"Wie zusammen leben?" Die Patienten des "gesicherten Hauses" in der Staatskrankenanstalt Hamburg-Langenhorn¹

Von Monika Ankele

"How to live together?": The Inmates of a Forensic Ward at the Hamburg-Langenhorn Asylum

Summary: The article focuses on different aspects that influenced the cohabitation of inmates, the care personnel and the doctors of forensic wards at the Hamburg-Langenhorn Asylum during the Weimar Republic. "Space" and "work", conceived as pivotal categories of ordering, receive special attention in the analysis.

Keywords: Forensic Wards, living together, daily life, work therapy, Weimar Republic

Zusammenfassung: Der Beitrag erörtert auf der Basis alltagspraktischer Quellen Aspekte, die für das gemeinsame Zusammenleben der Patienten, der Pfleger und Ärzte der sogenannten "gesicherten Häuser" der forensischen Abteilung der Staatskrankenanstalt Hamburg-Langenhorn in der Zeit der Weimarer Republik bestimmend waren. Raum und Arbeit, als zentrale Ordnungskategorien konzipiert, nehmen in der Analyse eine gesonderte Stellung ein.

Schlüsselwörter: "Gesichertes Haus", Forensische Abteilung, Zusammenleben, Arbeitstherapie, Weimarer Republik

Der Text präsentiert erste Ergebnisse des DFG-Forschungsprojekts "Familienpflege" und 'aktivere Krankenbehandlung": Eine multiperspektivische Betrachtung der Arbeitstherapie im Alltag psychiatrischer Anstalten der 1920er Jahre" (Projektleitung: Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf; Bearbeitung: Dr. Monika Ankele).

"Wie zusammen leben?", diese Frage stellte der Theoretiker Roland Barthes in seiner ersten Vorlesung 1976 am College de France (Barthes 2007), und sie stellt sich auch im Kontext des Zusammenlebens von Patientinnen und Patienten, von Ärzten und Pflegepersonal psychiatrischer Anstalten. Für den folgenden Beitrag soll Barthes' Frage Ausgangspunkt sein, um anhand von Verwaltungsakten, Krankenakten sowie Patienten-Briefen aus der Staatskrankenanstalt Langenhorn bei Hamburg den Blick auf das gemeinsame Zusammenleben der unterschiedlichen Akteursgruppen in den sogenannten "gesicherten Häusern" der forensischen Abteilung der 1920er Jahre zu lenken. Da die Ärzte über die dort untergebrachten Patienten ein ärztliches Gutachten erstellen mussten, erfuhr diese Patientengruppe - im Gegensatz zu den chronisch Kranken - eine erhöhte institutionelle und personelle Aufmerksamkeit, die sich auch im Umfang der Krankenakten niederschlägt. Die detailliert in den schriftlichen Aufzeichnungen wiedergegebenen Explorationen - die Gespräche zwischen Arzt und Patient, die auch als forensisch-psychiatrische Kolloquien bezeichnet wurden - geben einen plastischen Eindruck von der Gesprächssituation, dem Setting, den Umgangsweisen, dem Tonfall, der Haltung der Gesprächspartner wieder. Sie eröffnen nuancierte Einblicke sowohl in Kommunikationsformen als auch in zentrale thematische Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Patienten der forensischen Abteilung.

Basierend auf einer qualitativen Auswertung der genannten Quellen werden im Folgenden einzelne Aspekte erörtert, die für das Zusammenleben der sogenannten "geisteskranken Gefangenen" und "unsocialen Geisteskranken" in den festen Häusern bestimmend waren, die dieses Zusammenleben definierten und rahmten, die es aber auch in Frage stellten oder herausforderten.

Staatsarchiv Hamburg (im Folgenden abgekürzt: StHA) 352-3, Sig. L5 Bd. 1: Neuberger, Theodor: Vorschlag, betreffend die Unterbringung der geisteskranken Gefangenen in einem bei der Irrenanstalt Langenhorn zu erbauenden Pavillon. (Langenhorn, 15.10.1900)

³ Ebda.

Die Ordnungskategorien Raum und Arbeit

In den gesicherten Häusern [...] wird das Hauptaugenmerk auf eine Beschäftigung der Kranken gelegt. Sie werden in einer Reihe von Werkstätten [...] beschäftigt, und selbst den Schwerkranken werden Werkzeuge anvertraut. [...] Gitter an den Fenstern, unzerbrechliches Glas in den Einzelzellen [...], hochummauerte Höfe und ein um den ganzen Komplex laufender Wächtergang, ein raffiniertes Einschlußsystem und zahlreiches, ausgesuchtes Pflegerpersonal gewährleisten die Sicherheit. [...] Die Kranken werden verständnisvoll, freundlich und höflich behandelt – jeder wird mit 'Herr' angeredet. Die individuell ausgesuchte Tätigkeit jedes Kranken wirkt einen wohltuenden Einfluss aus. [...] In hellen Tagesräumen und auf dem mit Blumen und Sträuchern bewachsenen Hof können sich die Kranken unterhalten, oder mit Spielen beschäftigen. Selbst eine Kanarienvogelzucht, ein Aquarium mit Goldfischen und einen Taubenschlag findet man im festen Haus, dem trotz seiner Sicherheitseinrichtungen der Krankenhauscharakter bewahrt blieb.⁴

Diese Beschreibung der forensischen Abteilung der Staatskrankenanstalt Langenhorn findet sich in einem Zeitungsartikel von 1933 mit dem Titel "Das 'feste Haus' in Langenhorn", der anlässlich einer offiziellen Besichtigung der Anstalt verfasst wurde. Dabei fallen zwei Elemente ins Auge, die - wie auch die Krankenakten und Verwaltungsakten deutlich machen - einen besonderen Stellenwert bezogen auf die Organisation und Ausgestaltung dieser auf dem Gelände einer psychiatrischen Anstalt errichteten Abteilung einnehmen: Es sind die beiden Elemente "Raum" und "Arbeit", die als Ordnungskategorien innerhalb der "gesicherten Häuser" konzipiert werden können und die auf das Zusammenleben der auf dieser Abteilung untergebrachten Patienten wirken, dieses regulieren und strukturieren. Der "Raum", vordergründig in seiner Materialität, in seiner Eigenschaft der Be- und Abgrenzung, und die "Arbeit", im Sinne eines Tätigseins, einer Praktik, einer Beschäftigung, einer zeitlich begrenzten und produktiven Aufgabe, rahmten und ordneten die Handlungs- und Bewegungsfelder in den gesicherten Häusern und damit die Handlungs- und Bewegungsangebote für die dort untergebrachten Patienten. Es geht im

⁴ Zeitungsartikel (Ausschnitt): Hamburger Anzeiger, 12.06.1933, ohne Heftnummer: Das "feste Haus" in Langenhorn.

Folgenden also um eine Annäherung an die Frage, wie es denn überhaupt möglich war, dass eine Vielzahl von Personen mit unterschiedlichen Lebensläufen, (Krankheits-)Symptomen, Bedürfnissen, Erfahrungen und Interessen auf einem begrenzten Raum zusammenleben konnten, welche Faktoren auf welche Art und Weise für dieses Zusammenleben relevant waren, wo Konflikte entstanden und wie diese gelöst wurden, welche Interventionen dieses gemeinschaftliche Zusammenleben von Seiten der Anstaltsleitung bedingte, aber auch welche Interventionen dasselbe auf Seiten der Patienten evozierte.

Ordnungskategorie I: Raum

Der Raum, der im Fokus der folgenden Ausführungen steht, lag auf einem offenen Gelände, zwischen Wäldern, Moor und Wiesen. Auf diesem Gelände, 15 Kilometer von der Großstadt Hamburg entfernt, in einer nahezu unbesiedelten Gegend, wurde 1893 die "agricole Irren-Kolonie" Langenhorn für 200 ruhige, chronisch kranke und arbeitsfähige Männer und Frauen eröffnet. Bereits wenige Jahre nach der Eröffnung wurde dieser Grundsatz, der die Aufnahme in Langenhorn bestimmte, aufgeweicht: 1897 wurde Langenhorn zur selbständigen Anstalt erhoben, in der nun auch PatientInnen, die strenger überwacht werden sollten, aufgenommen wurden. 1905 bzw. 1906 erfuhr Langenhorn eine Ausweitung auf eine weitere Patientengruppe: Am südlichsten Rand des Anstaltsareals wurde das erste sogenannte gesicherte Haus eröffnet, dem 1914 ein weiteres folgen sollte, und das zur "Behandlung und Bewahrung der gemeingefährlichen, zu verbrecherischen Handlungen neigenden Kranken" (Neuberger 1910: 136; zur historischen Entwicklung der "gesicherten Häuser" im Deutschen Reich vgl. Vanja 2003) vorgesehen war [Abb. 1].

