu geringe Erfolge, so dass sich auf der bekannten Kriegstagung des „Deutschen Vereins für Psychiatrie und der Gesellschaft deutscher Nervenärzte“ im September 1916 in München ein Richtungswechsel in der Beurteilung und daraus folgend auch in der Behandlung der Kriegsneurotiker abzeichnete. Es seien nicht so sehr die Körper und Seele erschütternden Kriegseinflüsse, die zur Kriegsneurose führten, sie beruhe vielmehr auf einem der Krankheit innewohnenden Willensmangel. Bei den Hysterikern sei ein „Wille zur Krankheit“ festzustellen, der als Abwehrreaktion gegen die militärische Verwendung anzusehen sei. Es solle zukünftig keine Schonung mehr gegenüber den „Schlechtwilligen“ geben, dies könnte sonst als bewusster oder unbewusster Anreiz von den Frontsoldaten verstanden werden, es den Neurotikern gleichzutun. Ein Großteil der Neuropsychiater äußerte die Befürchtung, dass der Krieg aus sozialdarwinistischer Sicht eine negative Auslese darstelle: „die besten werden geopfert, die körperlich und geistig Minderwertigen, Nutzlosen und Schädlinge werden sorgfältig konserviert, anstatt dass bei dieser günstigen Gelegenheit eine gründliche Kartharsis stattgefunden hätte, die zudem durch den Glorienschein des Heldentodes die an der Volkskraft zehrenden Parasiten verklärt hätte.“³³

30 Zitiert nach R.A.E. Hoffmann, Über die Behandlung der Kriegshysterie in den badischen Nervenlazaretten, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 55 (1920), S. 117.

31 Nach Ernst Kretschmar (1888-1964), Professor der Psychiatrie in Marburg und Tübingen und Begründer der weitverbreiteten Konstitutionspsychologie, war die letzte Phase bei der Entstehung der Kriegshysterie, das Stadium der „Objektivierung“.

32 Zitiert nach Michael Putzke/Herwig Groß, Kriegszitterer in Köppern während des Ersten Weltkriegs in: Christina Vanja/Helmut Siefert (Hg), „... in waldig-ländlicher Umgebung ...“, Das Waldkrankenhaus Köppern: Von der agricolen Kolonie der Stadt Frankfurt zum Zentrum für soziale Psychiatrie Hochtaunus (Historische Schriften des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Ba 7), 2001, S. 159.

33 Max Nonne (Anm. 28), S. 102-121.

Auf der Münchner Kriegstagung stellte der Mannheimer Psychiater Fritz Kaufmann die dann später nach ihm benannte Methode vor. Kaufmann hatte dieses Verfahren – von ihm selbst „Überrumpelungsmethode“ genannt – schon ab 1915 an Kriegshysterikern ausprobiert. Es setzte sich aus mehreren Komponenten zusammen:

- Suggestive Vorbereitung
- Anwendung kräftiger Wechselströme unter Zuhilfenahme von reichlicher Wortsuggestion
- Strenge Innehalten der militärischen Form unter Benutzung des gegebenen Subordinationsverhältnisses und Erteilen der Suggestion in Befehlsform
- Unbeirrbar konsequente Erzwingung der Heilung in einer Sitzung.³⁴

Die Behandlungsergebnisse waren zunächst „erfolgreich“, die Behandlungsdauer wurde verkürzt und die körperlichen Symptome meist beseitigt.

