

*Monika Ankele*

„Jede Verhütung des Verfalls von Arbeitskraft ist [...] Gewinn für die Allgemeinheit“ –  
Arbeit/slosigkeit, Psychiatrie und öffentliche  
Gesundheit in der Weimarer Zeit

Einleitung

„Jede Verhütung des Verfalls von Arbeitskraft ist ethisch, sozial oder wirtschaftlich gesehen, Gewinn für die Allgemeinheit“,<sup>1</sup> so Oskar Martini im Jahr 1930. Das Zitat ist einer Festschrift entnommen, die anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Hamburger Arbeitsfürsorge und der ihr angegliederten Werkstätten für sogenannte Erwerbsbeschränkte erschienen ist.<sup>2</sup> Diese Werkstätten unterstanden der Wohlfahrtsbehörde und hatten die Aufgabe, erwerbslose oder fürsorgebedürftige Erwerbsbeschränkte zu beschäftigen und sie für den Arbeitsmarkt wieder erwerbsfähig zu machen. Entsprechend hieß es auch in den 1924 aufgestellten „Reichsgrundsätzen über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge“, dass diese „den Hilfsbedürftigen tunlichst in den Stand setzen [soll], sich und seinen unterhaltsberechtigten Angehörigen den Lebensbedarf selbst zu beschaffen“.<sup>3</sup>

Oskar Martini war der erste Präsident der nach dem Ersten Weltkrieg neu gegründeten Hamburger Wohlfahrtsbehörde. In seiner Aussage findet sich eine zentrale Leitlinie für wohlfahrts-, aber auch für gesundheitspolitisches Handeln in der Weimarer Zeit formuliert, das sich an der Erhaltung von Arbeitskraft orientieren und ausrichten sollte. Das Ziel der Erhaltung von Arbeitskraft lässt sich als Scharnier oder Mittler zwischen Arbeit und öffentlicher Gesundheit beschreiben, es verbindet beide Bereiche und reguliert, abhängig von der jeweiligen historischen Situation, ihre entsprechende Ausgestaltung sowie ihr Verhältnis zueinander. Das Ziel der Erhaltung von Arbeitskraft konnte argumentativ verschieden angereichert werden und mit (staats-)politischen, (national-)ökonomischen, psychologischen,

<sup>1</sup> [Oskar] Martini: Grundsätzliches zur Erwerbsbeschränktenfürsorge. In: Zehn Jahre Arbeitsfürsorge der Hamburger Werkstätten für Erwerbsbeschränkte G.m.b.H. Hamburg 1930, S. 5–40, hier: S. 7.

<sup>2</sup> Die Arbeitsfürsorge war eine Einrichtung der Wohlfahrtsbehörde, die 1920 mit dem Ziel der Beschäftigung oder Vermittlung fürsorgebedürftiger Erwerbsbeschränkter gegründet wurde.

<sup>3</sup> Vgl. Abschn. A § 1, II. der Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4.12.1924.

sozialen, gesundheitlichen oder eben auch gesundheitspolitischen Inhalten gefüllt werden. Vor allem ab der Mitte des 19. Jahrhunderts generierten arbeitsspezifische Diskurse zunehmend wichtige Handlungsfelder für den Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die Arbeiterschaft kämpfte dafür, die Arbeitskraft des (männlichen) Arbeiters unter den Schutz des Staates zu stellen – seine Gesundheit war die Basis seiner wirtschaftlichen Existenz. Von ihr hingen sozialer Aufstieg, Eigentum, Freiheit und das Wahlrecht ab, und sie war damit die Voraussetzung für die Teilhabe an der bürgerlichen Gesellschaft. Für den Staat wiederum bedeutete eine große Anzahl arbeitsfähiger Frauen und Männer – die möglichst lange arbeitsfähig blieben – Reichtum, Ansehen, Macht, Expansion. Die 1883 eingeführte Krankenversicherung begründete erstmalig einen gesetzlichen Schutz des Arbeiters. Für den Ursprung der modernen Sozialpolitik war diese Entwicklung, durch die ein neues Verhältnis von Arbeit und öffentlicher Gesundheit entstand, maßgebend.<sup>4</sup>

Doch noch einmal zurück zu Oskar Martini: Die von ihm formulierte und an den Reichsgrundsätzen der Fürsorge angelehnte Leitlinie, den Verfall von Arbeitskraft zu verhindern beziehungsweise dafür zu sorgen, die Arbeitskraft zu erhalten, galt erstens für den Bereich der allgemeinen Erwerbstätigkeit (im Sinne von Prophylaxe und Prävention, die in der Weimarer Zeit auch eine stärkere gesetzliche Berücksichtigung fanden),<sup>5</sup> zweitens für den Umgang mit Arbeitslosigkeit und eingeschränkter Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit (wie das unter anderem der Ausbau an Einrichtungen für Arbeitsvermittlung, aber auch Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen beziehungsweise die Verordnung von Notstandsarbeiten deutlich machen), und sie lässt sich darüber hinaus – und das wird den Kern meines Beitrages bilden – drittens mit den arbeitstherapeutischen Behandlungsansätzen psychiatrischer Anstalten in der Weimarer Zeit verbinden.

Denn ein Ziel der Arbeitstherapie, das vor allem nach dem Ersten Weltkrieg deutlich stärker betont wurde, war die sogenannte „soziale Wiedergeburt“<sup>6</sup> des Patienten, wie der Psychiater Ostmann es 1925 formulierte, seine „soziale Heilung“:<sup>7</sup>

<sup>4</sup> Vgl. Christoph Sachsse/Florian Tennstedt: *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg*. Stuttgart 1980, zit. nach Alfons Labisch/Florian Tennstedt: *Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland. Teil 1*. Düsseldorf 1985, S. 22.

<sup>5</sup> Vgl. Gabriele Moser: *Notverordnungen und Gesundheitspolitik in der Weimarer Republik: Präventionskonzepte und Versorgungsstrukturen in der Krise*. In: Sigrd Stöckel/Ulla Walter (Hg.): *Prävention im 20. Jahrhundert. Historische Grundlagen und aktuelle Entwicklungen in Deutschland*. Weinheim/München 2002, S. 96–109.

<sup>6</sup> Ostmann: *Zeitgemäße Betrachtungen zur Arbeitstherapie, zum Wirtschaftsdirektor und zur Entlassenenfürsorge*. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 22/27 (1925), S. 209–211, hier: S. 211.

<sup>7</sup> M[aximilian] Thumm: *Über Erfahrungen mit „aktiver“ Therapie bei Psychosen*. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 103 (1926), S. 225–236, hier: S. 229. Thumm leitete von 1924 bis 1933 die badische Heil- und Pflgeanstalt Konstanz und führte dort die Arbeitstherapie in Kombination mit Frühentlassung und ambulanter Nachsorge ein; vgl. [Geschichte des Zentrums für Psychiatrie in Reichenau], online zugänglich unter: <https://www.zfp-reichenau.de/unternehmen/wer-wir-sind/geschichte/> (letzter Zugriff am 8. 5. 2018).

Im Konkreten bedeutete das die Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit, die durch eine regelmäßige Beschäftigung in der Anstalt angestrebt wurde, eine dadurch bedingte frühere Entlassung aus der Anstalt und eine darauf folgende Rückführung in die erwerbstätige Gesellschaft. Diese therapeutische Zielsetzung konnte mit derjenigen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge in Deckung gebracht werden, schließlich galt es, Arbeitskräfte zu erhalten und Arbeitslosigkeit zu vermeiden. Zu einem „Problem der Volksgesundheit“ erklärte der sozialdemokratische Politiker und Arzt Julius Moses 1931 die Arbeitslosigkeit. Sie könne zu einem Heer an psychisch und körperlich Erkrankten führen und sei daher, so Moses, eine „gesundheitliche Lebens- und Schicksalsfrage des deutschen Volkes“.<sup>8</sup>

In meinem Beitrag werde ich jene Spannungsfelder fokussieren, die sich für die konkrete Anstaltspraxis und ihre Akteure aus der beschriebenen therapeutischen Zielsetzung der Psychiatrie ergaben, die an den Leitlinien der Fürsorge angelehnt war und einen Teilaspekt der öffentlichen Gesundheit darstellte. Dabei interessieren mich vor allem die Praxis der Entlassung von Patienten aus der Anstalt und das dafür entscheidende Kriterium der Arbeitsfähigkeit. Denn an diesem Punkt lässt sich die Schnittstelle zwischen interner Anstaltspraxis und externer öffentlicher Gesundheitsfürsorge besonders gut erfassen. Daran anknüpfend stellt sich die Frage nach den Maßnahmen, derer es bedurfte, um die Arbeitsfähigkeit des Patienten als Ausdruck seiner sozialer Heilung aufrechterhalten zu können, sowie nach den Interaktionen zwischen den Ärzten und jener Gruppe von Patienten, die ihre soziale Anschlussfähigkeit über Arbeit entwickeln konnten. Nur von diesen „arbeitsfähigen“ Patienten handeln die folgenden Ausführungen.

Ich werde eingangs am Beispiel zweier Denkschriften ausführen, wie die Weltwirtschaftskrise zu einer Medikalisierung von Arbeitslosigkeit führte und die Idee, Arbeit als ein quasi „therapeutisches“ Hilfsmittel zur Aufrechterhaltung der „Volksgesundheit“ zu verstehen, breite Zustimmung fand. Anschließend werde ich das Konzept der psychiatrischen Arbeitstherapie vorstellen und am Beispiel der Staatskrankenanstalt Hamburg-Langenhorn der Frage nachgehen, wie sich das Ziel der Erhaltung von Arbeitskraft – auch im Sinne einer Prophylaxe – in der Entlassungspraxis der Anstalt realisieren lassen sollte.

## Die Medikalisierung von Arbeitslosigkeit

Mit der Weltwirtschaftskrise von 1929 wurden die gesundheitlichen Implikationen der hohen Arbeitslosigkeit in die politische Diskussion um öffentliche Gesundheit eingebracht: Es kam zu einer Medikalisierung von Arbeitslosigkeit. Politiker wie Julius Moses wiesen mit Nachdruck darauf hin, dass die Arbeitslosigkeit nicht nur unter finanziellen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten betrachtet werden dürfe, sondern vor allem auch in ihren Auswirkungen auf die körperliche und

<sup>8</sup> Julius Moses: Vorwort. In: ders.: Arbeitslosigkeit: ein Problem der Volksgesundheit. Eine Denkschrift für Regierung und Parlamente. Berlin 1931, S. 5–14, hier: S. 14.

seelische Gesundheit der Bevölkerung erörtert werden müsse. „Das Wohl des Staatsangehörigen“, so Moses, „ist zu 90 Prozent seine Gesundheit. Fast jedes Gebiet der Staatspolitik wirkt sich in volksgesundheitlicher Beziehung aus.“<sup>9</sup>

Um auf die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die „Volksgesundheit“ aufmerksam zu machen, veröffentlichte Moses 1930 eine Denkschrift mit 29 Gutachten teilweise namhafter Ärzte und Professoren, die er um Stellungnahme gebeten hatte: Unter den Gutachtern waren der Psychiater Robert Gaupp (Leiter der Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankheiten in Tübingen), der Pädiater Ernst Moro (Direktor der Universitäts-Kinderklinik in Heidelberg), der Dermatologe Ernst Friedberger (Direktor des Forschungsinstituts für Hygiene und Immunitätslehre in Berlin) sowie der Physiologe Edgar Atzler (Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Arbeitsphysiologie in Dortmund).<sup>10</sup>

Moses plante, die Denkschrift der Regierung und den Parlamenten vorzulegen, um weitere Leistungsreduzierungen in der Arbeitslosenfürsorge, wie sie 1930 mit den ersten Notverordnungen eingeleitet worden waren, zu verhindern. Auch wenn die Gutachter überwiegend darin übereinstimmten, dass die Arbeitslosigkeit schädigend auf die Gesundheit der Bevölkerung einwirke, da sie den Betroffenen die wirtschaftliche und soziale Lebensgrundlage entziehe, erreichte die Denkschrift ihr Ziel nicht.