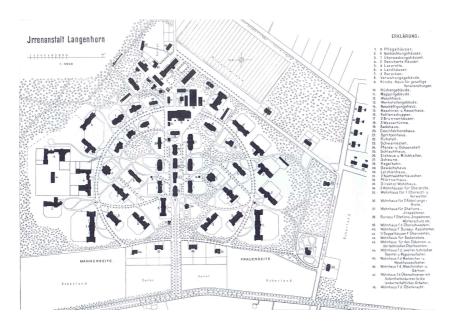


Abb. 1.: Grundriss der Staatskrankenanstalt Langenhorn (Neuberger 1910: 129)

Neben "psychisch erkrankten Verbrecher[n] [...], die während des Strafvollzugs in Geisteskrankheit verfallen sind", sollten auch "andere geisteskranke Männer Aufnahme finden, die gemeingefährliche Neigungen haben, ferner Personen, die zwar ein Verbrechen begangen haben, aber freigesprochen worden sind, weil sie zur Zeit der Begehung desselben geisteskrank waren und endlich Angeschuldigte, bei denen das Verfahren vorläufig eingestellt werden musste, weil sie nach der Tat, aber vor ihrer Verurteilung in Geisteskrankheit verfallen sind".⁵ Auch gerichtsseitig zur

StHA 352-8/7, Sig. 167: Abschrift des Anstaltsleiters Neuberger über "Erfahrungen im Betrieb der gesicherten Häuser der Staatskrankenanstalt Langenhorn" vom 12.11.1922. In seinen Ausführungen zur Gruppe der in den festen Häusern Unterzubringenden bezieht sich Neuberger auf einen Antrag des Senats an die Bürgerschaft vom 8.12.1902.

Beobachtung auf ihren Geisteszustand eingewiesene Untersuchungshäftlinge sollten in Langenhorn aufgenommen und begutachtet werden. Da, wie der Anstaltsleiter Neuberger im Vorfeld der Errichtung der gesicherten Häuser formulierte, "die Anzahl an weiblichen geistesgestörten Gefangenen, die in einer Anstalt verpflegt werden müssen, [...] so gering [ist]", wurden für diese keine eigenen Einrichtungen geschaffen.⁶

Da die Frage "Wie zusammen leben?" zuallererst Personen voraussetzt, die auf einem (geschlossenen) Raum zusammen leben (wollen oder müssen), soll im Folgenden jene Gruppe, die in den gesicherten Häusern am Stärksten vertreten war, in den Blick genommen werden: die Patienten. Die im Weiteren zitierten Angaben sind einer Statistik entnommen, die Fritz Knigge (1900-1947) 1931 publizierte: Knigge war zunächst Assistenzarzt und psychiatrischer Gutachter in Langenhorn, ab 1941 Leiter der dort eingerichteten "Kinderfachabteilung" (Kinder-"Euthanasie"; vgl. Burlon 2009) und ab 1943 bis zum Kriegsende ärztlicher Leiter der Anstalt. Die folgende Statistik basiert auf einer Auswertung der Unterlagen von 640 Strafgefangenen, die zwischen dem 1.12.1905 und dem 1.12.1930 aus einem Gefängnis oder Zuchthaus in die Anstalt Langenhorn überwiesen worden waren. Nicht in die Statistik miteinbezogen hatte Knigge die im Untersuchungsgefängnis Erkrankten. Die in dem angegebenen Zeitraum nach Langenhorn überwiesenen männlichen Strafgefangenen waren zum überwiegenden Teil schon mehrfach straffällig geworden, wobei die von Knigge als "Gewohnheitsverbrecher großstädtischen Typs" bezeichnete Gruppe die Mehrzahl der Patienten bildete.⁷ Was die Aufnahmen in den "gesicherten Häusern" betraf, so erreichten diese, nach einem Anstieg ab 1919, in den Jahren 1921 und 1922 ihren Höhepunkt. Aus den Krankenakten – vor allem aus den dokumentierten Gesprächen zwischen Arzt und Patient ("Begutachtungspsychiatrie") - geht hervor, dass vor allem die schwierigen politischen, ökonomischen und sozialen Verhältnisse der noch jungen Weimarer Republik die Einzelschicksale der Patienten prägten und ihnen kleinkriminelle Handlungen als letzter Ausweg, als überle-

StHA 352-3, Sig. L5 Bd. 1: Neuberger, Theodor: Vorschlag, betreffend die Unterbringung der geisteskranken Gefangenen in einem bei der Irrenanstalt Langenhorn zu erbauenden Pavillon. (Langenhorn, 15.10.1900)

Zum Typ des "Gewohnheitsverbrechers" vgl. u. a. Müller (2004: 175-179); Becker (2002); zum "Gewohnheitsverbrechergesetz" des NS-Staates vgl. Müller (1997)

bensnotwendiges Mittel erschienen. Immer wieder formulierten die Betroffenen, dass sie, bedingt durch Arbeitslosigkeit und Armut, auf die "schiefe Bahn" gerieten oder in "schlechte Gesellschaft" kamen.8 Wiederholt finden sich in den verschriftlichten Zwiegesprächen zeitspezifische Bezüge auf den Ersten Weltkrieg, auf die Revolutionszeit, auf die politischen Umwälzungen und - damit verbunden - die für viele nicht oder kaum zu bewältigende Herausforderung, sich unter dem Einfluss der im Krieg gemachten Erfahrungen und Erlebnisse, der Konfrontation mit der "Gegenwart", eine Existenz aufzubauen. Wie den Krankenakten zu entnehmen ist, lauteten die Diagnosen in den überwiegenden Fällen: "Haftpsychose (nicht geisteskrank)." Auch Knigge konstatierte die "[b]eachtenswerte [...] Tatsache", dass die nach dem Krieg und vor allem in den Jahren 1921 und 1922 in die Anstalt Langenhorn überwiesenen Strafgefangenen "nicht an progredienten organischen Psychosen, sondern an Haftstörungen psychogenen Charakters erkrankt war[en]" (Knigge 1931: 130). Allerdings sah Knigge Beziehungen zu den "sozialen und weltanschaulichen Zeitströmungen" als Grund für die Zunahme psychogener Haftstörungen nach dem Ersten Weltkrieg nachrangig. Primär verantwortlich schien ihm die "Änderung des Strafvollzuges" (Ebda.; vgl. auch Eichholz 2008): die Aufhebung der Isolierhaft sowie die allgemeine Abschaffung der bis dahin üblichen und von Knigge nicht näher benannten Zwangsmittel - mit der Folge einer vermehrten Überweisung "psychopathischer Rechtsbrecher" in die gesicherten Häuser der Heil- und Pflegeanstalten. Knigges Ansicht eingeschrieben ist der zu dieser Zeit

¹⁹²⁰ erklärte ein Patient in einem Schreiben, das in Abschrift in der Krankenakte erhalten ist: "Habe ja manchmal Gelegenheitsarbeit gemacht, doch war das zum Leben zu wenig. Unter diesen Umständen ist leicht erklärlich, dass ich in schlechte Gesellschaft kam." StHA 352-8/7, Sig. 13141; ein anderer Patient schrieb am 4.6.1920 in seinem Lebenslauf: "[...] und trat nach meiner Konfirmation in die Schlosserlehre bei mehrern Meistern. Meine Lehrzeit betrug 4 Jahre. Ich arbeitete später bei größeren Firmen und kam während einer Zeit wo ich arbeitslos war, in schlechte Gesellschaft, in welcher ich mich zum ersten mal zu einer gesetzwidrigen Handlung verleiten ließ." StHA 352-8/7, Sig. 12805; vgl. dazu auch Liepmann (1930) und Exner (1926), die beide einen Zusammenhang zwischen dem Ersten Weltkrieg und der hohen Kriminalität nach dem Krieg konstatieren; Schurich (1930), der zeitbedingte Faktoren als Auslöser krimineller Handlungen, wie sie von den Patienten beschrieben wurden, in seiner Untersuchung ausklammert.

schwelende Konflikt zwischen den beiden Institutionen "Gefängnis" und "Anstalt" in der Frage, wer für die Gruppe der in der Haft erkrankten Strafgefangenen überhaupt zuständig sei (vgl. Vanja 2003) – war die Erkrankung eine Folge der Änderung des Strafvollzugs (und nicht eine Folge der Zeit), so blieben Verantwortung und Lösungskonzepte – und damit auch die Kosten – der Institution "Gefängnis" überantwortet. Knigge ließ nicht unerwähnt, dass vor allem die "mehr und mehr ins Gewicht fallende Kostenfrage" dazu beitrug, die Belegsziffer in den gesicherten Häusern gering halten zu wollen.

Weiter ergab die von Knigge unternommene Untersuchung, dass der überwiegende Teil der Männer, die von der Haft in die Anstalt überwiesen wurden, noch relativ jung war – und zwar zwischen 20 und 29 Jahren, gefolgt von der Gruppe der 30 bis 39-Jährigen (Knigge 1931: 130). Da Knigge bei mehrfach Aufgenommenen die Dauer des gesamten Aufenthaltes berechnete, lässt sich keine konkrete Auskunft über die durchschnittliche Unterbringungsdauer im einzelnen Fall geben: Entsprechend seiner Berechnung verblieb der Großteil mit psychogener Haftstörung Diagnostizierter über ein Jahr in der Anstalt, gefolgt von der Gruppe derer, die drei bis vier Monate verblieben. In den meisten Fällen wurden die Patienten zurück ins Gefängnis überwiesen, einige wurden aber auch direkt von der Anstalt aus entlassen. Nur ein sehr kleiner Teil blieb in der Anstalt. Was die Berufsausübung der Patienten anbelangte, so war die Mehrzahl vor ihrer Verurteilung als "ungelernte Arbeiter (Gelegenheitsarbeiter und Händler)" tätig, gefolgt von der Gruppe der Handwerker.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, welche Räume die Patienten auf dem Gelände der Staatskrankenanstalt Langenhorn bewohnten: Wo hielten sie sich auf? Wie wurden sie untergebracht? Wodurch wurde der Raum determiniert, wodurch die Bewegungen?

Die beiden Häuser der forensischen Abteilung der im Pavillonstil angelegten Anstalt bestanden jeweils aus zwei Flügeln, die im rechten Winkel an einen Verbindungskorridor angrenzten.