Alle Lazarette und Krankenhauseinrichtungen, die Soldaten mit motorischen Lähmungen behandelten, schafften sich daraufhin, wie auch das Gießener Lazarett, einen Pantostaten an.³⁵ Das als „Kaufmann-Kur“ benannte Verfahren war so in der deutschen und österreichisch-ungarischen Militärpsychiatrie weit verbreitet, besonders in den badischen Reservelazaretten wurde mit starken Wechselströmen gearbeitet – in der Regel mit 70 – 80 Volt, gelegentlich sogar darüber (die damalige normale Arbeitsspannung in Häusern, Werkstätten und Fabriken betrug 110 Volt). Die „Überrumpelung“ bestand in erster Linie in der Applikation von schmerzauslösenden Stromschlägen, kombiniert mit scharfen, militärischen Befehlen. Besonders bei sog. therapieresistenten Fällen wurden sehr kräftige Ströme angewendet, wobei es unmittelbar bei der Anwendung vermehrt zu Todesfällen durch Herzstillstand kam. Die deutsche Kriegspsychiatrie wollte allerdings die „Kaufmann-Kur“ nicht aufgeben, da es nach einer langen Serie von Misserfolgen der traditionellen Methoden trotz der Todesfälle vielversprechend erschien. Außerdem vermutete man, dass die durch den Strom gestorbenen Soldaten eine pathologische Konstitution gehabt hätten, neben der „psychischen Minderwertigkeit“ wurde nun noch eine körperlich hinzuaddiert.

Eine weitere Verschärfung der therapeutischen Maßnahmen gegen die Kriegsneurosen war die von dem Freiburger Psychiater Ferdinand Kehler entwickelte Zwangsbehandlung mit „Gewalt und Zwangsexerzieren“, die ab Frühjahr 1917 eingesetzt wurde. Diese Methode verband eine Kombination von scharfen Exerzierübungen im raschen Wechsel mit kurzen, schmerzhaften galvanischen Stromschlägen. Für Kehler war das Durchsetzen der militärischen Autorität in den Lazaretten von großer Wichtigkeit. Der „Ton des Hauses“ hatte sich von einem ärztlichen zu einem militärischen gewandelt; der Kommandoton herrschte vor,

34 Fritz Kaufmann, Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörung bei Soldaten in einer Sitzung, in: Münchener medizinische Wochenschrift, Feldärztliche Beilage, Nr. 22 (1916), S. 802 f.

35 Der Pantostat ist ein elektrischer Anschlussapparat, der Wechselströme liefert und zur Diagnostik und Therapie in vielen Disziplinen benutzt wurde. Im Gießener Psychiatriemuseum, Vitos-Klinik, Licher Straße 106, wird ein Original-Erlanger-Pantostat gezeigt.

nach Kehrer musste man dem Hysteriker Angst einflößen, wollte man Herrscher über ihn bleiben. Aus Lazaretten für kranke Soldaten wurden so „unter ärztlicher Aufsicht stehende Besserungs- und Zwangs-anstalten.“³⁶ Die Armee selbst richtete eigene Neurotiker-Kompanien ein, dies waren Arbeits-kompanien, die militärisch-diszipliniert unter ärztlicher Aufsicht standen.

Die sog. therapieresistenten Fälle aus dem ganzen Reich wurden in die badischen Lazarette geschickt, da man „dort gute Erfolge erzielt“ habe; Ende 1917 habe man bei der Behandlung von ca. 1000 Soldaten nahezu vollständig Symptomfreiheit erzwingen können, die badischen Lazarette bildeten so „eine geschlossene Front gegen die Kriegshysteriker“.³⁷ Angespornt von diesen Erfolgen hatte man die früher als dienstunbrauchbar mit Renten nach Hause Entlassenen wieder militärisch eingezogen und zur Nachbehandlung gezwungen. Auch hier habe man größtenteils diese nachbehandelten Rentenempfänger „restlos geheilt“ und habe so fast 90% der ursprünglich zu zahlenden Renten eingespart.³⁸