Die Gutachter schilderten eindrücklich die verheerenden Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, die sie unter anderem im Bereich der Ernährung, der Wohnverhältnisse, der Kleidung sowie der Körperhygiene feststellen konnten. Auch auf die psychischen Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, wie Aufgeregtheit, Reizbarkeit, Verbitterung, Aggressivität, aber auch Lethargie, Apathie und Depression verwiesen sie. Zugleich warnten Gutachter wie Max Berliner vor dem „Verfall der Arbeitskraft“, der mit einer längeren Arbeitslosigkeit einhergehe und der nicht nur den Einzelnen, sondern die Nation im Gesamten dauerhaft schädigen könne.<sup>11</sup> Für Berliner kündigte sich hier der „Untergang des Vaterlandes“ an. Dieser Entwicklung müsse der Staat die Stirn bieten, und zwar durch verordnete Arbeit oder die Einführung eines „Pflichtdienstes“, wie ihn Ludolph Brauer, ärztlicher Direktor des Allgemeinen Krankenhauses Eppendorf in Hamburg, empfahl.<sup>12</sup> Brauer war der Meinung, dass die – sowohl in moralischer, als auch in physischer und psychischer Hinsicht – „bedenklichen Folgen der Arbeitslosigkeit“, gegen die Moses als Sozialpolitiker ankämpfte, nur dadurch vermieden werden könnten, dass der Mann „bei der Pflicht“ gehalten werde. Berliner wurde diesbezüglich konkreter und empfahl, das „Heer der Arbeitslosen“ bei „freieren Arbeitsleistun-

<sup>9</sup> Ebd., S. 5.

<sup>10</sup> Für ausführlichere Informationen zu den einzelnen Gutachtern sowie zur Denkschrift im Allgemeinen siehe Nicole Mayer-Ahaju: Massenerwerbslosigkeit, Reform der Sozialpolitik und die gesundheitlichen Folgen. Die Ärztebefragung des Reichstagsabgeordneten Dr. Julius Moses aus dem Krisenjahr 1931. Pfaffenweiler 1999.

<sup>11</sup> Max Berliner: Volksgesundheitliche Gefahren der Arbeitslosigkeit. In: Moses: Arbeitslosigkeit (wie Anm. 8), S. 29–31, hier: S. 30.

<sup>12</sup> Hier und im Folgenden Moses: Arbeitslosigkeit (wie Anm. 8), S. 90.

gen“ wie im Straßen-, Kanal-, Hoch- und Tiefbau einzusetzen. Eine in Aussicht gestellte Entlohnung sollte dabei den Anreiz geben und wäre, so Berliner, weitaus sinnvoller investiert als die Erwerbslosenunterstützung, deren Ausgaben nicht der Allgemeinheit zugute kämen.<sup>13</sup>

1932 veröffentlichte auch die „Hygiene-Sektion des Völkerbund-Sekretariats“<sup>14</sup> eine Denkschrift zu den gesundheitsschädigenden Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise. Die Arbeitslosigkeit wurde darin als eines ihrer „alarmierendsten Symptome“<sup>15</sup> beschrieben, da sie eine „Gefährdung der [Volks-]Gesundheit“ darstelle, vor allem in jenen Ländern wie Deutschland, den Vereinigten Staaten von Amerika, Österreich und Großbritannien, die von der Arbeitslosigkeit am stärksten betroffen waren. Die Verfasser der Denkschrift der Hygiene-Sektion kamen zu ähnlichen Ergebnissen wie die Gutachter in der Denkschrift von Moses, verwiesen aber auch auf Maßnahmen, die in einzelnen Ländern zur Bekämpfung einer längeren Arbeitslosigkeit und damit auch ihrer schädigenden Wirkung in Angriff genommen worden waren: Erwähnung fanden der obligatorische oder freiwillige Arbeitsdienst, Notstandsarbeiten, Lehrgänge für Jugendliche, die Einrichtung von Werkstätten, aber auch die Anlage von Kleingärten oder Siedlungen, die landwirtschaftliche Beschäftigungen boten und eine autarke Versorgung der Arbeitslosen ermöglichen sollten. Was hier gesundheitspolitisch mit dem Argument der schädigenden Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die „Volksgesundheit“ befürwortet wurde, war ein breit angelegtes arbeitstherapeutisches Programm. Die Koppelung von Arbeit und Gesundheit legitimierte zugleich auch Arbeit ohne Entlohnung – wenngleich Berliner den Arbeitenden eine Entlohnung, allerdings als Gegenmodell zur Erwerbslosenunterstützung, in Aussicht stellen wollte.

## Die psychiatrische Arbeitstherapie

### *Arbeitstherapie vor und nach dem Ersten Weltkrieg*

Arbeit als Therapie war kein Konzept der sogenannten Weimarer Reformpsychiatrie. Bereits die Psychiater des frühen 19. Jahrhunderts erkannten in der Arbeit ein wichtiges Behandlungsmittel, das ab den 1860er-Jahren mit dem Konzept der landwirtschaftlichen Kolonie und der daraus entwickelten kolonialen Irrenanstalt auch die entsprechenden räumlichen Voraussetzungen für eine ausgedehnte An-

<sup>13</sup> Berliner: Gefahren (wie Anm. 11), S. 31.

<sup>14</sup> Als Bindeglied zwischen Bundesversammlung und Völkerbundsrat hatte das Generalsekretariat des Völkerbundes unter anderem die Aufgabe, die „Verbindung des Bundes mit der Öffentlichkeit aufrechtzuerhalten“. Das Sekretariat war in mehrere Fachabteilungen gegliedert (Hygieneabteilung, Abrüstungsabteilung, Verkehrsabteilung, Abteilung für soziale Fragen etc.); vgl. Die Aufgaben des Völkerbundes und seine Organe. In: Deutsche Liga für Völkerbund (Hg.): Deutschland und der Völkerbund. Berlin 1926, S. 7–17, hier: S. 12f.

<sup>15</sup> Zur Gesundheitspolitik des Völkerbundes vgl. Iris Borowy: Die internationale Gesundheitspolitik des Völkerbundes zwischen globalem Denken und europäischem Führungsanspruch. In: ZfG 54 (2006) 10, S. 864–875.

wendung von Arbeit im Freien gefunden hatte. Die Arbeit der Patienten hatte dabei zwei Funktionen: Sie sollte heilsam auf der einen und nützlich auf der anderen Seite sein, wobei die heilsame Wirkung von Arbeit meist zugleich mit ihrer (ökonomischen) Nützlichkeit (für eine Gemeinschaft, für die Gesellschaft) artikuliert wurde. Um die Kosten für die Anstaltsunterbringung der vor allem chronisch Kranken senken zu können, sollte sich die Anstalt durch die Arbeit der Patienten weitgehend autark versorgen. So wurden beispielsweise in der 1893 gegründeten Irrenanstalt und späteren Staatskrankenanstalt Langenhorn bei Hamburg zahlreiche Nahrungsmittel sowie Gebrauchsgegenstände (Matratzen, Körbe, Schuhe, Strümpfe, Mützen, Jacken, Hosen, Bürsten etc.) in der anstaltseigenen Landwirtschaft und den für die Arbeitstherapie eingerichteten Werkstätten hergestellt.<sup>16</sup> Diese frühen arbeitstherapeutischen Bemühungen waren noch nicht unbedingt auf eine Entlassung oder Rückführung des Kranken in die Gesellschaft gerichtet, sondern konzentrierten sich vor allem auf seine Eingliederung in die Anstaltsgemeinschaft als ein tätiges und produktives Mitglied derselben, der er in vielen Fällen ein ganzes Leben lang erhalten blieb. Daraus ergaben sich für die Gemeinden beziehungsweise den Staat hohe Kosten für Unterbringung und Versorgung, die unter dem ökonomischen Druck, der auf den Anstalten nach dem Ersten Weltkrieg lastete, entsprechende Debatten über Reformansätze in der Psychiatrie auslösten. Den Grundstein für die Reformen legten bereits die Entwicklungen während des Ersten Weltkrieges, als die Psychiatrie sich in ihrem therapeutischen Handeln stärker an den Bedürfnissen der Welt außerhalb der Anstaltsmauern zu orientieren begann und Parameter einer sich entwickelnden Leistungsgesellschaft – wie die Arbeitsfähigkeit – als Behandlungsziel breiten Konsens fanden: Es galt in erster Linie, die erkrankten Soldaten möglichst rasch wieder arbeitsfähig zu machen – wenn nicht für den Einsatz an der Front, so für den Einsatz in der Kriegswirtschaft. Die Idee der Heilung somatischer Krankheitsursachen trat zugunsten einer an der Remission der Symptome orientierten Behandlung in den Hintergrund. Der Erste Weltkrieg kann damit als Wegbereiter für die (sozial-)psychiatrischen Reformen der Weimarer Zeit beschrieben werden.<sup>17</sup> Vor allem die Konzepte der „aktiveren Krankenbehandlung“, die auf älteren, arbeitstherapeutischen Ansätzen basierte, die „Familienpflege“ und die „offene Fürsorge“ wurden nach dem Krieg breit diskutiert. Für den Historiker Bernd Walter sind diese Reformansätze Ausdruck einer Anpassungsleistung der Psychiatrie an die Anforderungen des Sozialstaates.<sup>18</sup> In der Verfassung des neu gegründeten Weimarer Wohlfahrtsstaates

<sup>16</sup> Vgl. Monika Ankele: Innerhalb und außerhalb der Anstalt. Zu den Dynamiken von Arbeit als Therapie in der Weimarer Zeit. Das Beispiel der Staatskrankenanstalt Hamburg-Langenhorn. In: *Medizinhistorisches Journal* 48 (2013), S. 241–272.

<sup>17</sup> Vgl. Paul Lerner: *Hysterical Men. War, Psychiatry, and the Politics of Trauma in Germany, 1890–1930*. Ithaca 2003.