⁹ Knigge erwähnt weiters, dass 1926 die Psychopathenabteilung des Gefängnisses in Fuhlsbüttel erweitert wurde.

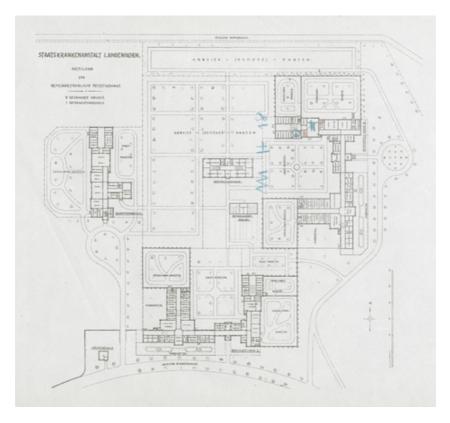


Abb. 2: Grundriss der beiden gesicherten Häuser der Irrenanstalt Langenhorn¹⁰

Jeder Flügel entsprach einer eigenen Abteilung und war für die Unterbringung von je 25 bzw. 30 Personen konzipiert (vgl. Neuberger 1910: 138). Der linke bzw. Westflügel war – das ist zumindest für das erste feste Haus belegt, das zweite feste Haus sollte aber in ähnlicher Ausführung errichtet werden – für "25 intensiv überwachungsbedürftige Geisteskran-

¹⁰ StHA 352-8/7, Sig. 167.

ke", der rechte bzw. Ostflügel für "30 weniger unsichere Patienten" (Ebda.) vorgesehen. Im nicht überbauten Westflügel des ersten gesicherten Hauses befanden sich ebenerdig die Schlafzimmer mit maximal drei bis vier Betten, ein Wachsaal mit acht Betten, ein größeres und ein kleineres Wohnzimmer mit Blick in den Garten, ein Wasch- und Badezimmer sowie der Ausgang in den sogenannten Erholungsgarten. Im überbauten Ostflügel befanden sich ebenerdig zwei geräumigere Wohnzimmer, ein Wachsaal mit zehn Betten sowie mehrere Einzelzimmer, ein Badezimmer sowie ein Ausgang in den kleineren Vorgarten und ein Ausgang in den Erholungsgarten. Im ersten Stock des Ostflügels befanden sich weitere Schlafzimmer mit drei bis sieben Betten pro Zimmer, zwei Einzelzimmer, ein Waschzimmer und sechs Arbeitsräume, in denen die Werkstätten für die Arbeitstherapie eingerichtet waren. Verbunden wurden beide Flügel durch einen Korridor. Dort befand sich auch der Haupteingang. Des Weiteren gab es in diesem Mittelbau Tagesräume, Wohnzimmer, das Besuchszimmer, die Küche, die Wärtergarderobe, das Wärteresszimmer, das Zimmer des Oberaufsehers, das Ärztezimmer und - an den Westflügel angrenzend - einige Einzelzimmer sowie ein Badezimmer.

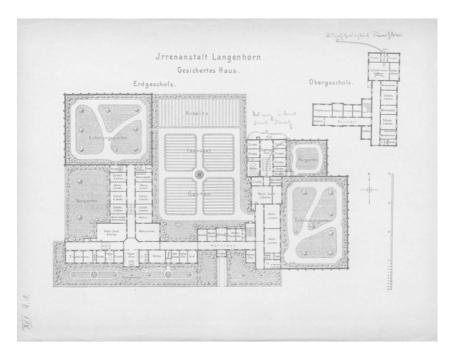


Abb. 3: Grundriss des gesicherten Hauses in der Irrenanstalt Langenhorn.¹¹

Umgeben wurden die beiden gesicherten Häuser von den ummauerten Erholungs- sowie den "mit einem Eisenstacket" (Ebda.) umzäunten Arbeits- bzw. Gemüsegärten. Während der Vorgarten des Ostflügels ummauert und für die dort untergebrachten und "weniger unsicheren" Patienten zugänglich war, war der Vorgarten des Westflügels eingezäunt und für die Patienten nicht zugänglich – sie konnten lediglich ihren Blick vom Wachsaal oder von den Schlafzimmern aus in den Garten sowie in die ebene Landschaft richten. Der Blick ging – zumindest auf dieser Abteilung – weiter, als es dem Körper sich zu bewegen erlaubt war, während auf der gegenüberliegenden Abteilung zwar der Bewegungsradius größer war,

¹¹ StHA 352-8/7, Sig. 167.

die Blickachse allerdings durch die Mauer begrenzt wurde. An die festen Häuser angrenzend wurde ein Beobachtungshaus errichtet, das ab Mitte der 1920er Jahre – als die Aufnahmekapazität in den festen Häusern überschritten war – ebenfalls für die Unterbringung der eigentlich für die festen Häuser vorgesehenen Patientengruppen genutzt wurde. Des Weiteren gab es innerhalb des gesicherten Areals ein Beschäftigungshaus mit elf Arbeitsräumen (Neuberger 1910: 138) sowie ein – vermutlich nach dem Ersten Weltkrieg errichtetes – Haus für Geflügelzucht.

Die festen Häuser waren die einzigen Gebäude auf dem Anstaltsareal, die ummauert waren. Bis Ende der 1920er Jahre war das übrige Anstaltsterrain frei zugänglich. Erst in den darauffolgenden Jahren wurde unter anderem durch die Ausweitung der Stadt in Richtung der einstigen Peripherie – mit einer Umzäunung des gesamten Geländes begonnen (vgl. Ankele 2014). Rühmten moderne Anstaltsleiter - den Grundsätzen der Humanität verpflichtet - das hohe Maß an Freiheit, das sie den Kranken zu gewähren sich bemühten - beispielsweise durch die um 1900 vermehrt auf offenem Gelände errichteten Anstalten -, so sollten, wie der Leiter der Anstalt Langenhorn formulierte, "hiervon abweichend [...] die für die geisteskranken Gefangenen bestimmten Krankenhäuser mit ausgiebigen Sicherungen ausgestattet werden". 12 Die gesicherten Häuser und die ihr angegliederten sogenannten Erholungsgärten, die von den Patienten als "Zementkisten"¹³ bezeichnet wurden, sollten von außen uneinsehbar und von innen unüberwindbar sein. "Haus 18 und Haus 9 sind feste Häuser; nicht eine Ameise findet den Weg ins Freie mehr, wenn sie im Innern dieses Irrgartens steckt. [...] Haus 18 steht also fester als der Dom zu Köln. Kein Zweig eines Baumes kann Dich auf die freie Seite tragen", schrieb 1942 ein Patient des festen Hauses in einem Text mit dem Titel "Hinter den Toren einer Irrenanstalt". 14 Um aus den Mauern unüberwindbare Hindernisse zu machen, wurde bei der Erbauung des ersten gesicherten Hauses die Expertise des Direktors des nahe gelegenen Ge-

StHA 352-3, Sig. L5 Bd. 1: Neuberger, Theodor: Vorschlag, betreffend die Unterbringung der geisteskranken Gefangenen in einem bei der Irrenanstalt Langenhorn zu erbauenden Pavillon. (Langenhorn, 15.10.1900)

¹³ StHA, 352-8/7, Sig. 13198: Abschrift eines Briefes an die Mutter vom 06.09.1921.

StHA 352-8/7, Sig. 14892: Text in einem Heft "Hinter den Toren einer Irrenanstalt" (10.3.1942).

fängnisses Fuhlsbüttel eingeholt: Er empfahl, "dass die Mauern [...] innen glatt und oben glatt und abgerundet gebaut werden [sollten]", denn "Eisenspitzen auf den Mauern, auch Glasscherben, erleichterten nur das Hinaufkommen auf die Mauer, das in erster Linie erschwert werden müsse. Wenn jemand erst auf der Mauer angekommen sei, komme er auch trotz Glas und Eisen hinüber". ¹⁵ Die Mauer hatte nicht nur eine reale Wirkmächtigkeit, sondern auch eine symbolische Kraft, sie stellte Ausbzw. Einschluss, Warnung und Überlegenheit dar. Roland Barthes schreibt, dass das Paradox vieler Gemeinschaften darin liege, dass der Ausgeschlossene eingeschlossen ist, ohne seinen Status als Ausgeschlossener zu verlieren (Barthes 2010: 143). Auch dieses Paradox wurde durch die Grenze verstärkt, die sich in Gestalt der Mauer realisierte.

Weitere Sicherheitseinrichtungen an den festen Häusern waren unter anderem verriegelte Türen und vergitterte Fenster aus Hartglas. Nachtwächter patrouillierten außerhalb der Gebäude, ein Schließerposten überwachte die Eingänge. Das Tragen von Waffen war in Langenhorn - im Gegensatz zu forensischen Abteilungen anderer Anstalten - nicht üblich. 16 Bei der Konzeption des ersten festen Hauses legte Neuberger Wert darauf, dass sich dieses "unauffällig", wie er formulierte, an die anderen Krankenhäuser der Anstalt angliederte - dieses Prinzip der Unauffälligkeit sollte sich dadurch realisieren, dass in den Abteilungen nicht nur "geisteskranke Gefangene", sondern eben auch "nicht unter Strafe stehende, unsociale Geisteskranke" der Anstalt untergebracht werden. Wichtig sei es, dass "das Kranksein mehr in den Vordergrund des Bewußtseins rückt" und "das Gefühl des Gefangenseins [...] mehr zurück[tritt]". (Ebda.) Angesichts der beschriebenen inneren und äußeren räumlichen Ausgestaltung der festen Häuser, von der kleineren Kammerung bis zur errichteten Mauer, scheint der Wunsch nach unauffälliger Angliederung mehr Rhetorik gewesen zu sein, da die Realität - offensichtlich - eine andere war. In einem Brief an seinen Bruder schilderte ein Patient im November 1920 seinen Eindruck von der Unterbringung im festen Haus:

Vgl. StHA 352-8/7, Sig. 167: Schreiben des Anstaltsdirektors Neuberger an das Gesundheitsamt Hamburg, 08.05.1922.