In den letzten Kriegsmonaten wurde schließlich die sog. „frontnahe Behandlung“ eingeführt. Nervenabteilungen wurden dicht hinter der Front unter der Leitung von Psychiatern eingerichtet, es bestand ein Verbot, Frontsoldaten mit frisch aufgetretenen affektiven Störungen in ein Heimatlazarett zu verlegen. „Dicht hinter der Front wurden die Fälle vom 3. Kriegsjahre an meistens schnell geheilt. Hier wirkten die militärische Disziplin und die rauhe Notwendigkeit therapeutisch. Es gab Truppenteile, bei denen es therapeutische Gepflogenheit war, die Abwehrneurosen ins Trommelfeuer zu schicken und Ärzte solcher Truppenteile berichteten, dass dieses Vorgehen von großem prophylaktischem Wert gewesen sei.“³⁹ Entlassungen aus einem solchen Frontlazarett sollte es nur in eine Richtung geben, nämlich in Richtung Front. Eine neurotische Erkrankung war ab diesem Zeitpunkt keine Möglichkeit mehr, von der Front wegzukommen.

Alle diese Behandlungsverfahren galten allerdings nicht für Offiziere und andere, den Ärzten nahestehende Berufsstände. Bei ihnen wurde eher, so laut Gaupp, „seelische Überanstrengung, übermäßige Verantwortung für das Wohl der anvertrauten Mannschaft, Überspannung des Willens“ ausgemacht. Bei den Offizieren wurde in aller Regel Neurasthenie diagnostiziert und Erholungsurlaub und Badekuren als Therapiemethoden verordnet, „für Offiziere eignet sich die Kaufmann-Methode wahrscheinlich nicht, das ist Sache des Taktes“.⁴⁰ In der damaligen wissenschaftlichen Literatur wurde eine Hierarchisierung der psychonervösen Störungen vorgenommen, angelehnt an Hellpachs Aussage „nervöse Bürger –

36 Ferdinand Kehrer, Zur Frage der Behandlung der Kriegsneurosen, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 36 (1917), S. 14.

37 Zitiert nach R.A.E. Hoffmann, Über die Behandlung der Kriegshysterie in den badischen Nervenlazaretten, Anm. 30.

38 Ebenda S. 143.

39 Max Nonne, Therapeutische Erfahrungen an den Kriegsneurosen in den Jahren 1914-1918, Anm. 28, S. 114.

40 Ebd. Seite 231.

hysterische Arbeiter“ war die psychogene Hysterie die Krankheit der Mannschaften, die Neurasthenien die des Offizierstandes.⁴¹

Kritik von prominenter ärztlicher Seite an den Gewaltmethoden der Militärpsychiatrie wurde beispielsweise von Sigmund Freud (1856-1939) geäußert, der die Militärpsychiater als „Maschinengewehre hinter der Front“ bezeichnete. Es habe nicht so sehr die Gesundung der Kranken im Vordergrund gestanden als die Herstellung von Kriegstüchtigkeit; die Stärke der Strombehandlung sowie die Härte der sonstigen Behandlungen sei bis zur Unerträglichkeit gesteigert worden, um den Kriegsneurotikern den Gewinn, den sie aus ihrem Kranksein zogen, zu entziehen. Die Ärzte hätten ihre Humanität aufgegeben zugunsten der Unterordnung unter das Militär.⁴²

Wie schon erwähnt, trat das Phänomen der Kriegsneurosen in allen am Ersten Weltkrieg beteiligten Armeen auf, in keinem anderen Land wurden aber solche rabiate „Behandlungs-methoden“ entwickelt wie in der deutschen Kriegspsychiatrie. So hatten in Frankreich die Kriegsneurotiker einen ähnlichen Status wie die körperlich versehrten, entstellten und verstümmelten Soldaten, sie hatten ihre seelische Stabilität und seelische Gesundheit für ihr Vaterland hingegeben.