<sup>18</sup> Vgl. Bernd Walter: Fürsorgepflicht und Heilungsanspruch: Die Überforderung der Anstalt? (1870–1930). In: Franz-Werner Kersting/Karl Teppe/ders. (Hg.): *Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert*. Paderborn 1993, S. 67–97; Bernd Walter: *Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime*. Paderborn 1996, Teil 2, S. 169–324.

wurde Arbeit zur staatsbürgerlichen Pflicht erklärt, auf der die soziale Absicherung des Einzelnen beruhte. Ihren gesundheitspolitischen Niederschlag fand diese Entwicklung unter anderem auch in einer stärkeren gesetzlichen Verankerung präventiver Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheit und dem damit verbundenen Ausfall von Arbeitsleistung.<sup>19</sup> Leistete die Arbeitstherapie in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg vor allem einen wichtigen Beitrag zur inneren Stabilisierung der Anstalt, so erhöhte sie in der Weimarer Zeit ihre Anpassungsfähigkeit an die gesellschaftlichen – und, hier ließe sich präzisieren, ökonomischen wie auch gesundheitspolitischen – Anforderungen.<sup>20</sup> Die Weimarer Zeit bildete einen neuen Kontext für die Arbeitstherapie, stellte sie in einen neuen Sinnzusammenhang und fand mit ihrer Ausrichtung auf eine Wiederherstellung der Arbeitskraft einen breiten, gesellschaftlichen und politischen Konsens. Vor allem nach der Niederlage, die das Deutsche Reich im Ersten Weltkrieg erfahren hatte, war Arbeit nun auch das Werkzeug für den Aufbau einer starken, leistungsfähigen Nation, die eine „gesunde“ und damit arbeitsfähige Bevölkerung benötigte und den Staat zu entsprechenden gesundheitspolitischen Maßnahmen motivierte. „Doctors were imbued with a sense of social responsibility to promote the nation's health and to ensure the survival of the nation as a competitive world power [...]. [...] scientific social planning was to re-build the German economy and the health of the population after the catastrophic defeat of 1918“, so der Historiker Paul Weindling.<sup>21</sup> Auch die psychiatrische Anstalt war von dieser nationalen Aufgabe nicht ausgenommen.

### *„Soziale Heilung“ als Ziel der Arbeitstherapie in der Weimarer Zeit*

Stärker als in den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg wurden arbeitstherapeutische Ansätze nun mit dem Argument einer früheren Entlassung der Patienten aus der Anstalt und ihrer Wiedereingliederung in die erwerbstätige Gesellschaft in die Diskussion eingeführt, wodurch eine Entlastung der öffentlichen Hand in Aussicht gestellt wurde. Auch hier waren die Erfahrungen aus dem Ersten Weltkrieg entscheidend, die zeigten, dass Patienten früher als bisher angenommen aus der Anstalt entlassen werden konnten und die „Anstaltsbedürftigkeit [...] unter den Verhältnissen des Friedens überschätzt wurde“, so der Psychiater Hans Roemer.<sup>22</sup> Das Kriterium für eine Entlassung war dabei nicht eine Heilung, die – unter anderem auch mithilfe einer Normalisierung von Blutparametern – im Labor nachgewiesen werden konnte, sondern ein Rückgang der psychischen Symptome. „Der wichtigste und praktisch bedeutsamste Gradmesser des Erfolges“, schrieb der Psychiater Wilhelm Weygandt 1927 bezogen auf die Behandlung der Paralyse,<sup>23</sup>

<sup>19</sup> Vgl. Moser: Notverordnungen (wie Anm. 5).

<sup>20</sup> Walter: Psychiatrie (wie Anm. 18), S. 267.

<sup>21</sup> Paul Weindling: *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870–1945*. Cambridge 1989, S. 2.

<sup>22</sup> Hans Roemer: Die sozialen Aufgaben des Irrenarztes in der Gegenwart. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 45/46 (1920/1921), S. 343–351, hier: S. 344.

<sup>23</sup> Bei der Paralyse handelt es sich um die Spätfolge einer Infektion mit Syphilis.

„ist die soziale Tauglichkeit, die Rückkehr zur Berufsfähigkeit. Es wäre weltfremdes Theoretisieren, wollte man einigen Kritikern folgend die Besserung nur als Zurücktreten einer Verschlimmerung bezeichnen und den Nachdruck ganz auf somatische Besserung legen. [...] Ob im Liquor eine Eiweißstrübung oder im Serum ein positiver Wassermann zurückbleibt, ist theoretisch interessant und könnte auch für die Frage eines Rückfalls eine Rolle spielen, für den Patienten selbst ist es nicht drückend; gibt es doch manche behandelte Syphilitiker, die jahrzehntelang positiv reagieren und im Übrigen leistungsfähig und glücklich dahinleben.“<sup>24</sup>

Da die Arbeitstherapie auf die psychischen Symptome der Erkrankung einwirken sollte, sprach der Psychiater Hermann Simon, der den Begriff der „aktiveren Krankenbehandlung“ prägte, auch von einer symptomatischen Therapie beziehungsweise Psychotherapie. Aus der von ihm geleiteten Anstalt Gütersloh erfolgten die Entlassungen „meist als gebessert“, wie die in Gütersloh tätige Ärztin Helene Silberschmidt anmerkte, „da wir im allgemeinen so früh wie möglich entlassen, ohne eine völlige Heilung abzuwarten“.<sup>25</sup>

Hier lässt sich eine Zielverschiebung im ärztlichen Handeln feststellen, das sich von der individuellen Gesundheit abwandte und sich zusehends stärker an einer biopolitisch geprägten Orientierung im Sinne von Regulierungsmaßnahmen, die das „Volkswohl“ adressieren sollten, ausrichtete.<sup>26</sup> Während individuelle Aspekte einer möglichen Heilung in den Hintergrund traten, rückten Argumente einer Heilung, orientiert am „Volkswohl“, in den Vordergrund: Ausdruck der sozialen Heilung war die gesellschaftliche Anpassungsfähigkeit des Kranken und die Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit. „Es gilt“, schrieb der Psychiater Maximilian Thumm, „unermüdlich darauf hinarbeiten, jeden einzelnen Kranken weiter zu führen, [...] der sozialen Heilung immer näher zu bringen, auch wo die klinische nicht möglich ist.“<sup>27</sup> Als Ziel der Arbeitstherapie formulierte er „die möglichst rasche Wiedereingliederung im freien Leben“,<sup>28</sup> sie war Ausdruck der sozialen Heilung.

### *Wege zur „sozialen Heilung“: Arbeitstherapie in Stufen*

Doch wie sollte der Kranke in der Anstalt an diese soziale Heilung herangeführt werden? Folgt man Simons Konzept der „aktiveren Krankenbehandlung“, so

<sup>24</sup> Wilhelm Weygandt: Behandlung der Paralyse. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 24 (1927), S. 377–381, hier: S. 379.

<sup>25</sup> Helene Silberschmidt: Ergebnisse einer „aktiveren Krankenbehandlung“ in der Provinzialheilanstalt Gütersloh. Diss. med. Berlin 1930, S. 9.

<sup>26</sup> Zum Konzept der „sozialen Heilung“ bei Eugen Bleuler vgl. Brigitta Bernet: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes um 1900. Zürich 2013. Auch Leukotomien als somatische Therapien gründeten auf dem Argument einer sozialen Heilung; vgl. Marietta Maier: „Soziale Heilung“ als Ziel psychochirurgischer Eingriffe. Leukotomie im Spannungsfeld von Individuum, Anstalt und Gesellschaft. In: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte 54 (2004), S. 410–425.

<sup>27</sup> Thumm: Erfahrungen (wie Anm. 7), S. 229.

<sup>28</sup> Ebd., S. 235.

sollte die für die Kranken ausgewählte Beschäftigung „immer an der oberen Grenze der Leistungsfähigkeit gehalten werden“, nur so „können Fortschritte erzielt werden“.<sup>29</sup> Sein Ansatz basierte auf der Annahme, dass Arbeitskräfte, die nicht genutzt werden, verfallen, dass Arbeit die Kraft nicht aufbraucht oder verzehrt, sondern dass „der Aufstieg des Arbeitenden in der Entwicklung seiner eigenen Kraft, seiner eigenen Leistungsfähigkeit durch eigene Leistung liegt. Die Arbeitskraft ist das unveräußerliche Kapital des Arbeitenden, das ihm keine Inflation rauben kann und das sich umso stärker vermehrt, je mehr er es gebraucht.“<sup>30</sup> Mit diesem Plädoyer für eine stetige Steigerung der Arbeitsleistung wandte sich Simon an den Staat und die Politik, aber auch explizit gegen das 1927 im Reichstag verabschiedete „Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung“, das in seinen Augen nur einen „Parasitismus socialis“ fördere und auf einem falsch verstandenen Konzept von Gemeinschaft beruhe.

Um die „aktivere Krankenbehandlung“ in den Anstalten durchzuführen, sollten die Arbeiten, mit denen die Patienten betraut wurden, ihren jeweiligen Anforderungen entsprechend in eine Stufenfolge gebracht werden, wobei die Arbeiten der letzten der insgesamt fünf Stufen<sup>31</sup> der „[v]olle[n] normalen Leistungsfähigkeit eines Gesunden“<sup>32</sup> entsprachen: Auf dieser letzten Stufe sei es wichtig, dass die Art der Beschäftigung nun den Kranken „mit der gesunden Außenwelt in persönlichen Verkehr bringt“. Je mehr sie dies tue, „desto mehr treten krankhafte Äußerungen [...] zurück“: „Wer sich auf dieser Stufe bewährt“, so Simon weiter, „wird auch unbedenklich der freien Erwerbstätigkeit wiedergegeben werden können.“

### *„Sinnvolle“ und „sinnlose“ Arbeiten*

Für das Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit und der damit verbundenen sozialen Heilung war die Auswahl der Arbeiten nicht unerheblich: „Das Wichtigste wird immer bleiben, daß wir unseren Kranken [...] wieder solche Kenntnisse und Gewöhnungen vermitteln, mit denen sie außerhalb der Anstalt auch etwas anfangen können.“<sup>33</sup> Künstlerische Beschäftigungen, Spielereien oder die „Produktion schi-

<sup>29</sup> Hermann Simon: *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt* (1929). Bonn 1986, S. 22.

<sup>30</sup> [Hermann] Simon: *Moderne Beschäftigungstherapie*. In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* 32 (1930), S. 141–144, hier: S. 144.