Vgl. hierzu die Korrespondenz mit der Anstalt Waldheim: StHA 352-8/7, Sig. 153: Fragebogen, 20.01.1927: An die Direktion der Landesanstalt Waldheim i. Sa.; vgl. zur Geschichte der Anstalt Waldheim Schröter (1994).

"[...] Dies hier ist auch ebenso wie ein Gefängnis, dieselbe Aufmachung die Freiheit fehlt genau so hier. Nur das Aerzte hier die Aufsicht haben, sie bemüht sind den Menschen gesund zu machen, man mehr Mensch ist und es nicht heisst Du bist bestraft sondern krank. Kurz und gut hier wird man auch geistig zum Menschen gemacht."¹⁷

Um eine sichere Verwahrung der Patienten gewährleisten zu können, mussten die Arbeitsstätten zum überwiegenden Teil direkt in den Gebäuden eingerichtet werden. Nur vereinzelt durften Patienten in den Zellgärten oder in den freien Kolonnen arbeiten. Ähnlich wie in den Gefängnissen (vgl. Vanja 2003; Eichberg 2008; Simon 1929/1986), so gab es auch in den festen Häusern eine Art Stufensystem, das von der Bettruhe über die Arbeit in den Werkstätten bzw. im Haus bis zur Unterbringung in einem halbfesten, danach in einem freien Haus und schließlich zur Entlassung führen konnte.

Was die innere Ausgestaltung bzw. Einrichtung der festen Häuser anbelangt, so unterschieden sie sich von den übrigen Anstaltsbauten einerseits durch die höhere Anzahl an Einzel- bzw. Isolierzimmern sowie durch die geringere Belegskapazität derselben. Einem Grundriss von 1910 folgend, gab es im ersten festen Haus dreizehn Einzelzimmer von insgesamt 22 Schlafräumen, die meist drei bis vier Betten umfassten (vgl. Abb. 2). Dadurch sollte eine Kontrolle der Patienten durch die Wärter erleichtert und zugleich die Patienten nach Möglichkeit daran gehindert werden, gemeinsam - und in Abwesenheit der Wärter - Komplotte zu schmieden oder Ausbruchs- und Aufstandspläne auszuhecken. "Unverträgliche, zum Complottiren geneigte Kranke können in diesem Haus leicht vollständig getrennt werden", schrieb Neuberger. Grenzten die Schlafräume an die Wachsäle, wo die Wärter ihren Dienst versahen, so konnten die Türen während der Nacht - wie der Beschreibung in den Akten zu entnehmen ist - eineinhalb Handbreit offen gelassen werden. Waren die Türen der Schlafräume geschlossen, so lauschten die Wärter gelegentlich an denselben, um zu überprüfen, ob und worüber die Patienten sprachen oder ob Ausbruchsgeräusche - wie das Sägen an den Gittern - zu hören waren. 18

StHA 352-8/7, Sig. 13021: Brief an den Bruder vom 29.11.1920.

StHA 352-8/7, Sig. 167: "Pfleger Glaesmann ging auf den Korridor um zu horchen. Er konnte aber nichts bestimmtes melden, weil in allen Zimmern gearbeitet wurde. Darauf hat Pfleger Glaesmann nach M. H. 9 an den Nachtwächter telephoniert.

Nicht nur der Blick, sondern auch der Gehörsinn fungierte auf Seiten der Wärter als wichtiges Kontrollorgan.

Ein weiterer Unterschied zu dem Großteil der anderen Anstaltsbauten bestand darin, dass die Werkstätten bzw. Arbeitsräume direkt in den Obergeschossen, an die Schlafzimmer angrenzend, eingerichtet wurden. Dieses Konzept der Kombination von Arbeits- und Schlafstätte fand sich auch in den sogenannten halbfesten Häusern 4 und 15, wie sich aus den Quellen schließen lässt. Und auch Neuberger fügte 1910 seinen Ausführungen über Langenhorn hinzu, dass "in einzelnen Beobachtungs- und Ueberwachungshäusern von den Wohnzimmern getrennt liegende Arbeitsräume eingerichtet [wurden], woselbst Pfleglinge, die ihres Verhaltens wegen zu Aussenarbeiten nicht herangezogen werden können, Beschäftigungsgelegenheit finden" (Neuberger 1910: 138f.). Weitere Werkstätten, die nicht auf dem Gelände der Abteilung für gemeingefährliche Kranke eingerichtet wurden und überwiegend von den Regiebetrieben der Anstalt genutzt wurden, gab es im Werkstättengebäude nahe dem Wirtschaftshof. Auf der Frauenseite der Anstalt gab es, laut einer Auflistung von 1928, lediglich eine Werkstatt - und zwar eine Weberei - im Keller eines Gebäudes. Daraus wird ersichtlich, dass sich der Großteil der aus arbeitstherapeutischen Gründen für die Patienten errichteten Werkstätten auf dem Gelände der Abteilung für gemeingefährliche Kranke befand.

Ordnungskategorie 2: Arbeit

Das Zusammenleben der Menschen sei, wie Freud in seinem 1930 publizierten Buch "Das Unbehagen in der Kultur" festhielt, nicht nur wesent-

Die Nachtwächter konnten aber nichts hören [...]." (Bericht über die Vorgänge der Nacht vom 5.6. zum 6.6., Abschrift, undatiert [Juni 1921, M. A.]); "Um 11Uhr 28 Min. hörten Pfleger Petersen und Möller ein eigenartiges Geräusch. Nach genauerem Horchen stellten wir fest, dass es Sägen sein musste. [...] Erst nach 12 Uhr setzte ein rücksichtsloses Sägen ein, durch Abhorchen der Wände, konnten wir dann genau feststellen, an welchem Fenster gearbeitet wurde. [...] Um 1Uhr 54 hörten wir einen dumpfen Stoss, worauf gleich nachdem ein Gestürze auf dem Zellenkorridordach vor sich ging, da sahen wir vom Wachsaal aus [...] die zusammengebundenen Bettlaken hinunterfallen." (Abschrift: Die Vorgänge des Ausbruchs am 5.6.1921).

lich durch die Macht der Liebe, sondern ebenso durch den Zwang zur Arbeit bestimmt. Dass auf der Basis von Liebe und Arbeit "eine größere Anzahl von Menschen in Gemeinschaft bleiben konnte", stellte für Freud den "ersten Kulturerfolg" dar (Freud 2010: 49). Damit soll nun die zweite Ordnungskategorie in den gesicherten Häusern – das Element der "Arbeit" - auf die eingangs gestellte Frage nach dem Zusammenleben näher erörtert werden. Arbeitstherapeutische Konzepte zählten seit der Gründung der Anstalt Langenhorn als einer "agricolen Irren-Kolonie" zu den zentralen Behandlungsmethoden und wurden in den 1920er Jahren - im Zuge einer allgemeinen Ausweitung arbeitstherapeutischer Ansätze im Sinne der "aktiveren Krankenbehandlung" nach Hermann Simon (1867-1947) - intensiviert. Handwerkliche Tätigkeiten sowie die Arbeit an der frischen Luft wurden bereits in den Anstalten des frühen 19. Jahrhunderts als "beste Medizin für den kranken Geist" (Meltzer 1927: 118) beschrieben, die Arbeit sei ein "Segen" (Reiß 1929: 111), der auch den Kranken zugute kommen müsse. In Langenhorn wurde bei der Auswahl der Beschäftigungen für die Patientinnen und Patienten darauf geachtet, "dass nur solche Arbeiten ausgeführt werden, deren Ergebnis der Anstalt (es wird nicht für den Verkauf gearbeitet) Nutzen bringt; nicht lediglich aus ökonomischen Gründen, sondern auch, weil nur eine nutzbringende Arbeit, nicht eine spielerische Beschäftigung, auf die Dauer Befriedigung geben und eine heil-erzieherische Wirkung ausüben kann". 19 Wenn auch nicht ausschließlich - wie in dem Zitat hervorgehoben wurde -, so sollten die von den Kranken geleisteten Arbeiten der Anstalt dennoch eine relative wirtschaftliche Unabhängigkeit ermöglichen, in dem ein Großteil der Produkte des täglichen Bedarfs - wie Nahrungsmittel und Gebrauchsgegenstände - in der Anstalt hergestellt wurden: Schuhe, Kleidung, Matratzen, Bürsten, Körbe, Mützen wurden in den Werkstätten produziert; es gab Fleisch, Milch, Getreide aus der anstaltseigenen Landwirtschaft; die Kranken arbeiteten in der Küche, im Waschhaus, in den Gärten oder auf den Feldern. Therapeutische Ansätze und ökonomische Interessen griffen hier ineinander.