Ende 1914 stellte die Heil- und Pflgeanstalt Gießen der Militärverwaltung 65 Betten für verwundete Soldaten zur Verfügung. Diese Bettenzahl stieg im Verlauf des Krieges kontinuierlich an bis auf 194 Betten Mitte 1918. Überwogen anfangs noch körperlich verwundete Soldaten, so habe sich „nach und nach, dem Charakter unserer Anstalt entsprechend, diese Einrichtung als eine Sammelstelle für nerven- und geistesranke Kriegsteilnehmer aus den umliegenden Lazaretten gebildet“.⁴³ Durch die steigende Zahl musste vermutlich schon 1915 das Haupthaus der Männerseite dem Reservelazarett zusätzlich zur Verfügung gestellt werden. Diese bauliche Erweiterung wurde allerdings auch im therapeutischen Sinne genutzt. Wagner berichtete in einem Vortrag, gehalten auf der 5. kriegswissenschaftlichen Sitzung in Gießen, von den „schikanös günstigen baulichen Verhältnissen zur Behandlung dieser Kranken. [...] Es kommen nämlich alle Hysterischen zunächst auf die Ruhige Wache, wo sie in ihrer Freiheit recht beschränkt sind. Gerade gegenüber liegt das offene Lazarett mit seinen Freiheiten, Urlaubsbewilligungen – wie ein El Dorado. Sehnsüchtig sehen die auf der (geschlossenen) Ruhigen Wache da drüben ihre Kameraden den ganzen Tag frei aus- und eingehen. Um dahin zu gelangen müssen erst verschiedene Abteilungen mit methodisch-abgestaffelten Annehmlichkeiten als Läuterungsprozess durchlaufen werden. Erst Ruhige Wache, dann eine Rekonvaleszenten-Abteilung im

41 Willy Hellpach, Die Kriegsneurasthenien, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. 45 (1919) S. 180.

42 Sigmund Freud, Gutachten über die Elektrobehandlung der Kriegsneurotiker, Auszug aus dem Verhandlungsprotokoll (14.10.1920), s. dazu H. Groß, Anm. 23, S. 162.

43 Albert Wagner, Oberarzt des Reservelazaretts II in Gießen, in: Überblick über die in der Heil- und Pflgeanstalt Gießen behandelten nerven- und geistesranke Soldaten, Vortrag gehalten in der 5. Kriegswissenschaftlichen Sitzung in Gießen, in: Feldärztliche Beilage zur Münchener medizinischen Wochenschrift, Nr. 15 (1916), S. 548.

Wachgebäude, dann eine Nervenabteilung, die aber immer noch geschlossen ist und schließlich öffnen sich die Pforten des ersehnten Offenen Lazarettes.“⁴⁴

Wagner war zunächst Oberarzt in der Heil- und Pflegeanstalt Gießen, er übernahm dann ab Ende 1914, als Medizinaloberrat, die Leitung des Reservelazaretts. Von 65 Betten 1914 über 135 Betten 1916 wurden 1918 194 Betten für „nervenkrankte Soldaten“ bereitgestellt. Da gleichzeitig die Aufnahmen und die Gesamtzahl der Patienten der Heil- und Pflegeanstalt kontinuierlich sank – ab 1917 setzte ein Hungersterben in der Psychiatrie in Deutschland ein, dem zehntausende Patienten zum Opfer fielen – war 1918 fast jeder zweite Patient ein Patient im Reservelazarett Gießen für Soldaten des Ersten Weltkrieges. In der Zeit zwischen 1914 und 1921 wurden insgesamt 4758 Soldaten im Reservelazarett II behandelt.⁴⁵ Wagner setzte sich mit der Theorie der traumatischen Neurose in mehreren Übersichtsarbeiten auseinander, gab damit einen Einblick in die von ihm zu verantwortenden und durchgeführten Therapiemethoden. Für Wagner stellte die traumatische Neurose ein eindeutig funktionelles, kein organisches Leiden dar. Er unterschied anhand von klinischen Kriterien zwischen der Hysterie und der Neurasthenie. Für letztere bedeutete nach Wagner der Krieg eine „große Höllenmaschine, in die sie hineingeworfen werden und aus der sie, je nach dem Vorrat ihrer Nervenkraft, mehr oder weniger rasch herauskommen“.⁴⁶ Für die hysterische Störung benutzte Wagner eine psychoanalytische Beschreibung, nämlich die Willensbestrebung der Seele, in dem ein Vorstellungskomplex aus dem Bewusstsein verdrängt werde, „nimmt man den überaus stark affektbetonten und zwar unlustbetonten Vorstellungskomplex „Krieg“ von dem Kranken fort, erklärt man ihm, dass er nicht mehr dienstfähig sei, gesundet er meist sehr rasch. Einige sind freilich so vorsichtig, dass sie wahrscheinlich erst nach Beendigung des Krieges gesundwerden“.⁴⁷