<sup>31</sup> Zur untersten Stufe zählten Betätigungen, die weder Selbstständigkeit noch Aufmerksamkeit forderten, wie das Anfassen beim gemeinsamen Tragen eines Korbes, Staubwischen, Auseinanderzupfen von Wollresten u. Ä. Zur zweiten Stufe zählte er „[m]echanische Arbeit mit geringen Anforderungen an Aufmerksamkeit und Regsamkeit“, wie Meliorationsarbeiten, Unkraut jäten, Wenden von Briefumschlägen. Die dritte Stufe sah Arbeiten vor, die „mäßige Aufmerksamkeit, Regsamkeit und Intelligenz“ verlangten, wie Kolonnenarbeiten, Besorgung der Ställe, Nähen, Weben. Die Arbeiten der vierten Stufe erforderten „gute Aufmerksamkeit und halbwegs normales Nachdenken“, wie Facharbeiten in den Werkstätten, Arbeiten im Büro, selbstständige Hausarbeit u. Ä.; vgl. Simon: *Krankenbehandlung* (wie Anm. 29), S. 24–26.

<sup>32</sup> Hier und im Folgenden ebd., S. 27.

<sup>33</sup> Simon: *Beschäftigungstherapie* (wie Anm. 30), S. 143.

zophrener und paranoider „Kunstwerke“ zählten für Simon nicht dazu.<sup>34</sup> Sie sollten in der Anstalt auch nicht gefördert werden, da sie den Kranken in seinen „Verirrungen“ oder „abwegigen Gedankengängen“ bestätigten und weder Zweck noch Nutzen hätten. Es sei therapeutisch wichtig, so Simon, die Arbeitskraft des Einzelnen „nützlich“ zu verwerten, um die „gesunde Logik wieder in das Leben und in die Gedankenwelt des Kranken einzuführen“.<sup>35</sup> „Nützlich“ waren in Simons Augen vor allem die Garten- und Feldarbeit, die Arbeiten in der Hauswirtschaft und in den Werkstätten, aber auch ausgewählte Arbeiten im Büro- und Verwaltungsbetrieb – allesamt Arbeiten, die vor allem auch einen ökonomischen Nutzen für den Anstaltsbetrieb hatten. Die Arbeitstherapie, die Arbeitsleistung mit der Aussicht auf Entlassung belohnte, sollte den Kranken daran gewöhnen, „seine Forderungen ans Dasein weniger aus seiner ‚Krankheit‘ [...] abzuleiten, als aus seiner eigenen Leistung“.<sup>36</sup>

Dass die Ansichten über Zweck und Nutzen der in der Anstalt angebotenen Arbeiten sehr unterschiedlich sein konnten und die Patienten nicht immer die Ansicht der Anstaltsleitung teilten, belegen Einträge aus den Krankenakten. In Langenhorn, einer in die Peripherie ausgelagerten Anstalt mit großen landwirtschaftlichen Flächen, die bearbeitet werden mussten, und einer mit zahlreichen Werkstätten ausgestatteten Einrichtung, wurden die Patienten auch überwiegend mit handwerklichen und landwirtschaftlichen Arbeiten beschäftigt. Doch an das großstädtische Leben und seine Anforderungen gewöhnte Kranke konnten mit diesen Arbeiten oft nur bedingt etwas anfangen:<sup>37</sup> Bestimmte Arbeitstechniken waren ihnen nicht vertraut, oder sie weigerten sich, Arbeiten auszuführen, die ihnen für ein späteres Fortkommen in der Großstadt ungeeignet schienen, mit denen sich also aus ihrer Perspektive das Behandlungsziel einer sozialen Heilung nicht realisieren ließ. Die Einträge in den Krankenakten berichten davon, dass Patienten sich in der Anstalt auf eigene Initiative weiterbildeten, Fertigkeiten lernten oder sich mithilfe von Büchern oder Mitpatienten spezielles Wissen aneigneten, um nach einer möglichen Entlassung für das Leben außerhalb der Anstalt gewappnet zu sein oder es nach eigenen Vorstellungen gestalten zu können. Erwähnung fanden der Erwerb von Kenntnissen in Stenografie, Maschinenschreiben und Fremdsprachen. Das Erlernen von Stenografie und Maschinenschreiben erfreute sich auch allgemein, außerhalb der Anstalt, einer großen Nachfrage, wie die Teilnehmerzahlen entsprechender Kurse für arbeitslose Erwachsene, die von der Hamburger Arbeitsverwaltung in den Jahren 1919 bis 1922/1923 durchgeführt

<sup>34</sup> Hier und im Folgenden Simon: Krankenbehandlung (wie Anm. 29), S. 18.

<sup>35</sup> Ebd.

<sup>36</sup> Simon: Beschäftigungstherapie (wie Anm. 30), S. 145.

<sup>37</sup> Entsprechende Bedenken wurden bereits in den Gründungsjahren der ehemaligen „Irren-Colonie“ Langenhorn geäußert. Vgl. dazu auch die Überlegungen von Titius: Zum Ausbau der Arbeitstherapie. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 36 (1930), S. 426f. Dort heißt es: „Es kommt noch hinzu, daß eine ganze, wenn auch nicht große Anzahl Kranker, und namentlich Angehörige gehobener Schichten, die kein Handwerk erlernt haben und an landwirtschaftliche Arbeiten nicht gewöhnt sind, sich sträuben, in Handwerksstätten zu arbeiten, sich weigern, selbst bei den einfachsten aller Arbeiten [...] mitzuhelfen [...]“; Zitat: ebd.

wurden, zeigen.<sup>38</sup> Als ein Patient in Langenhorn dazu aufgefordert wurde, sich mit „nutzbringender Arbeit etwas zu beschäftigen“, lehnte er diese ab und entgegnete dem Arzt: „Sehe ich denn so aus wie ein Arbeiter? Niemals werde ich [...] in diesen Häusern eine Beschäftigung sei es in der Schneiderei, Schusterei oder dergleichen anfangen. Das hat gar keinen Zweck, weil eine solche Arbeit gar keinen Nutzen für mein späteres Fortkommen hat. Ich will mich jetzt mit Stenographie beschäftigen und hoffe darin so flott zu werden, dass ich sie später verwerten kann.“<sup>39</sup>

Der Blick in die Krankenakten zeigt deutlich, dass in der Frage der sozialen Heilung die Interessen der Ärzte nicht immer mit denen der Patienten in Deckung gebracht werden konnten, dass zugleich aber das Konzept der sozialen Heilung einen Raum für neue Formen der Interaktion und Aushandlung zwischen Arzt und Patient öffnete, sie in ein verändertes Verhältnis zueinander setzte. Denn im Gegensatz zu Laborwerten, die über Gesundheit und Krankheit entschieden und die das Individuum praktisch nicht beeinflussen konnte, erforderte das Konzept der sozialen Heilung eine Beteiligung des Patienten am „Heilungsprozess“ sowie daran, dass die Effekte der Heilung auch erhalten blieben. Indem das Konzept auf Selbstständigkeit und Eigenverantwortung gerichtet war, musste zumindest jenen Patienten, denen eine Entlassung in Aussicht gestellt wurde, diese auch bis zu einem gewissen Grad im Anstaltsalltag zugestanden werden.

Darüber hinaus äußerten Patienten den Wunsch, in der Anstalt jener Arbeit nachgehen zu können, die sie erlernt hatten. So bat ein Patient, der aus dem Gefängnis Fuhlshüttel nach Langenhorn überwiesen worden war und bei dem Depressionen diagnostiziert wurden, ihn nicht länger in der Pantoffelmacherei, sondern zukünftig in der Lederschuhmacherei zu beschäftigen. Er begründete dies damit, dass er „die Absicht [habe], später selbständig zu werden. Deshalb muß ich meine praktischen Kenntnisse aufrecht erhalten. Ich bitte darum [...] mich in mein[em] Beruf arbeiten zu lassen. [...] Herr Oberarzt wird sehen, dass ich ganz anders werde, und ich besser zu Wege bin, als bisher, wenn ich in mein[em] Beruf arbeiten darf.“<sup>40</sup> Immer wieder verweigerte der gelernte Schuhmacher die Arbeit in der Pantoffelmacherei, die ihn unterfordere und langweile, und bat um Arbeit in der Lederschuhmacherei. Schließlich wurde dem Wunsch des Patienten nachgegeben, und er leistete als Lederschuhmacher in „guten Zeiten [...] ausgezeichnete Arbeit“.<sup>41</sup> Aus der Perspektive des Arztes stellte sich also der gewünschte therapeutische Effekt ein, dem aber eine Intervention des Patienten sowie eine entsprechende Aushandlung mit dem Arzt vorangegangen war. Nur so konnten die beiderseitigen Interessen schließlich in Deckung gebracht und konnte eine soziale Heilung in Aussicht gestellt werden.

<sup>38</sup> Vgl. Sabine Reh: „Man gibt uns Unterricht statt Brot.“ Arbeitslosenbildung zwischen Arbeitsmarktpolitik und Wohlfahrtspflege in Hamburg 1914–1933. Hamburg 1992, S. 155.

<sup>39</sup> Eintrag in der Krankenakte vom 7. 10. 1929, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 16052.

<sup>40</sup> Undatiertes Brief an Dr. Sierau (vermutlich um 1922), StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 13452.

<sup>41</sup> Abschrift eines Schreibens von Dr. Sierau vom 6. 9. 1924, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 13452.

## Der Übergang von der Anstaltswelt in die Arbeitswelt – Das Beispiel Hamburg

In Zeiten hoher Arbeitslosigkeit und einer schlechten Wirtschaftslage war soziale Heilung eine äußerst fragile Größe, nach der die Genesung eines Patienten bemessen wurde. Unter dem Eindruck der äußeren Verhältnisse, in die der Patient zurückgeführt werden sollte, konnten die Heilungseffekte auch schnell wieder beschädigt werden. Arbeitsfähigkeit war ein zentrales Kriterium für eine Entlassung, letztere war aber zugleich daran gebunden, dass der als arbeitsfähig zu entlassende Patient auch eine Arbeit in Aussicht hatte. Nur durch Arbeit konnte Arbeitsfähigkeit, die den Grundpfeiler der sozialen Heilung markierte und die Bedingung für eine Rückkehr in die erwerbstätige Gesellschaft darstellte, erhalten bleiben – eine Ansicht, die Hermann Simon mit vielen seiner Zeitgenossen teilte. Vorbereitend auf sowie im Anschluss an seine Entlassung sollte der Patient sich daher in regelmäßiger Arbeit üben – sofern er noch keine Erwerbsarbeit außerhalb der Anstalt gefunden hatte. Die Beschäftigung vielfach schon entlassungsfähiger Patienten in den privaten Haushalten der Ärzte und Angestellten oder die über ihre Entlassung hinausgehende Versorgung der Patienten in den Landhäusern der Anstalt können mit der Idee eines regulierten und begleiteten Übergangs von der Anstaltswelt in die Arbeitswelt verbunden werden. Aber auch Beurlaubungen der Patienten zum Zweck der Arbeitssuche oder das Modell der Familienpflege gehören in diesen Zusammenhang.<sup>42</sup> Darüber hinaus sollten Einrichtungen wie die 1929 in Hamburg eingeführte „offene Fürsorge“ oder der „Hilfsverein für entlassene Geistesranke“, der seine Arbeit ebenfalls 1929 wieder aufnahm, die Entlassenen bei der Wohnungs- und Arbeitssuche unterstützen. Das Ziel der Schaffung einer sozialen und wirtschaftlichen Basis, die Julius Moses in seiner Denkschrift als Bedingung für ein gesundes Leben und damit auch als zentrale Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsfürsorge beschrieb, fand in diesen Modellen seine Resonanz. Es war sowohl für die sozialstaatlich organisierte Gesellschaft, für die Ärzte und die Anstalten, als auch für jene Patienten, die ihre Entlassung in Aussicht hatten, von zentraler Bedeutung. Nur über Arbeit konnten mittellose Patienten, wenn überhaupt, in der Welt wieder Fuß fassen, konnte sich die soziale Heilung bewähren und psychiatrisches Handeln legitimieren. Im Folgenden werde ich die genannten Modelle, die in das Feld der öffentlichen Gesundheit hineinwirkten, näher darstellen.