Als in Langenhorn auf dem Gelände der Abteilung für "gemeingefährliche Geisteskranke" ein Beschäftigungshaus mit elf Arbeitszimmern

¹⁰

StHA 352-8/7, Sig. 16 a.

errichtet wurde, merkte der Anstaltsleiter Neuberger im Vorfeld an, dass "die Beschäftigung der geistesgestörten Bewohner des gesicherten Hauses ein vorzügliches Behandlungsmittel bildet, das geeignet ist, beruhigend auf die Kranken einzuwirken, ihnen über trübe Vorstellungen hinweg zu helfen und neues Selbstvertrauen zu geben" (Neuberger 1910: 138). Neben dem Beschäftigungshaus gab es, wie bereits erwähnt, in den Obergeschoßen der festen Häuser eingerichtete Werkstätten. Da die Patienten in den festen Häusern therapeutisch behandelt, zugleich aber auch sicher verwahrt werden sollten, schien diese Lösung am praktikabelsten, indem sie davor bewahrte, dass der Weg zur Arbeit zu einem Fluchtweg aus der Anstalt werden konnte. Um vom Aufenthalts- bzw. Schlafraum zur Arbeit in den Werkstätten zu gelangen, musste das Haus nicht verlassen werden. Äußerten die Patienten den Wunsch, in einer der Werkstätten des anderen Hauses beschäftigt zu werden, so wurden sie - sofern man ihnen den Wunsch genehmigte bzw. er sich realisieren ließ - in das andere Haus verlegt. 1927 wurde von der Direktion der Landesanstalt Waldheim ein Fragebogen an die Direktion nach Langenhorn geschickt, in dem Erkundungen über den Betrieb in den gesicherten Häusern eingeholt wurden.²⁰ Die Antworten aus Langenhorn decken sich allerdings nicht immer mit den tatsächlichen Handhabungen in der Praxis, wie Abgleiche mit den Einträgen in den Krankenakten zeigen: zum Beispiel, wenn im Fragebogen angegeben wurde, dass die Patienten der gesicherten Häuser ausschließlich in den Werkstätten - und nicht im Freien - beschäftigt wurden, so zeichnen Krankenakteneinträge ein anderes Bild, und zeigen, dass auch außerhalb der Werkstätten sowie im Freien gearbeitet wurde. Des Weiteren wurde in dem Fragebogen verzeichnet, dass 50% der Patienten des "gesicherten Hauses" regelmäßig arbeiteten - ob diese Angabe zutreffend ist, bleibt offen und kann aus den Krankenakteneinträgen zwar weder bestätigt noch widerlegt, allerdings doch bezweifelt werden, vor allem hinsichtlich der Regelmäßigkeit, die im Fragebogen angegeben wurde. Auch Auskunft über die Art der Werkstätten, die sich in den gesicherten Häusern befanden, wurde gegeben - erwähnt werden eine Druckerei, vier Schusterwerkstätten, drei Schneiderwerkstätten, zwei Filzschuhmachereien, eine Buchbinderei, eine Bürstenmacherei, eine Mattenflechterei sowie

StHA 352-8/7, Sig. 153: Fragebogen, 20.01.1927: An die Direktion der Landesanstalt Waldheim i. Sa.

eine Mattennäherei. Davon leicht abweichende Angaben findet man in einer Auflistung des Verwaltungsdirektors Birkenstock vom 31.03.1928, adressiert an die Hamburger Gesundheitsbehörde. Laut dieser Aufstellung gab es im festen Haus 9 eine Steindruckerei und vier Schusterwerkstätten, im festen Haus 18 zwei Schneiderwerkstätten, eine Schusterwerkstätte und drei Bürstenmachereien bzw. Mattenflechtereien. Die Angaben dazu, wo sich die beiden Zimmer der Matratzenmacherei befanden, fehlen. Allerdings wird in den Angaben auch das Beschäftigungshaus genannt, in dem eine Korbmacherwerkstätte, drei Schneiderwerkstätten und eine Tischlerwerkstätte eingerichtet waren. Es kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei dem Beschäftigungshaus um das 1911 auf dem Gelände der Abteilung für gemeingefährliche Kranke errichtete handelt.

Welche ersten Schlüsse lassen sich nun ziehen, wenn man die Elemente "Raum" und "Arbeit" in der Analyse der Kranken- und Verwaltungsakten der gesicherten Häuser fokussiert? Es wird - im Vergleich mit den übrigen Gebäuden und Einrichtungen auf dem Anstaltsgelände ersichtlich, dass die für die angestrebte Deckung des Eigenbedarfs wichtigen Produktionsstätten in den gesicherten Häusern bzw. auf dem Gelände dieser Abteilung eingerichtet wurden.²¹ Der Gesundheitsbehörde wurde auf Anfrage mitgeteilt, dass für die Beschäftigungstherapie im Rechnungsjahr 1928 rund 46.591 RM ausgegeben wurden.²² Dabei verteilten sich die Ausgaben auf folgende Bereiche: Mützenmacherei, Weberei und Strickerei, Korbmacherei, Mattenflechterei, Bürstenmacherei, Schuhmacherei, Schneiderei und Buchbinderei. Den höchsten Gesamtwert der hergestellten Erzeugnisse und Reparaturen erzielten die Weberei und Strickerei (22.589 RM), gefolgt von der in den gesicherten Häusern eingerichteten Werkstätten der Schuhmacherei (20.161 RM) und der Schneiderei (19.326 RM). Einer weiteren Liste von 1925 ist zu entnehmen, dass in den Werkstätten der gesicherten Häuser insgesamt 51 Patienten tätig waren.²³ Hier stellt sich die Frage, warum für die Berechnung der Ausgaben sowie des Gesamtwertes der hergestellten Erzeugnisse die landwirt-

Außer der Weberei, der Strickerei und der Korbmacherei befanden sich alle genannten Werkstätten in den gesicherten Häusern.

Vgl. diese wie die weiteren diesbezüglichen Angaben: StHA 352-3 II, Sig. L 15: Schreiben an die Gesundheitsbehörde vom 28.08.1929.

²³ StHA 352-8/7, Sig. 166: Auflistung vom 12.05.1925.

schaftlichen Arbeiten, die Arbeiten in den Schälküchen sowie die Hausarbeiten nicht miteinbezogen wurden. Hatten die in diesen Bereichen von den Kranken verrichteten Arbeiten keinen vordergründig beschäftigungstherapeutischen Zweck, wurden diese Arbeitsbereiche nicht explizit aus beschäftigungstherapeutischen Gründen eingerichtet?

Aus den genannten Angaben in den Verwaltungsakten lässt sich schließen, dass den Patienten der gesicherten Häuser eine wichtige Funktion bezogen auf die wirtschaftliche Produktivität der Anstalt zukam. Hier lässt sich an das Ergebnis der Auswertung der Krankenakten der Opfer der nationalsozialistischen "Euthanasie"-Aktion "T4" anschließen, bei der in den Jahren 1940 und 1941 mehr als 70.000 psychisch und physisch erkrankte Menschen ermordet wurden. Richtete sich der Schwerpunkt der Maßnahmen zu Beginn der Aktion gegen die forensischen Patienten (vgl. Platen-Hallermund 1948/1993: 67), so lässt sich diese gezielte Selektion für den weiteren Verlauf nicht mehr nachweisen - Martin Roebel vermutet, dass dieser Umstand mit der von dieser Patientengruppe "in den Anstalten erbrachten und dort benötigten Arbeitsleistung und den weniger schweren Diagnosen zusammen [hängen] "könnte (Roebel 2010: 140). Auch wenn die Gültigkeit dieser These für die Anstalt Langenhorn im Detail noch überprüft werden muss, so scheint sie doch - mit Blick auf Diagnosenstellung und Arbeitsleistung – auch hier zutreffend zu sein. Die 1993 vorgenommene statistische Gesamtauswertung der Krankenakten jener Patientinnen und Patienten, die zwischen 1939 und 1945 aus der Anstalt Langenhorn "abtransportiert" wurden – insgesamt handelt es sich um 3.755 erfasste Personen -, ergab, dass von diesen ,lediglich' 50 Patienten (13,5%) einen \$42b RStGb ("Sicherheitsverwahrung"²⁴) Eintrag hat-

Mit dem §42 a bis n wurden "Maßregeln der Sicherung und Besserung" durch das "Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher" eingeführt, die ab dem 01.01.1934 eine Strafverschärfung für Personen, die wiederholt straffällig wurden, bedeuteten. Diese konnten nun direkt vom Gericht und gegebenenfalls dauerhaft in eine Heil- und Pflegeanstalt überwiesen werden; vgl. Schurich, 1930, S. 5: "Es mußte ein Mittel gefunden werden, diejenigen Verbrecher, die die Sicherheit der Gesellschaft dauernd gefährden, nicht nur durch eine zeitlich begrenzte Maßnahme für ihr Verschulden zu bestrafen, sondern sie auch im Hinblick auf ihre Gefährlichkeit, gegebenenfalls für immer, aus der Gesellschaft auszuschließen und so unschädlich zu machen. Die neuen Strafgesetzentwürfe sehen dieses Mittel in der Sicherungsverwahrung."

ten (Billhardt/Dalmen 1993: 494). Hier stellt sich allerdings die Frage, auf wie viele der in den festen Häusern Untergebrachten der Paragraph der Sicherheitsverwahrung zutraf.

Zu erwähnen sei noch, dass die Stichproben der "T4"-Akten der gerichtlich untergebrachten Männer ergaben, dass diese überwiegend Hausarbeit und Außenarbeit leisteten (Rotzoll 2013: 257)²⁵ – dieses Ergebnis steht im Gegensatz zur Praxis in Langenhorn, wo der überwiegende Teil der forensischen Patienten in den Werkstätten beschäftigt und in der Regel nicht für die sogenannte "Draußenarbeit" eingesetzt wurde.