Wagner war nach seinem Selbstverständnis Nervenarzt und Psychotherapeut, er kannte die Schriften von Sigmund Freud, hatte die Psychotherapie-Methode der Hypnose erlernt und auch vielfach angewendet. Bei all dem theoretischen Verständnis für die erkrankten Soldaten lässt sich in seinen Übersichtsarbeiten doch herauslesen, wie sich Ton und Haltung gegenüber den nervenkranken Soldaten im Verlauf des Krieges verschärfen. Bis Ende 1916 waren Ruhe- und Liegekuren, gewollte Langeweile, gutes Essen und mehr oder weniger systematische Nichtbeachtung der Symptome neben der Anwendung von Hypnose und Überredung die Methode der Wahl. Großen Wert legte Wagner auch auf die Arbeitstherapie bei den Soldaten im Offenen Lazarett. „Möglichst sofort werden alle zu einer Arbeit gezwungen, am besten Gartenarbeit, die auch den Gebildeten, Primanern, Studenten, Buchhaltern ausgezeichnet bekommt [...]. Bei den meisten kommt man zurecht, wenn man ihre Klagen einfach ignoriert und sie schroff zur Arbeit verweist. Man kann deutlich beobachten, wie auf dem Wege von der Ruhigen Wache

44 Albert Wagner, Ebd. S. 549.

45 LWV-Archiv, Bestand 11, Aufnahme- und Entlassungsbuch des Reservelazaretts 1914-1921.

46 Wagner, Ebd. S. 550.

47 Wagner, Ebd. S. 550.

zu dem Offenen Lazarett auf der Zwischenstation immer mehr von den hysterischen Untugenden abbröckelt, bis schließlich die Heilung da ist. Bei 95% der Fälle geht es so.⁴⁸ Er unterstrich auch in seinem Beitrag vom April 1916 in der feldärztlichen Beilage der Münchner medizinischen Wochenschrift die Wichtigkeit von suggestiven Behandlungsmethoden: „die schwersten Kranken, die scheinbar gar nicht gehen können, werden sorgfältig mit der Droschke, von der Bahn oder in fahrbaren Krankenwagen hereingebracht. Gerade an diesen vollziehen sich häufig die bekannten Wunderkuren. Sie bekommen sofort Stöcke und Krücken abgenommen mit dem Hinweis, sie brauchten sie nicht, sie sollten sehen, wie sie ohne sie fertig würden. Sie bekommen empfohlen zu gehen – und sie gehen! [...]. Es ist das nur eine scheinbare Härte: Bei allem Wohlwollen haben wir mit Strenge, gutgemeinter Grobheit, vor allem mit Arbeit die besten Heilresultate erzielt. Keiner bekommt Urlaub, solange er zittert, stumm oder sonst wie ungeheilt ist“.⁴⁹ Im Gegensatz zu der Mehrzahl der militärärztlich tätigen Psychiater hielt Wagner geheilte Kriegsneurotiker in aller Regel für nicht mehr kriegsverwendungsfähig: „die Geheilten wurden dann meist nur als arbeitsverwendungsfähig entlassen. Kampfesfrohe Soldaten kann man aus ihnen nicht mehr machen [...]“.⁵⁰ Auch sah Wagner in der überwiegenden Zahl der Fälle den Zusammenhang der Dienstunbrauchbarkeit mit den Strapazen des Krieges und gestand bzw. begutachtete, dass hier eine einfache Rente oder Verstümmelungszulage zu gewähren sei.