### *Übergangsmodelle: Vor und nach der Entlassung*

Angesichts der schwierigen wirtschaftlichen Gegebenheiten außerhalb der Anstalt hatten die Patienten vermehrt ein ambivalentes Verhältnis zu einer ihnen in Aus-

<sup>42</sup> Die hier genannten Übergangsmodelle konnten erst über eine qualitative Analyse der Krankenakteinträge erschlossen werden. Im Rahmen eines DFG-Projekts (Projektleitung: Prof. Dr. Schmiedebach, Schm 1311/9-1) wurden Krankenakten von 400 Patienten, die in den Jahren zwischen 1920 und 1929 in die Staatskrankenanstalt Hamburg-Langenhorn aufgenommen wurden, ausgewertet. Davon ausgenommen ist das Modell der Familienpflege, das erst 1929 in Hamburg eingeführt wurde.

sicht gestellten Entlassung. Im Oktober 1929 schrieb ein Patient aus Langenhorn an seinen Vater, dass er noch nicht entlassen werden wolle, „und zwar aus dem einfachen Grunde nicht, weil der Winter vor der Türe steht, und es nicht so einfach ist, Arbeit zu finden, zumal jeder heute seine Arbeit festhält, und es nicht so einfach ist, bei den heutigen Arbeitsverhältnissen irgendwo Arbeit zu finden“.<sup>43</sup> Eine möglichst rasche Entlassung, wie sie die Anstalt mit dem Konzept der Arbeitstherapie verfolgte, kam vielen Patienten entgegen. Sie zeigten den Ärzten über die von ihnen geleistete Arbeit, dass sie arbeitsfähig waren und forderten auf dieser Grundlage ihre Entlassung ein.<sup>44</sup> Wurde ihnen diese nicht in Aussicht gestellt, konnten Unzufriedenheit und Arbeitsverweigerung die Folge sein. Der Hafenarbeiter Arthur S., bei dem als Diagnose „degen. Geistesschwäche (Morphinismus?)“ vermerkt wurde, formulierte dies in einem Gespräch mit dem Arzt so: „[W]enn ich arbeite und sehe kein Vorwärtskommen, dann hat es gar keinen Zweck. Ich habe 18 Monate für die Langenhorner Firma gestrebt und nichts erreicht. Außer wenn Sie mir entgegenkommen, bin ich bereit, die Arbeit wieder aufzunehmen. Aber wenn für mich keine Freiheit ist, ist für mich auch keine Arbeit da.“<sup>45</sup>

Es finden sich in den Krankenakten aber auch zahlreiche Belege dafür, dass Patienten Vorbehalte gegen eine ihnen in Aussicht gestellte Entlassung hatten: Sie äußerten, wie der eingangs zitierte Patient, ihre Bedenken, außerhalb der Anstalt eine Arbeitsstelle finden zu können und zweifelten an den in der Anstalt gelernten Fähigkeiten. „Wer nimmt denn heute einen Mann von 34 Jahren, der direkt aus der Irrenanstalt kommt und nichts gelernt hat?“, klagte der Kostaushelfer Lothar M., der im Januar 1924 wegen Epilepsie in Langenhorn aufgenommen worden war und wenige Wochen später bereits in der Buchbinderei der Anstalt zu arbeiten begann.<sup>46</sup> Obwohl der betreuende Arzt ihn als eifrigen und regelmäßig arbeitenden Buchbinder beschrieb, räumte dieser gegenüber dem Vater des Patienten ein, dass die „buchbinderischen Leistungen“ seines Sohnes, „wenn auch nicht wertlos, doch noch lange nicht derartig [sind], daß er mit gelernten Fachleuten konkurrieren könnte. Dazu ist er, wie so oft Kranke seiner Art, übertrieben empfindlich und überheblich.“<sup>47</sup> Doch auch der Patient selbst war von den Fähigkeiten, die er in der Buchbinderei der Anstalt gelernt hatte, wenig überzeugt: „10 ½ Jahre in der Buchbinderei habe ich ja gearbeitet, aber als Fachmann kann

<sup>43</sup> Abschrift eines Briefes an den Vater vom 2. 10. 1929, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 17815.

<sup>44</sup> Die Krankenakten zeigen, dass die Aussicht auf eine Entlassung auch Einfluss auf das Arbeitsverhalten der Patienten in der Anstalt nehmen konnte, wie bei dem Dienstmädchen Helene B.: „Seit ihr eine eventuelle Entlassung in Aussicht gestellt worden ist, arbeitet sie [...] stetig, ist umgänglich, [...] kaum noch launenhaft, verhält sich geordnet.“; Eintrag vom 21. 7. 1925. Sie wurde daraufhin beurlaubt und dem Wohlfahrtsamt zwecks weiterer Fürsorge und Arbeitsvermittlung zugeführt; StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 15419.

<sup>45</sup> Exploration mit Dr. Schenk vom 29. 11. 1933, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 15909.

<sup>46</sup> Brief des Patienten an den Reichsstatthalter vom 21. 6. 1934, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 14854.

<sup>47</sup> Brief von Dr. Sierau an den Vater des Patienten vom 26. 1. 1927, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 14854.

ich trotzdem nicht gehen“,<sup>48</sup> schrieb er 1934 an den Hamburger Reichsstatthalter, den er um die Vermittlung einer Arbeitsstelle bat, um seine Entlassung aus der Anstalt zu erwirken. Dabei hatte er konkrete Vorstellungen, für welche Art von Arbeit er geeignet und für welche er weniger geeignet wäre: „Arbeiten wie Briefsortieren, auf der Post, oder Briefträger, leichte Fabrikarbeiten, Packen, oder als Parkaufseher auf Kinderspielflächen, Botendienste, wären praktisch für mich! Arbeiten in Gärtnereien oder auf dem Lande, wären nicht praktisch für mich, der gebückten Stellung wegen. Gerne würde ich mich zum Arbeitsdienst freiwillig melden, wenn ich dazu fähig bin, dieselben [...] auszuführen.“<sup>49</sup> Das in der Anstalt erworbene Wissen über Buchbinderei eröffnete Lothar M. keine Aussicht auf Entlassung, es stellte weder für den Arzt noch für ihn selbst eine sichere Basis dar, auf der seine soziale Heilung gedeihen konnte. Die etwaigen therapeutischen Bemühungen der Ärzte, Lothar M. durch die Arbeit in der Buchbinderei ein späteres Auskommen zu ermöglichen, liefen ins Leere. Der Patient wurde schließlich selbst aktiv, indem er das zitierte Schreiben an den Reichsstatthalter verfasste und ihm ein breites Feld an Arbeitsbereichen nannte, in denen er beschäftigt werden könne, um so – wie zu vermuten steht – seine Chancen auf Entlassung zu erhöhen. Erst zwei Jahre später, am 9. August 1936 – nachdem er zwei Jahre zuvor zwangssterilisiert worden war – wurde Lothar M. endgültig entlassen. Biologisches (im Sinne einer biologischen „Prävention“ durch die Sterilisierung) und Soziales (im Sinne einer auf Arbeit basierenden sozialen Heilung) wirkten hier zusammen.<sup>50</sup>

Vielfach standen die Patienten einer Entlassung skeptisch gegenüber: Sie befürchteten, nach Jahren der Anstaltsunterbringung den Anschluss an das Leben außerhalb verloren zu haben und in der Anstalt nicht ausreichend auf ein selbstständiges Leben vorbereitet worden zu sein.<sup>51</sup> Wie Lothar M. fühlte sich auch die mit „dementia praecox“ diagnostizierte Louise S. nach Jahren in der Anstalt stigmatisiert und zweifelte daran, in einem geregelten (Arbeits-)Leben mit den in der Anstalt vermittelten Fähigkeiten oder in dem einst gelernten Beruf bestehen zu können: „Nur sich draußen ihr Brot verdienen zu können, fühle sie sich noch lange nicht wohl genug“, räumte sie dem Arzt gegenüber ein. „Sie wisse ganz ge-

<sup>48</sup> Brief des Patienten an den Reichsstatthalter vom 21.6.1934, StAAH 352-8/7 (Abl.1995/2), Sig. 14854.

<sup>49</sup> Ebd.

<sup>50</sup> Wie diese Ambivalenz zwischen der „Erkenntnis der sozialpädagogischen Beeinflussbarkeit von seelischen Erkrankungen“ und der „Verankerung seelischer Erkrankungen im Somatischen“ auf das Leben eines Patienten einwirkte, beschreibt der Historiker Christof Beyer sehr anschaulich. Christof Beyer: „Oder sollen wir etwa geheilt werden, um (...) uns immerdar die Endlosigkeit unseres Aufenthalts hier vor Augen zu halten (...)?“ – Eine Patientenperspektive in der Psychiatrie zwischen Krankheit, Normalisierung und Normalität (1921–1937). In: MedGG 30 (2012), S. 49–83, hier: S. 80.

<sup>51</sup> So lehnte die 1868 geborene Patientin Sophie B. die ihr in Aussicht gestellte Entlassung ab und bat, in der „Irrenanstalt [...] bleiben zu können, weil sie niemanden hätte, wohin sie könnte“. (Eintrag vom 29. 3. 1928). Sophie B. starb im Juni 1943 als Patientin der Anstalt; StAAH 352-8/7 (Abl.1995/2), Sig. 17253.

nau, dass sie den Anforderungen, die an eine bezahlte Kraft gestellt würden, nicht gewachsen sei. In ihrem Beruf, (Erzieherin) zu Kindern, würde sie kein Mensch nehmen, nachdem sie 8 Jahre in einer Anstalt gewesen sei.“<sup>52</sup> Der Ort, der auf einem therapeutischen Konzept basierte, das eine Rückführung der Patienten in die Arbeitswelt ermöglichen sollte, zeigte sich hier – vor allem für Langzeitpatienten – zugleich als Ort mit einer Eigenlogik, die dem Erreichen dieses Ziels entgegenstand. Die Anstalt war ein auf sich selbst bezogener Organismus, der sich daher auch nur bedingt kompatibel mit den Anforderungen eines Lebens außerhalb zeigen und die Patienten so auch nur bedingt darauf vorbereiten konnte<sup>53</sup> – genau darin lag aber auch die Herausforderung, die das Konzept der sozialen Heilung an die Anstalten stellte und auf die man mit spezifischen Übergangsmodellen, wie ich sie im Folgenden beschreiben werde, eine Antwort zu geben versuchte. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit die Anstalt selbst auch ein Symbol der Stigmatisierung war, sodass gewisse Patienten trotz Entlassung mit einem „Etikett“ versehen waren, das ihnen den Weg in ein geregeltes Erwerbsleben erheblich erschwerte oder gar unmöglich machte.