Das Zusammenleben - Regelungen und Praxis

Wie die Einträge in den Krankenakten zeigen, wurden die Patienten nach ihrer Überweisung in die Anstalt zuerst ins Bett gelegt. Nach einem gewissen Zeitraum - das konnten einige Tage, aber auch einige Wochen sein - wurden erste Versuche unternommen, vielfach auf Wunsch der Patienten, diese mit einer Arbeit zu beschäftigen. Kriterien für die Auswahl einer solchen erschließen sich aus den Akten nur bedingt. Nach Möglichkeit sollten die Patienten ihren Fähigkeiten, ihrer Ausbildung oder ihren Interessen entsprechend beschäftigt werden. Arbeit fand sich für sie nicht nur in den Werkstätten, sondern auch in den Häusern, in den Büros als Schreiber, in den Zellgärten und auch - bei entsprechender Eignung und als Vorbereitung auf die Entlassung - in den freieren Kolonnen, beschränkten sich aber nicht auf diese Bereiche. Bei der Auswahl einer Arbeit schienen die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Patienten im Vordergrund zu stehen und so ließ sich aus fast allen notwendigen und anfallenden Tätigkeiten eine Art "Arbeitsbereich" schaffen. Die eigentliche Vielfalt an möglichen Betätigungsfeldern wird vor allem in den fortlaufenden Einträgen in den Krankenakten deutlich. Hauptsache war - so schien es -, dass etwas (Sinnvolles - für die Anstalt, die Anstaltsgemeinschaft und/oder aber auch für den Patienten selbst) getan wurde. In den Anfangsjahren der Weimarer Zeit wurde in den festen Häusern in Lan-

²⁵ Ich danke Dr. Maike Rotzoll vom Institut für Geschichte und Ethik der Medizin Heidelberg für die Einsichtnahme in ihre noch unveröffentlichte Habilitationsschrift.

genhorn die Belegziffer kontinuierlich überschritten, was zum Einen eine Verlegung von Patienten in freiere Häuser zur Folge hatte, zugleich aber auch zu einem Mangel an Arbeitsmöglichkeiten in den Werkstätten - vor allem in der begehrten Lederschuhmacherei - geführt haben dürfte. Immer wieder finden sich Schreiben der Patienten in den Akten, in denen sie sich mit der Bitte um eine Arbeit oder eine Beschäftigung an den Arzt wenden oder in denen sie - einer solchen entbehrend - ihre Langeweile zum Ausdruck bringen. Auch der Wunsch nach einer Rückverlegung in das Gefängnis nach Fuhlsbüttel wurde geäußert. In einem Brief an den Oberarzt bat ein Patient im November 1925 wieder in das Gefängnis überwiesen zu werden. Grund dafür seien "die langen beschäftigungslosen Tage und das Zusammensein mit unsimpathischen Menschen", es sei ihm das belanglose Geschwätz "unerträglich jeden Tag M.A.]zuhören". 26 Aber auch die Aussicht, im Gefängnis "ein paar Mark [zu] verdienen"²⁷, war ein wichtiger Beweggrund für den Wunsch, zurück ins Gefängnis kommen zu können. Denn als Insassen des Gefängnisses hatten die Patienten die Möglichkeit durch die von ihnen geleistete Arbeit Geld anzusparen, das ihnen nach der Entlassung den Start in die "Freiheit" etwas erleichtern sollte - in der Anstalt war dies nicht der Fall, hier wurde (offiziell) aus therapeutischen Gründen gearbeitet und die geleistete Arbeit wurde nicht (finanziell) entlohnt. So schrieb ein Patient des festen Hauses 1926 an den Oberarzt: "Wie ich ihnen schon einmal sagte, wäre ich bei meiner Entlassung von hier völlig mittellos. [...] Habe noch 6 1/2 Monate [...] und jeder längere Tag, den ich unnütz hier sitze, ist mir durch einen Verdienst entzogen. Erfüllen Sie mir meinen Wunsch [...] und schicken Sie mich vor Weihnachten nach Fuhlsbüttel". 28 In der Anstalt in Langenhorn gab es statt einer finanziellen Entlohnung materielle Zuwendungen für ausgewählte Patienten - wie beispielsweise (und bei den Patienten des festen Hauses sehr begehrt) Tabak -, die auch als Arbeitsanreiz fungieren sollten. Einer Liste von 1925, die mit dem Wort "vertraulich" überschrieben wurde, ist zu entnehmen, dass arbeitende Patientinnen und Patienten auch Kostzulagen erhielten, wobei der Um-

²⁶ StHA 352-8/7, Sig. 15540: Brief an den Oberarzt vom 20.11.25.

StHA 352-8/7, Sig. 15696: Brief an Oberarzt Dr. Sierau, 16.03.1926; vgl. auch StHA 352-8/7, Sig. 15696.

²⁸ StHA 352-8/7, Sig. 15540: Brief an den Oberarzt vom 20.11.1926.

fang der Kostzulagen von dem Arbeitsbereich, in dem der Patient bzw. die Patientin tätig war, abhängig gemacht wurde.²⁹ Auch konnten für Kranke, die sich in der Beurteilung der Ärzte durch ihren Fleiß und Erfolg bei der Arbeit hervorgetan hatten, Anträge auf Belohnungen beim Verwaltungsdirektor gestellt werden: Für einen Patienten der forensischen Abteilung "erbittet die Station einige Oelfarben in Tuben und 5 Pinsel", denn der Patient sei "mit gutem Erfolg in der Mattennäherei beschäftigt, im übrigen ein talentierter Mensch, dessen Wunsch es ist, sich in der Freizeit mit Malerei zu beschäftigen", hieß es in dem entsprechenden Antrag vom 12. November 1929.30 Für einen anderen Patienten des festen Hauses wurde am 26. April 1927 ein Antrag gestellt für "folgende Noten: für 2 Violinen, Litloff 2281 Beriot, ap. 57 Konzert-Duett und Litloff 1029, VI Chopin (Schubert'sche Sammlung) leichte progressive Duette". Von Seiten des Arztes wurde der Wunsch des Patienten befürwortet, da er "sich fleissig in der Buchbinderei beschäftigt", und vom Verwaltungsdirektor genehmigt. Für zwei weitere Patienten wurde am 8. September 1927 ein Geigenbogen sowie ein Bezug für einen Geigenbogen geordert - mit der Begründung: "Die beiden Patienten betätigen sich fleissig in der Schuhmacherei." Auch der allgemeine Wunsch der Patienten des Männerhauses 18 nach einer Geige wurde "bestens" befürwortet, wobei von Seiten des Arztes ein Patient bei der Auswahl derselben als Sachverständiger empfohlen wurde. 31 Es stellt sich allerdings – angesichts der geäußerten und genehmigten Wünsche - die Frage, ob hier Klassenprivilegien zur Geltung kamen, sprich, ob für die Vergabe materieller Zuwendungen nicht nur Arbeitsleistung, sondern auch soziale Zugehörigkeit mitentscheidend war. In den Krankenakten finden sich auch Hinweise auf soziale Distinktionen in den festen Häusern, die ihren Ausdruck in einer räumlichen Separierung fand. So wurde einem Patienten von der Abteilungsleitung angeboten, "nach dem Westflügel des Hauses, der geräumiger ist und wo ihm Gelegenheit geboten wäre mit geistig höher stehenden Patienten zu verkehren und auch zu musizieren, verlegt zu werden".32 Es scheint also innerhalb der festen Häuser eine inoffizielle,

²⁹ StHA 352-8/7, Sig. 112.

³⁰ StHA 352-8/7, Sig. 161.

³¹ StHA 352-8/7, Sig. 161: Antrag vom 26.05.1925.

³² StHA 352-8/7, Sig.13257: Eintrag vom 09.01.1921.

holz (2008) S. 171f.

durch die Praxis etablierte räumliche Trennung der einzelnen sozialen Gruppen gegeben zu haben. Die "gebildeten" Patienten, das geht aus den Akten hervor, zogen sich gemeinsam auf den von ihnen eingenommenen Raum zurück, lernten Sprachen, musizierten oder widmeten sich ihrer Lektüre, wie ich im nächsten Kapitel näher ausführen werde.

Alle oben genannten materiellen Zuwendungen waren nicht auf die Zeit nach der Entlassung ausgerichtet - wie es die finanzielle Entlohnung der Arbeit, in wenn auch beschränktem Maße, im Gefängnis war -, sondern richteten sich in ihrer Wirkung unmittelbar auf die Gegenwart in der Anstalt und - da das Musizieren, wie sich aus den Akten schließen lässt, eine wichtige Komponente des gemeinsamen Zusammenlebens (aller sozialer Gruppen oder nur einzelner sozialer Gruppen?) bildete – auch auf dieses. Der immer wieder aufkeimende Unmut darüber, dass an die Arbeit, die in der Anstalt geleistet wurde, kein entsprechender finanzieller Verdienst geknüpft war, konnte den Patienten durch die Aussicht auf eine etwaige materielle Zuwendung allerdings nicht genommen werden. Diesbezügliche Beschwerden fanden ihren Weg auch nach "draußen" und wurden in Form von Berichten aus der Anstalt in kommunistischen Zeitungen publiziert, die diese - durch das Aufzeigen auf die in den Institutionen wie psychiatrische Anstalten herrschende Ausbeutung der Rechtlosen - wiederum für ihre politischen Ziele - den Sturz der bürgerlichen Gesellschaft und der sie stützenden Institutionen – zu wissen nutzte.³³