Wagner stand anfangs dem „Kaufmann-Verfahren“ ablehnend gegenüber. „Als alter Psychotherapeut, der ich seit 25 Jahren mit der Behandlung Psychisch-Nervöser mich befasse, lehnte ich sofort das kaufmännische Verfahren als roh und brüsk ab. Man war eben in der Psychotherapie gewohnt, mehr, wenn ich so sagen soll, die feineren Methoden zu üben, die der Persuasion und die, bei der der Arzt seine ganze Persönlichkeit in die Waagschale werden musste.“⁵¹ Allerdings ließen ihn die hohen Erfolgsquoten und die verkürzte Lazarett-Verweildauer dann doch Teile des „Kaufmann-Verfahrens“ anwenden. Wagner hatte von den Todesfällen bei starker Stromanwendung gehört und ließ daher nur mit geringen Stromstärken arbeiten. Dabei wurde immer nur am Oberschenkel elektrisiert, da hier bekanntlich weder das Herz noch der Vagusnerv liege, sei es völlig ausgeschlossen, dass etwas passieren kann. Das Elektrisieren sei gar nicht mehr die Hauptsache, sondern die während derselben einsetzende Verbalsuggestion. Diese modifizierte „Kaufmann-Methode“ wurde Anfang 1917 in Gießen eingeführt und habe, so Wagner, „das ganze Bild unserer Abteilung [...] geändert“.⁵² Im Gegensatz zu vielen seiner Militärpsychiater-Kollegen blieb er als überzeugter Psychotherapeut den Grundlinien der Freud'schen Theorie weiter treu und betonte in mehreren Veröffentlichungen, dass die hysterischen Erscheinungen der Kriegsneurosen psychotrau-

48 Wagner, Ebd. S. 549 f.

49 Wagner, Ebd. S. 549

50 Albert Wagner, Die Dienstbeschädigung bei nerven- u. geisteskranken Soldaten. Militärärztlicher Fortbildungskurs am 02.05.1917, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. 37, 1917, S. 236, 241.

51 Albert Wagner, ebenda.

52 Albert Wagner, ebd. Seite 232.

matisch entstehen und psychogen fixiert würden. Sie stellten eine unbewusste Abwehr gegen den Kriegsdienst dar und sei eine Ausdrucksbewegung der Angst, des Schreckens und der Abwehr, wie sie bei normalen Menschen im ersten Moment der Einwirkung auftreten. Nur die dauerhafte Fixation dieser Erscheinung sei das hysterisch Krankhafte.

Für die Psychiater und Neurologen war der Widerspruch zwischen den Erfordernissen der deutschen Kriegsführung und dem ärztlichen Auftrag, zum Wohle des Patienten zu handeln, in vielen Fällen unlösbar. In einer Phase des Suchens nach einer eigenständigen wissenschaftlichen Identität geriet die Psychiatrie in den Sog einer Zeit, die ihr Menschenbild am Kriterium der nationalen Größe orientierte. Die Psychiatrie hatte es mit traumatisierten und schwach wirkenden Menschen zu tun. Doch nur Stärke, seelische wie körperliche, war im Zeitalter des Wilhelminismus und besonders in den Kriegszeiten gefragt. Eine so staatsnahe Wissenschaft wie die Psychiatrie wurde besonders stark vom Strudel der politischen Zeitläufe erfasst. Auch wenn in Gießen beispielsweise die „Kaufmann-Methode“ deutlich weniger intensiv eingesetzt wurde, interessierten auch hier Schicksalsfragen der Nation mehr als die Schicksale kranker Menschen. Die letzten nervenkranken Soldaten wurden erst 1921 aus dem Reservelazarett in Gießen entlassen.⁵³

53 Dirk Blasius, „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945, Frankfurt/a.M. 1994, S. 117 f.