#### *Beschäftigung der Patienten in privaten Haushalten auf dem Anstaltsgelände*

Die Praxis, ausgewählte Patienten in den auf dem Anstaltsgelände gelegenen Dienstwohnungen der Ärzte und Angestellten zu beschäftigen, kann als ein anstaltsinternes Übergangsmodell beschrieben werden. Für die Verrichtung von Arbeiten in den privaten Häusern und Gärten sowie für private Besorgungen außerhalb des Anstaltsgeländes wählte man vor allem Kranke, die selbstständig arbeiten, aber noch nicht endgültig entlassen werden konnten, und/oder die langsam an ein Leben außerhalb der Anstalt herangeführt werden sollten. Dies liege „ganz im Sinne der Bestrebung freier Behandlung und offener Fürsorge“, wie Anstaltsdirektor Gerhard Schäfer der Hamburger Gesundheitsbehörde gegenüber einräumte.<sup>54</sup> Die Beschäftigungen in den privaten Haushalten sollten ein weitgehend „normales“ Arbeitsleben simulieren: Die Patienten wurden bei ihrer Arbeit weder überwacht noch kontrolliert; sie wurden weder von einem Pfleger zur Arbeit begleitet noch abgeholt; sie hatten vermehrt Kontakt mit Personen, die nicht in der Anstalt untergebracht oder beschäftigt waren, und konnten das Anstaltsgelände verlassen; sie erhielten allerdings keinen Lohn und konnten über ihre freie Zeit auch nur bedingt frei verfügen. Die Angestellten und Ärzte hatten

<sup>52</sup> Ebd.

<sup>53</sup> Wie aussichtslos sich diese versuchten Rückführungen gestalten konnten, zeigt das Sitzungsprotokoll des Aufnahme-Ausschusses für Erwerbsbeschränkte vom 19.10.1921: „Dem Arbeitsnachweis wurde ein Herr Carl L[...] überwiesen. L. kann nachdem er 30 Jahre als Geisteskranker in Friedrichsberg und Langenhorn gewesen ist, nur ganz leichte Arbeit verrichten. Im Nachweis besteht keine Aussicht, ihm irgend eine Arbeit zu vermitteln. Herr Sch[...] schlägt vor, als letzten Versuch, L. in die Werkstätten für Erwerbsbeschränkte zu vermitteln. Sollte er auch diese Arbeit nicht ausführen können, dann müsste er von der Wohlfahrt unterstützt werden und käme für unseren Nachweis nicht in Frage.“; StAHH 351-2 II, Sig. 258.

<sup>54</sup> Schreiben der Direktion der Staatskrankenanstalt Langenhorn an die Gesundheitsbehörde Hamburg vom 24.11.1929, S. 43f., StAHH 352, Sig. II L 15.

einen festgesetzten Betrag für die in Anspruch genommenen Arbeitsleistungen zu zahlen. Das Geld kam bis 1926 der „Unterstützungskasse für Kranke“ zugute.<sup>55</sup>

Die mit der Arbeit in einem privaten Haushalt in Aussicht gestellte Entlassung trat allerdings nicht immer ein. Die Patientin Johanna S., mit „Psychopathie“ diagnostiziert, legte ihre Arbeit im Arzthaushalt schließlich nieder, da sich ihre Entlassung immer wieder verzögerte: „Warum sagt man immer[,] es wird kommen[,] das[s] ich entlassen werde[,] und es wird doch nichts dazu getan. [...] Herr Doktor wir[d] böse sein[,] aber ich kann es nicht[,] ich gehe wieder mit in die Plättstube bis sich etwas in der Familienpflege findet.“<sup>56</sup> Die Einträge lassen darauf schließen, dass Johanna S. daraufhin in einem anderen Arzthaushalt beschäftigt wurde.<sup>57</sup> Ihrem Wunsch, in die Familienpflege verlegt zu werden, wurde nicht entsprochen. Im September 1934 wurde sie zwangssterilisiert, im Februar 1935, nachdem sie knapp zehn Jahre in Langenhorn untergebracht gewesen war, „gebessert“ in eine Stellung entlassen.

Als sich die soziale und ökonomische Lage in Hamburg infolge der Weltwirtschaftskrise zuspitzte, verschärfte sich auch die Diskussion um die Praxis der Beschäftigung von Patienten in den privaten Haushalten der Ärzte und Angestellten. Die arbeitenden Patienten wurden zunehmend als Konkurrenz für „gesunde“ Arbeitssuchende kritisiert. Mit 1. Juni 1934 wurde schließlich die „Arbeit von Patienten für Privatzwecke“ – und damit ihre Beschäftigung in den Dienstwohnungen – verboten. Diesem Verbot war ein Schreiben des seit 1933 als Verwaltungsdirektor in Langenhorn tätigen Gerhard Hanko an die Gesundheits- und Fürsorgebehörde vorangegangen, in dem er anmerkte, „daß der gesunde arbeitslose Volksgenosse eine Arbeitstherapie weit nötiger hat, als der Geisteskranke“ und „[e]ine Rücksichtnahme auf den Geisteskranken [...] an sich erst erfolgen [kann], wenn der arbeitslose Volksgenosse wieder in Lohn und Brot steht“.<sup>58</sup> Damit fiel nicht nur ein wichtiger Arbeitsbereich für die Patienten weg, sondern auch eine zentrale Schnittstelle für den Übergang von der Anstaltswelt in die Arbeitswelt.

### *Unterbringung der Patienten in den Landhäusern der Anstalt*

Die Unterbringung der Patienten in den Landhäusern der Anstalt markierte ebenfalls eine wichtige Vorstufe zu ihrer Entlassung. Die sogenannten Landhäuser zählten zu jenen Gebäuden auf dem Anstaltsterrain, die schon kurz nach der Eröffnung der ehemaligen „Irren-Colonie“ nach dem „Offen-Tür-System“<sup>59</sup> geführt

<sup>55</sup> Das Geld auf diesem Konto wurde unter anderem für Tabak (Tabak, Kautabak, Zigarren, Zigaretten) ausgegeben. Vgl. Beschluss der Verwaltungssitzung vom 28.12.1921, StAHH 352-8/7, Sig. 165.

<sup>56</sup> Undatierter Brief an Doktor Hirsch[?], StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Nr. 16021.

<sup>57</sup> Vgl. Eintrag vom 15. 2. 1932, ebd.

<sup>58</sup> Schreiben des Verwaltungsdirektors der Anstalt Langenhorn (Dr. Hanko) an die Gesundheits- und Fürsorgebehörde vom 6. 3. 1934, StAHH 352-8/7, Sig. 166.

<sup>59</sup> Vgl. Albrecht Paetz: Die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Thür-System, ihre historische Entwicklung und die Art ihrer Ausführung auf Rittergut Altscherbitz. Berlin 1893.

wurden und auf dem Prinzip einer freien Verpflegung gründeten.<sup>60</sup> Patienten, die in eines der Landhäuser verlegt wurden, konnten sich frei auf dem Anstaltsgelände bewegen und wurden vor allem mit Arbeiten im Freien – sei es in den Gärten, auf dem Wirtschaftshof oder in der Landwirtschaft – beschäftigt. Auch sie arbeiteten überwiegend ohne Aufsicht. In den Krankenakten aus der Weimarer Zeit findet sich vielfach der Wunsch der Patienten dokumentiert, in ein Landhaus verlegt zu werden. Denn tatsächlich folgte auf die Verlegung meist eine Beurlaubung oder die endgültige Entlassung aus der Anstalt. So wurde der mit „dementia paranoides“ diagnostizierte Kaufmann Paul H. am 25. September 1929, „[d]a die Besserung weiterhin anhält“, in ein Landhaus verlegt, am 3. Oktober beurlaubt und am 9. April des darauffolgenden Jahres endgültig entlassen.<sup>61</sup>

Dass eine Entlassung aber durch die Verlegung in ein Landhaus auch hinausgezögert werden konnte, zeigt das Beispiel des mehrfach – unter anderem aus dem Gefängnis Fuhlsbüttel – nach Langenhorn überwiesenen Waldemar M. In einem Brief teilte der Arzt seinen Eltern mit, dass es aufgrund der bisher gemachten Erfahrungen besser sei, ihren Sohn noch nicht zu entlassen, und verwies auf die schlechten Arbeitsverhältnisse und die große Gefahr, „daß er wieder versackt“.<sup>62</sup> Stattdessen wolle man ihn in ein „freies Landhaus“ verlegen, „wo er freie Bewegung hat und dann werden wir ja sehen, wie er sich dort macht“.<sup>63</sup>

Einigen Patienten legte die Anstaltsleitung nach ihrer Entlassung nahe, freiwillig in eines der Landhäuser zu ziehen – vor allem dann, wenn sie noch keine Aussicht auf Wohnung oder Arbeit hatten. Diese Patienten wurden zwar offiziell entlassen und nicht mehr als Patienten geführt, konnten aber weiterhin auf dem Gelände der Anstalt leben und arbeiten und sich von hier aus Arbeit und Wohnung außerhalb der Anstalt suchen. Der Berichterstatte Christian K., in dessen Akte als Diagnose „Psychopathie (nicht geisteskrank)“ vermerkt wurde und der ebenfalls nach seiner Entlassung als „freiwilliger Pat[ient]“<sup>64</sup> in eines der Landhäuser zog, fragte direkt vor Ort um eine Arbeit als Zeichner an. Als solcher war er bereits als Patient im Anatomischen Labor der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg beschäftigt gewesen. Er sei der Auffassung, teilte er dem Direktor in einem Schreiben mit, „wenn ich derartige Arbeiten als Patient machen kann, dann muss ich auch als freie Arbeitskraft gut dazu sein“.<sup>65</sup>

<sup>60</sup> „Nach Auswahl passender Kranker bekam das erste belegte Männerhaus [...] unbeschränkt Offenen-Thür während der Tageszeit [...]. Weiterhin wurden von den vier Wärtern des Hauses einer nach dem anderen herausgenommen, bis schließlich für den Tag nur einer zurückblieb und ein zweiter nur zur Nacht dort mit schläft. Dann wurden die Wärter auch von der Arbeit weggenommen; die Kranken dieses Hauses gehen allein zur Arbeit und beaufsichtigen sich selbst.“ Krankenhaus-Collegium: Landwirtschaftliche Colonie für Geistesranke in Langenhorn. In: Jahresberichte der Verwaltungen der freien und Hansestadt Hamburg 1893. Hamburg 1894, S. 19–22, hier: S. 22.