Auch wenn bislang zu diesem Aspekt für Langenhorn keine expliziten Quellen gefunden werden konnten, so lässt sich aus den Einträgen in den Krankenakten doch davon ausgehen, wie bereits weiter oben angemerkt, dass es in den festen Häusern – der Praxis in den Gefängnissen ähnlich – eine Art Stufensystem gab, bezogen auf die räumliche Unterbringung der Patienten: Einträge zeigen, dass die Patienten von den festen Häusern in sogenannte halbfeste Häuser und von dort, sofern sie sich dem Urteil der Ärzte nach als zuverlässig, fleißig und umgänglich erwie-

Vgl. u.a. StHA 352-3, Sig. II L 15: Zeitungsausschnitt: [o. N.]: Wir verblöden hier völlig, in: Hamburger Volkszeitung Nr. 106 (30.6.31), o. S.; Ebda.; Zeitungsausschnitt: [o. N.]: Schreckenstation Langenhorn, in: K. P. D. Wahlzeitung Nr. 3 (14.11.1929), o. S; auch kritische Berichte über das Hamburger Gefängniswesen wurden in der Hamburger Volkszeitung von Inhaftierten veröffentlicht, vgl. Eich-

sen, in freie Häuser verlegt werden konnten.³⁴ So sollten sie zugleich auf das Leben nach der Entlassung aus der Anstalt oder dem Gefängnis vorbereitet werden. Aber auch Rück- bzw. Verlegungen in die gesicherten Häuser waren möglich. Oft baten die Patienten von sich aus um die Verlegung in ein anderes Haus, weil damit auch die Aussicht auf andere Arbeitsmöglichkeiten verbunden war.

Das Zusammenleben - Freizeit und Erholungen

Arbeits- und Rekreationsphasen sollten sich in der Anstalt abwechseln. In der gemeinsamen Freizeit standen den Patienten die Tagesräume zur Verfügung, in denen sie – gemeinsam oder alleine, aber immer in die Gemeinschaft eingebettet – ihren Beschäftigungen nachgehen konnten. Von ärztlicher Seite wurde genau beobachtet, ob sich die Patienten an den "gemeinsamen Unterhaltungen" beteiligten oder nicht. "Noch immer still und gedrückt. Beteiligt sich wenig an den gemeinsamen Unterhaltungen, steht meistens still in irgend einem Winkel, greift hin und wieder wohl nach einem Buch, liest aber nie lange", wurde am 30. Oktober 1920 in der Akte eines Patienten, der Anfang September ins feste Haus überwiesen wurde, verzeichnet.³⁵ Die Beteiligung an gemeinsamen Aktivitäten sollte therapeutisch wirken und schien zugleich ein Gradmesser für die psychische Verfasstheit der Patienten zu sein: Interesse an der Anstaltsgemeinschaft zu zeigen, wurde in diesem Sinne als Schritt auf dem Weg zu einer möglichen Genesung interpretiert.

In der gemeinsamen Freizeit wurde in den Tagesräumen der festen Häuser – davon berichten zahlreiche Einträge in den Krankenakten – Skat gespielt, musiziert, gelesen, gesungen, Schach gespielt – und vor allem geraucht. Es wurden Sprachen erlernt, Stenographie geübt oder die Patienten unterrichteten sich gegenseitig im Lesen oder Schreiben oder in diversen anderen Fächern. Musikinstrumente wurden den Patienten von der Anstalt zur Verfügung gestellt. In einem Schreiben an den Verwaltungsdirektor bat ein Patient 1922 um seine Verlegung in den anderen Flügel des festen Hauses mit der Begründung, dass dort "mehr Musikin-

³⁴ Vgl. u.a. StHA 352-8/7, Sig.14806.

³⁵ StHA 352-8/7, Sig. 13139.

strumente sind wie hier. Wie Geige und Gitarre und Past]ientesn die Kenntnisse haben sich da befinden. "36 Darüber hinaus gab es eine Zeitschrift namens "Neuland", die - so der Hinweis in einer Akte - von den Patienten gestaltet wurde, und Theateraufführungen, an denen sie mitwirken konnten.³⁷ Wie folgender Eintrag deutlich macht, hoffte man anstaltsseitig - auch in einem therapeutischen Sinn - von den gebotenen Unterhaltungen zu profitieren, diesbezüglich positive Erlebnisse der Patienten sollten auf das gemeinsame Zusammenleben sowie auf das Einfügen in die Anstaltsordnung rückwirken: "[...] folgte nur widerstrebend der Aufforderung, sich eine an diesem Tage auf dem anderen Flügel des Hauses von den dortigen Patienten gebotene Theatervorstellung anzusehen. Patient kehrte wie umgewandelt von dort zurück, war in rosigster Stimmung, sprach sich anerkennend darüber aus, dass ärztlicherseits solche Bestrebungen gefördert würden und äusserte den Wunsch, nunmehr den ganzen Tag aufzustehen und sich beschäftigen zu dürfen."38 Im Februar 1922 wurde in der Akte eines Patienten notiert, dass dieser nach seiner Verlegung in den anderen Flügel des festen Hauses "nicht mehr so abgeschlossen vor sich hin [lebt], ist vielmehr unterhaltsam im Verkehr mit anderen Patienten, hat sich den Theaterbestrebungen angeschlossen und persönlich für die nächste Aufführung eine Rolle zu spielen übernommen". 39 Das Öffnen in die Gemeinschaft wird hier als ein positiver Aspekt auf dem Weg der Genesung herausgestellt. Auch in der Akte eines anderen Patienten blieb nicht unerwähnt, welchen Effekt das gemeinsame Zusammensein, vor allem mit den Patienten "höherer Bildungsgrade", haben konnte: "Jetzt den ganzen Tag ausser Bett und gemeinsam mit den anderen Patienten im Tagesraum. Lebt hier sichtlich auf und fühlt sich hier anscheinend recht wohl. Macht einen einfältig-gutmütigen Eindruck, setzt sich mit Vorliebe zu einigen Patienten in einem Nebenzimmer der Tagesräume, die dort Musik, Gesang und fremde Sprachen erlernen, es sind dieses durchweg Leute höherer Bildungsgrade, die sich hier etwas

³⁶ StHA 352-8/7, Sig. 13784: Eintrag vom 10.01.1922.

³⁷ Vgl. zum Thema das von der Volkswagenstiftung seit 2013 gef\u00f6rderte Projekt "Szenen des Subjekts. Kulturgeschichte der Theatrotherapie um 1800, 1900 und nach 1970" (Leitung: Dr. C\u00e9line Kaiser, Ruhr-Universit\u00e4t Bochum).

³⁸ StHA 352-8/7, Sig. 13076: Eintrag vom 03.10.1921.

³⁹ StHA 352-8/7, Sig. 13770: Eintrag vom 07.02.1922.

absondern."⁴⁰ Auch bei einem anderen Patienten wird hervorgehoben, dass er "durch das ständige Nebeneinanderleben" mit einem Mitpatienten "sichtlich etwas auf[lebt]".⁴¹ Vor allem ein Patient des festen Hauses schien Anfang der 1920er Jahre bezogen auf die für das Zusammenleben als wichtig erachteten "gemeinsamen Unterhaltungen" besonders initiativ und motivierend zu wirken, was in seiner Akte sehr ausführlich beschrieben wurde:

[...] schwankt immer zwischen vernünftiger Schaffensfreude und tiefster Depression. Er ist in Zeiten der Vernunft ein ganz geschickter, tatenlierter [sic!] Mensch, ohne den z.b. alle Geselligkeitsbestrebungen der Patienten scheitern, sei es in der Musik, der Schauspielkunst, Zeitungswesen, sportlichen Veranstaltungen oder sonst wie. Überall ist und muss er der Führende sein, wenn es "klappen" soll. Er spielt Geige, Trompete, Trommel, Zitter, Guitarre, schreibt Noten, dirigiert. Auch die Schauspieltruppe krebst zielund erfolgslos umher, wenn W[...] nicht die Leitung in Händen hat. Die Zeitschrift "Neuland" deren "Chefredakteur" er ist, wäre ein totgeborenes Kind ohne W[...], er schreibt launige Artikel über kleine Tagesereignisse des Hauses, schafft dazu witzige Illustrationen, wirbt Mitarbeiter und leistet alle reinschriftliche und buchbinderische Arbeit für die Zeitschrift.⁴²

Doch nicht alle Patienten wollten ihre freie Zeit mit ihren Mitpatienten gemeinsam im Tagesraum verbringen. "Ist verstimmt, will sich in seiner arbeitsfreien Zeit nicht mehr im Tagsaal aufhalten. Zu Bett,"⁴³ lautet der Eintrag in einer weiteren Akte. Da es den Patienten – auch wenn es Ausnahmen gab – nicht erlaubt war, ihre freie Zeit am Zellenkorridor zuzubringen, blieb ihnen in dieser Zeit – zumindest offiziell – lediglich die Option, sich ins Bett zu legen. Ausnahmen scheinen aber auch diesbezüglich die Regel gewesen zu sein.

Abgesehen von den therapeutischen Effekten der gemeinsam verbrachten Freizeit für den Einzelnen sollte diese Zeit auch das gemeinsame Miteinander fördern und stärken – denn nicht immer ging es so harmonisch zu, wie die beschriebenen Aspekte glauben machen. Schlägereien,

⁴⁰ StHA 352-8/7, Sig. 12789: Eintrag vom 01.02.1920.

⁴¹ StHA 352-8/7, Sig. 13257: Eintrag vom 28.02.1921.

⁴² StHA 352-8/7, Sig. 13257: Eintrag vom 15.08.1922.

⁴³ StHA 352-8/7, Sig. 13116: Eintrag vom 12.02.1928.