<sup>61</sup> StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 18112.

<sup>62</sup> Hier und im Folgenden Brief von Dr. Sierau an die Eltern vom 23. 12. 1924, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 13107.

<sup>63</sup> Ebd.

<sup>64</sup> Eintrag in die Krankenakte vom 1. 5. 1931, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 17543.

<sup>65</sup> Brief an den Direktor der Staatskrankenanstalt Langenhorn vom 6. 5. 1931, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 17543.

Dass aber nicht alle Patienten den Vorschlag annahmen, freiwillig in der Anstalt zu bleiben, zeigt der Eintrag in einer Akte vom Juni 1926: „Unser Anerbieten, vorläufig als Landhauskranker freiwillig hier zu bleiben, um sich wieder ans Draußenleben zu gewöhnen und sich dann von hier aus Arbeit und Wohnung zu suchen, lehnt W[...] ab.“<sup>66</sup>

### *Beurlaubungen*

Ein weiteres Übergangsmodell stellte die Beurlaubung dar.<sup>67</sup> Sie konnte den Patienten aus mehreren Gründen gewährt werden und war in erster Linie als eine Entlassung auf Probe konzipiert. Der Patient sollte die Möglichkeit haben, in einem Leben außerhalb der Anstalt Fuß zu fassen und – vor allem – eine Arbeit zu finden.<sup>68</sup> Als beurlaubt geführt, konnten die Patienten jederzeit wieder in die Anstalt zurückkehren, ohne erneut aufgenommen werden zu müssen.<sup>69</sup> Die Einträge in den Krankenakten aus Langenhorn zeigen, dass die Patienten tageweise oder auch länger zum Zweck der Arbeitssuche beurlaubt wurden. Konnten sie schließlich den Nachweis erbringen, Arbeit gefunden zu haben, oder bewährten sie sich über einen längeren Zeitraum auf ihrem neuen Arbeitsplatz, wurden sie entlassen. „[D]arf jetzt zweimal wöchentlich zur Stadt fahren, um sich beim Arbeitsnachweis nach einer Tätigkeit umzusehen“, vermerkten die Ärzte in der Akte von Johannes M., einem, wie sie formulierten, „regelmäßige[n] und fleißige[n] Landarbeiter“.<sup>70</sup>

„[U]m sich eine Beschäftigung zu suchen“, wurde auch der 26-jährige Ludwig B. im November 1927 zweimal wöchentlich von der Anstalt zum Arbeitsamt nach Hamburg beurlaubt.<sup>71</sup> Parallel dazu wurde er als Anstaltspatient in ein Landhaus verlegt.<sup>72</sup> Anfang Dezember kehrte er „vom Urlaub zum Arbeitsamt *nicht* zurück“, <sup>73</sup> seine Krankenakte wurde an das Arbeitsamt geschickt. Als er im März 1928 in Begleitung seiner Mutter niedergeschlagen wieder zurück in die An-

<sup>66</sup> StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 13456.

<sup>67</sup> Zur Handhabung der Beurlaubung von Patienten in einzelnen Ländern vgl. Hans Roemer/Gustav Kolb/Valentin Faltlhauser: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Ein Ratgeber für Ärzte, Sozialhygieniker, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte sowie Organe der öffentlichen und privaten Fürsorge. Berlin/Heidelberg 1927.

<sup>68</sup> Dass die Beurlaubung in erster Linie zum Zweck der Arbeitssuche eingerichtet worden war, belegt ein Schreiben des Anstaltsdirektors Theodor Neuberger an den Hamburger Bürgermeister Dr. Schröder, Präses des Krankenhauskollegiums, vom 4.10.1912, StAHH 352-8/7, Sig. 176.

<sup>69</sup> In Langenhorn wurde ein beurlaubter Patient erst nach Ablauf von sechs Monaten vom Patientenbestand abgeschrieben. Eine Änderung erfuhr diese Regelung 1931, als im Zuge der Sparpolitik auf Entlassung der Patienten aus den Anstalten gedrängt wurde. Im Zuge dessen verschärften sich auch die Bedingungen für die als „beurlaubt“ geführten Patienten: Ihre „Probezeit“ wurde nun von sechs Monaten auf drei Monate verkürzt, dann wurden sie vom Bestand abgeschrieben. Ab Februar 1931 sollten alle „über 4 Wochen beurlaubte Kranke endgültig entlassen“ werden. Vgl. Schreiben des Verwaltungsdirektors vom 22.1.1931, StAHH 352-8/7, Sig. 176.

<sup>70</sup> Eintrag vom 25.5.1926, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 16194.

<sup>71</sup> Eintrag in die Krankenakte vom 4.11.1927, StAHH 352-8/7 (Abl. 1995/2), Sig. 14979.

<sup>72</sup> Eintrag vom 17.11.1927, ebd.

<sup>73</sup> Eintrag vom 4.12.1927, ebd.; Hervorhebung im Original unterstrichen.

stalt kam, erzählte er, dass er „versuchte draußen Arbeit zu bekommen; fand aber vor Weihnachten keine. Als er nach Weihnachten welche fand als Hausdiener, wurde ihm nach Erkundigung des Arbeitsgebers eröffnet, dass er krank sei. Darauf ging er noch eine Weile stempeln.“<sup>74</sup> In der Anstalt arbeitete er nun im Sommer in der Kolonne und im Winter im Waschhaus. Im Frühjahr 1929 drängte Ludwig B. wieder auf Entlassung. Er wurde erneut beurlaubt, um sich „Arbeitsgelegenheit“ zu suchen, kehrte aber jedes Mal „unglücklich“ zur Anstalt zurück. Als er schließlich doch eine Arbeit gefunden hatte,<sup>75</sup> wurde Ludwig B. (vorläufig) entlassen<sup>76</sup> – sollte aber in den folgenden Jahrzehnten noch sechsmal in Langenhorn aufgenommen werden. Ludwig B.s Weg zur endgültigen Entlassung entsprach dem vieler Patienten, die von den Ärzten als entlassungsfähig beurteilt wurden: Auf die Beurlaubung folgte die Arbeitssuche, die sich für (ehemalige) Anstaltspfinglinge vor allem in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit alles andere als leicht gestaltete; wenn eine Arbeit gefunden worden war, erfolgte die Entlassung aus der Anstalt, die aber oft nur eine vorläufige war, denn in vielen Fällen kehrten die Patienten wieder in die Anstalt zurück.

### *Die „offene Fürsorge“*

Ein anstaltsexternes Übergangsmodell, das in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg intensiv diskutiert wurde, war die „offene Fürsorge“. Bei dem Modell der „offenen Fürsorge“ handelt es sich um eine Entlassenenfürsorge, die den Kranken „bei seinem Austritte mit fachärztlicher Betreuung in das Familien- und Erwerbsleben zurückgeleitet und auf seinem Platz außerhalb der Anstalt erhält“.<sup>77</sup> Das Modell wurde bereits 1908 von dem Psychiater Gustav Kolb in Kutzenberg eingeführt und 1911 in Erlangen weitergeführt und ausgebaut. Es wurde sowohl als nachgehende als auch als stationäre Fürsorge installiert:<sup>78</sup> als nachgehende Fürsorge in Form von Hausbesuchen durch den Fürsorgearzt oder Fürsorgepfleger, im Rahmen von Verhandlungen mit Behörden, Ämtern und Ähnlichem und im Sinne einer sozialen und wirtschaftlichen Unterstützung (Arbeits- und Wohnungsvermittlung); als stationäre Fürsorge in Form von Beratungsstunden für Entlassene und Angehörige sowie Ratsuchende. In Hamburg wurde die „offene Fürsorge“ 1929 gemeinsam mit der Familienpflege eingeführt.<sup>79</sup> Sie richtete sich sowohl an entlassene Kranke als auch – im Sinne einer Prophylaxe – an Personen, die noch

<sup>74</sup> Eintrag vom 14. 3. 1928, ebd.

<sup>75</sup> Eintrag vom 1. 4. 1929, ebd.

<sup>76</sup> Eintrag vom 12. 7. 1929, ebd. Ludwig B. wurde in den nächsten Jahrzehnten weitere Male in Langenhorn aufgenommen.

<sup>77</sup> Hans Roemer: Zur geschichtlichen Einführung. In: Roemer/Kolb/Faltlhauser: Fürsorge (wie Anm. 67), S. 1–21, hier: S. 4.

<sup>78</sup> Hier und im Folgenden Valentin Faltlhauser: Die offene Fürsorge der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen. In: Roemer/Kolb/Faltlhauser: Fürsorge (wie Anm. 67), S. 21–30, hier: S. 26f.

<sup>79</sup> Zum Modell der „offenen Fürsorge“ siehe Roemer/Kolb/Faltlhauser: Fürsorge (wie Anm. 67). Für die Provinz Westfalen beschreibt die „Entwicklungsbedingungen und Grenzen“ der offenen Fürsorge ausführlich Walter: Psychiatrie (wie Anm. 18), S. 278, S. 300–324.

nicht in Anstaltsbehandlung waren und die vorbeugend beraten werden sollten. In einem Plädoyer für die Einrichtung der „offenen Fürsorge“ in Hamburg wiesen die Anstaltsleiter Wilhelm Weygandt und Gerhard Schäfer darauf hin, dass die Anstaltsbedürftigkeit vieler Patienten auf ihre sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse zurückzuführen war. Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit, Verarmung zwangen vielfach, „Kranke in der Anstalt zu behalten, deren Geisteszustand an sich eine Entlassung sehr wohl gestatten würde“. <sup>80</sup> Dem sollte die offene Fürsorge vorbeugen, indem sie die Frühentlassung fördern (und damit die Anstaltskosten senken) und den entlassenen Kranken dabei unterstützen sollte, „sich in der Freiheit zu halten“, daher auch die empfohlene enge Fühlung der „offenen Fürsorge“ mit den Arbeits- und Wohnungsämtern. Durch die „offene Fürsorge“ und ihre Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Behörden dehnte sich zugleich das Netz der Kontrolle und Registrierung auf den Raum außerhalb der Anstalt aus. <sup>81</sup>

### *Familienpflege*

Gemeinsam mit der „offenen Fürsorge“ folgte 1929 auch die Einführung der Familienpflege <sup>82</sup> in Hamburg, für die ebenfalls Kostengründe ausschlaggebend waren. Im Rahmen der Familienpflege vermittelte die Anstalt arbeitsfähige und „ruhige“ Patienten zu Familien im Umland der Anstalt, bei denen sie lebten und mit denen sie arbeiteten. In den meisten Fällen waren das Handwerkerfamilien oder Landwirte, die für die Unterbringung des Patienten eine finanzielle Entschädigung erhielten. Wilhelm Weygandt, Leiter der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, schrieb 1933, dass „[i]n der Familienpflege [...] der Geisteskranke durch Arbeitstherapie Ablenkung erfahren [soll], der Geistesschwache zu nützlicher Arbeit erzogen werden [soll]. Auf diese Weise kann einem Teile der Geisteskranken die Brücke gebaut werden, um im Leben wieder nützlich zu werden, sie können sich, wenn oft auch nicht als vollwertige Arbeitnehmer, dem Leben wieder einreihen.“ <sup>83</sup>

<sup>80</sup> Hier und im Folgenden Grundsätze und Vorschläge zur offenen psychiatrischen Fürsorge in Hamburg, Gesundheitsbehörde, 28. 5. 1929, StAHH 351-10 I, Sig. GF 32.40, Bd. 1. Diese Tatsache war mit ein Grund dafür, dass 1931 darüber diskutiert wurde, ob die Staatskrankenanstalt Langerhorn nicht der Wohlfahrtsbehörde übergeben werden sollte, deren Einrichtungen kostengünstiger waren. Vgl. StAHH 352-8/7, Sig. GF 32.15, Bd. 1.

<sup>81</sup> Kai Sammet beschreibt die „offene Fürsorge“ als eine „Diffusion der Psychiatrie in die Gesellschaft“. Kai Sammet: Neutralisierung „sozialer“ Folgen psychischer Krankheit oder „Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen“? Arbeit und die Irrenanstalt als Organisation, ca. 1830–1930. In: Monika Ankele/Eva Brinkschulte (Hg.): Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit als Therapie in der Psychiatrie des frühen 19. Jahrhunderts bis in die NS-Zeit. Stuttgart 2015, S. 29–47, hier: S. 44.

<sup>82</sup> Zum Modell der Familienpflege vgl. u. a. Thomas Müller: Rückführung der Irren in die Gesellschaft? In: Heinz-Peter Schmiedebach (Hg.): Entgrenzungen des Wahnsinns. Psychopathie und Psychopathologisierung um 1900. Berlin/Boston 2016, S. 161–184.

<sup>83</sup> Denkschrift über die Familienpflege der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, zur Familienpflege/Sterilisation, Staatskrankenanstalt Friedrichsberg, 26. 10. 1933, StAHH II L 15.

Verglichen mit anderen deutschen Regionen, in denen die Familienpflege bereits Ende des 19. Jahrhunderts eingeführt worden war, blieb sie in Hamburg nahezu bedeutungslos. Bis zum 1. Juli 1931 befanden sich insgesamt 95 Patienten in Familienpflege, davon 64 aus der Anstalt Friedrichsberg und 31 aus der Anstalt Langenhorn.<sup>84</sup> Bei einer Belegung mit knapp 2 000 Patienten, die in Langenhorn untergebracht waren, fiel diese Zahl kaum ins Gewicht. Auch schwankte die Zahl der in Familienpflege Untergebrachten in den einzelnen Monaten sehr stark, wie aus einer weiteren Übersicht hervorgeht. Die höchste Anzahl an Patienten in Familienpflege gab es im August,<sup>85</sup> wenn die Landwirte für die Ernte Hilfskräfte suchten – vor allem solche, die nicht entlohnt werden mussten.

### *Der Verein „Die Brücke“*

Seit 1867 fungierte der Hilfsverein mit dem bezeichnenden Namen „Die Brücke“ als Anlaufstelle für „entlassene geistig Erkrankte“ in Hamburg.<sup>86</sup> Seine Aufgabe sah der Verein darin, die „Arbeitskraft der Kranken nach Möglichkeit zu heben und ihnen Arbeitsgelegenheit zu verschaffen, um sie möglichst [...] vom Staate unabhängig zu machen“.<sup>87</sup> Zum einen vermittelte der Verein erwerbsbeschränkte Entlassene als Arbeitskräfte, in den frühen 1920er-Jahren vor allem in Privathaushalten, zum anderen gab er Näh-, Strick- und Heimarbeiten aus, für die er Arbeitsmaterialien und Arbeitsgeräte zur Verfügung stellte.<sup>88</sup> Bis 1922 finanzierte sich der Verein ausschließlich aus Schenkungen und Sammlungen. Zu diesem Zeitpunkt betreute er zwischen 60 und 70 Erwerbsbeschränkte, die ihm aus den Staatskrankenanstalten Friedrichsberg und Langenhorn zugewiesen wurden. Um seine Arbeit weiter durchführen zu können, erhielt der Verein 1923 erstmalig, beauftragt durch das Hamburger Wohlfahrtsamt, einen Zuschuss vom Reichsarbeitsministerium für die Beschaffung von Arbeitsmaterialien.<sup>89</sup> Dennoch musste der Verein seine Tätigkeit in den folgenden Jahren aus Mangel an Mitteln einstellen. Erst 1929, im Zuge der Einrichtung der „offenen Fürsorge“ in Hamburg, nahm der Hilfsverein seine Arbeit wieder auf. Vorgesehen war unter anderem, eine Nähstube für entlassene Frauen aus der Anstalt Friedrichsberg einzurich-

<sup>84</sup> Übersicht vom 6. 7. 1931, StAHH 351-10, Sig. GF 32.15, Bd. 1.

<sup>85</sup> Schreiben der Gesundheitsbehörde an das Rechnungsamt des Hamburgischen Staates vom 5. 5. 1931 (Abschrift), StAHH 351-10, Sig. GF 32.15, Bd. 1. In diesem Schreiben teilte die Gesundheitsbehörde dem Rechnungsamt auf Anfrage mit, dass die Einführung der Familienpflege augenblicklich keine Ersparnis für die Ausgabenseite des Etats bedeute.

<sup>86</sup> Entsprechende Hilfsvereine und Unterstützungskassen wurden bereits im frühen 19. Jahrhundert vielerorts gegründet. Zur Geschichte einzelner sowie der Hilfsvereine im Allgemeinen vgl. Die Deutschen Hilfsvereine für Geisteskranken, ihre Entstehung und ihr gegenwärtiger Stand. Berlin/Leipzig 1930.

<sup>87</sup> Abschrift eines Schreibens des Gesundheitsamtes an das Wohlfahrtsamt vom 27. 12. 1922, StAHH 351-10, Sig. GF 44, Bd. 2.

<sup>88</sup> Hier und im Folgenden Abschrift eines Schreibens des „Vereins für entlassene geistig Erkrankte“ an das Wohlfahrtsamt, 15. 11. 1922, StAHH 352-10, Sig. GF 44, Bd. 2.

<sup>89</sup> Schreiben an den „Verein für entlassene geistig Erkrankte“, 18. 5. 1923, StAHH 351-10, Sig. GF 44, Bd. 2.

ten.<sup>90</sup> Darüber hinaus sollte der Verein nicht nur Arbeitsstellen, sondern auch Wohnungen an Entlassene vermitteln und dabei in enger Fühlung mit dem Wohlfahrtsamt stehen. Hier realisierte sich zusehends, was der Psychiater Friedrich Koster 1859 bereits anstrebte: „ein vielmäschiges und festgeknotetes Netz [...] über ein Land geworfen“, das ein mächtiges Mittel darstellen sollte, um „das Ungetüm des Wahnsinns zu fesseln“.<sup>91</sup>

## Resümee

Mein Beitrag sollte veranschaulichen, auf welche Weise das Verhältnis von Psychiatrie und öffentlicher Gesundheit in der Weimarer Zeit über Arbeit artikuliert wurde. War die Arbeitstherapie in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg auf eine Stabilisierung der internen Anstaltsprozesse gerichtet, so orientierte sich die Psychiatrie der Weimarer Republik mit dem Konzept der Arbeitstherapie an den Leitlinien einer öffentlichen Gesundheit, die den Erhalt von Arbeitskraft in den Mittelpunkt stellte. Die historische Situation der Weimarer Zeit, in den Anfangs- sowie den Endjahren gekennzeichnet von einer schlechten Wirtschaftslage und hoher Arbeitslosigkeit, förderte die Entstehung sowie den Ausbau von Übergangsmodellen, die den Patienten von der Anstaltswelt in die Arbeitswelt begleiten sollten, um die Effekte der sozialen Heilung, auf die sich die Therapie richtete, nach Möglichkeit zu bewahren. Arbeitsfähigkeit bezeugte soziale Heilung und wurde zu einem zentralen Kriterium für die Entlassung aus der Anstalt. Im Rahmen der Arbeitstherapie eröffnete das Konzept der sozialen Heilung einem Teil der Patienten einen (wenn auch begrenzten) Raum für Selbstverantwortung und Beteiligung, aus dem sich neue Formen der Interaktion und Aushandlung zwischen Patienten und Ärzten entwickeln konnten. Grundlegend dafür war ein Gesundheitsbegriff, der wirtschaftliche und soziale Faktoren berücksichtigte, der Krankheit nicht als persönliche Schuld definierte und der soziale Einflussfaktoren höher als biologische gewichtete. Ein entsprechender Gesundheitsbegriff legitimierte aber auch eine Ausweitung des Macht- und Einflussbereiches der Psychiater, wie die Beispiele der anstaltsexternen Modelle zeigen. Zugleich machen die Beispiele auch die Ambivalenz dieses Gesundheitsbegriffes deutlich, der über Arbeit zwar den Weg nach draußen öffnete, zugleich aber auch mit dem Diktat der Arbeitsfähigkeit, das zur Bedingung einer sozialen Heilung erklärt wurde, Hürden errichtete. So kam es zu einer immer stärkeren Ausdifferenzierung zwischen arbeitenden und nicht-arbeitenden Patienten in den Anstalten. In der Zeit des

<sup>90</sup> Auszug aus der Niederschrift der Referentenbesprechung am 26. 2. 1929 (Abschrift), StAHH 351-10 (1), Sig. GF 32.16.

<sup>91</sup> Redaktionelles Nachwort [Friedrich Koster] zu [Caspar Max] Brosius: Über die häuslichen Verhältnisse der Irren. In: Der Irrenfreund 2 (1859), S. 22f., hier: S. 22. Herting nennt Friedrich Koster als Verfasser des Nachwortes; Herting: Zur Geschichte der deutschen Hilfsvereine für Geisteskranke bis 1870. In: Hilfsvereine (wie Anm. 86), S. 5–11, hier: S. 10.

Nationalsozialismus entschied Arbeitsfähigkeit schließlich nicht über Entlassung oder Internierung, sondern über Leben und Tod der Patienten.

## Abstract

The chapter focuses on the intersection of un/employment, psychiatry and public health during the Weimar Republic (1918–1933). One of the guidelines of public health care at the time was to preserve manpower and to avoid unemployment. Unemployment was perceived as a risk for public health. With the concept of work therapy as a popular method of treatment after the First World War mental hospitals aligned that guideline. So the aim of work therapy was the “rebirth” of the patient, that meant to rehabilitate his manpower by constant occupation and to bring him back to employment after his deinstitutionalization from hospital, what posed a challenge in times of high unemployment. The chapter raises the question after the measures that mental hospitals took to preserve patients ability to work after or in the course of their deinstitutionalization as well as after the interactions between doctors and those patients, who were able to work and could be dismissed.