Streit, Missstimmungen unter den Patienten genauso wie zwischen Patienten und Pflegern gehörten ebenfalls zur täglichen Praxis, die aber durch die gebotenen Unterhaltungen, durch die damit angestrebte Stärkung der Anstaltsgemeinschaft nach Möglichkeit eingedämmt werden sollten.

Sollbruchstellen des Zusammenlebens

In der Alltagspraxis der forensischen Abteilung in Langenhorn gab es aber auch sogenannte Sollbruchstellen des Zusammenlebens, die sich die Eigenschaft teilen, dass sie das System der Anstalt – hier im Speziellen das System der gesicherten Häuser – (mit-)konstituierten und gleichzeitig gefährdeten. Sollbruchstellen, wie die im Folgenden angeführten, gewährten die Kontinuität des Systems und hielten zugleich Potenziale der Destabilisierung desselben bereit, brachten das System in ihrer je spezifischen Form hervor und stellten es zugleich in Frage.⁴⁴

Sollbruchstellen I: Die Arbeit der Patienten

Da die Vorteile der Beschäftigung der Patienten in den Werkstätten und in den Gärten der gesicherten Häuser die Nachteile derselben überwogen und – wie es scheint – für die wirtschaftliche Produktivität der Anstalt eine Notwendigkeit darstellte bzw. die Arbeitsleistung der Patienten für die Ökonomie der Anstalt nicht unwesentlich war, mussten zwangsläufig sogenannte Sollbruchstellen, wie sie in ihrer Funktion eben kurz skizziert wurden, in Kauf genommen werden. So war es unter anderem die als notwendig erachtete Arbeit der Patienten in den Werkstätten der gesicherten Häuser, die wiederum den Zugriff auf Werkzeuge und Materialien erleichterte, die von den Patienten während der Arbeit heimlich entwendet, zu Waffen umfunktioniert oder für Ausbrüche und Ausbruchsvorbereitun-

Vgl. dazu ausführlich die monographische Darstellung, die 2015 als Abschluss des in Fußnote 1 näher beschriebenen DFG-Projekts zur Arbeitstherapie erscheinen wird.

gen genutzt wurden. 45 Obwohl die den Werkstätten vorstehenden Werkmeister oder Pfleger dazu angehalten waren, nach Beendigung der Arbeit den Bestand der Werkzeuge zu kontrollieren, gelang die Entwendung derselben den Patienten immer wieder. Und auch die Arbeit in den Zellgärten barg aus Sicht der Ärzte zwar die Gefahr, dass den Patienten, die Fluchtgedanken hegten, die Umsetzung derselben durch die Arbeit im Freien erleichtert werde - und dennoch gab man ihnen die Möglichkeit, sich in den Gärten zu beschäftigen. So wurde in der Akte eines Patienten berichtet, dass er den "Zellengarten in Ordnung [bringt]" - und schließlich aus demselben entwich. 46 Das Zusammenleben der Patienten in den festen Häusern war ohne Arbeit nicht denkbar, aber die Arbeit und die damit einhergehende, wenn auch beschränkte, Handlungsautonomie der Patienten evozierte zugleich - aus der Perspektive der Ärzte - Übertretungen und Grenzüberschreitungen. Sollten diese eintreten, so lautete die Handlungsanweisung in den meisten Fällen, dass der betreffende Patient von der Arbeit fernzuhalten sei, bis "Einsicht" oder "Besserung" eintraten.

Sollbruchstellen II: Die gemeinsame Unterbringung

Das gemeinsame Zusammenleben der Patienten zu rahmen und zu lenken, stellte auch für die Anstaltsleitung eine Herausforderung dar. Denn vor allem in den Anfangsjahren der Weimarer Republik formierten sich immer wieder Patientengruppen in den festen Häusern, die Ausbrüche sowie Komplotte gegen das Pflegepersonal und die Anstaltsleitung planten und auch unternahmen. In den Augen der Ärzte förderte gerade die Nähe zum Nächsten, sprich die gemeinsame Unterbringung – die bei den "ungefährlichen" Kranken als ein wichtiges therapeutisches Hilfsmittel betrachtet wurde, das dem Einzelnen das Einfügen in die Anstaltsgemeinschaft, das Einordnen in das therapeutische Regime erleichtern sollte – diese Aktivitäten. Daher sollte der vom Pflegepersonal unkontrollierte und intime Kontakt mit den Mitpatienten nach Möglichkeit auf ein Mi-

⁴⁵ StHA 352-8/7, Sig. 14991; Vgl. auch StHA 352-8/7, Sig. 167, Vgl. Bericht aus Langenhorn vom 3. Mai 1922.

⁴⁶ StHA 352-8/7, Sig. 13209.

nimum eingeschränkt werden – zu groß schien den Ärzten die Gefahr und zu sehr zeigte die Erfahrung, dass die Patienten, die sich vielfach schon aus dem Gefängnis zu kennen schienen, sich gegen die Anstalt verbündeten. Gerade die gemeinsame Unterbringung der Patienten in den Schlafzimmern – nicht alle konnten in Einzelzimmer einquartiert werden – erleichterte diese Vorhaben. So gab ein Patient, der mit Mitpatienten schon mehrmals aus der Anstalt ausgebrochen war, auf Befragen an, dass er, als ihm einer der Untersuchungsgefangenen ins Zimmer gelegt wurde, diesem seine Fluchtpläne mitteilte und derselbe sich daraufhin an der Flucht beteiligte.⁴⁷ Gab es den Verdacht auf Flucht, so wurden die betreffenden Patienten – sofern möglich – voneinander getrennt bzw. isoliert untergebracht.

"Sollbruchstellen"48 III: Das Pflegepersonal

"Die besten Anstaltseinrichtungen und die schärfste Krankenkontrolle versagen, wenn die zur Bewachung der Patienten bestellten Leute, Pfleger, mit den Verbrecherischen unter den Kranken gemeinsame Sache machen [...]", formulierte Sierau, seit 1919 Oberarzt der Abteilung für gemeingefährliche Kranke, in einem Schreiben an den Anstaltsdirektor im Oktober 1923. Wie derartige Schreiben, die den Verwaltungsakten beiliegen, sowie Einträge in den Krankenakten zeigen, kann das Konzept der "Sollbruchstelle" auch für das Pflegepersonal in den festen Häusern geltend gemacht werden: Es half dabei, Briefe zu schmuggeln, wurde beschuldigt, "unerlaubte Beziehungen zu den Patienten" zu pflegen, ließ sich von den Insassen in den Werkstätten aus entwendetem Anstaltsmaterial Schuhe und andere Gebrauchsgegenstände anfertigen oder reparieren und gab ihnen im Gegenzug dafür Tabak und Zigaretten.⁴⁹ Für einige der Pfleger hatte

47 StHA 352-8/7, Sig. 13017.

⁴⁸ Da es durchaus despektierlich anmuten kann, das Pflegepersonal als eine "Soll-bruchstelle" zu bezeichnen, setze ich den Begriff hier unter Anführungszeichen.

Vgl. StHA 352-8/7, Sig. 153: Bericht vom 15.10.1923, als Reaktion auf die Erklärung eines Patienten vom 13.10.1923, der zahlreiche Pfleger und Oberpfleger der Bestechung und der Mittwisserschaft bspw. an geplanten Ausbrüchen beschuldigte. Die Erklärung des Patienten findet sich als Abschrift in der Akte.

dies ihre Kündigung zur Folge. Die mangelnde Ausbildung, die schlechten Arbeitsbedingungen und Verdienstmöglichkeiten sowie die Überbelegung der festen Häuser wurden von Seiten der Anstaltsleitung dafür verantwortlich gemacht, dass das Pflegepersonal in den gesicherten Häusern leicht zu bestechen sei und zu Kollaborationen mit den Patienten neige. Vor allem ein Ausbruch von mehreren Patienten im Juni 1921, bei dem die Pfleger erst Stunden später reagierten, erforderte von der Anstaltsleitung Handeln; sie stellte beim Gesundheitsamt den Antrag auf Einstellung weiterer Pfleger, verbunden mit dem Wunsch, das einzustellende Pflegepersonal selbst aussuchen zu können – ohne Vermittlung durch das Arbeitsamt. Dadurch sollte es möglich werden, "dass nur für Krankenbehandlung und Beaufsichtigung gut qualifiziertes Pflegepersonal hier Verwendung findet". Das Gesundheitsamt gab dem Antrag – auch in den folgenden Jahren – nicht statt.

Sollbruchstellen IV: Die Außenwelt / Der Besuch

Als eine weitere Sollbruchstelle in den festen Häusern kann der, wenn auch beschränkte, Besuch der Angehörigen beschrieben werden. Während der Besuche kam es immer wieder zu unerlaubten Schmuggeleien zwischen den Angehörigen und den Patienten: Geschmuggelt wurden vielfach Briefe, aber auch Ausbruchswerkzeuge. So sollten, Angaben eines Patienten zufolge, einem Mitpatienten, der seinen Ausbruch plante, die dafür notwendigen Werkzeuge in Zigarren verpackt während des Besuchs seines Schwagers übergeben werden. Auch mitgebrachte Bücher wurden so bearbeitet, dass in ihnen möglichst unbemerkt bestimmte Objekte geschmuggelt werden konnten.⁵¹ Um diesem Umstand entgegenzuwir-

-

⁵⁰ StHA 352-8/7, Sig. 153: Schreiben des Direktors an das Gesundheitsamt vom 06.10.1921.

Vgl. StHA 352-8/7, Sig. 13225. Eintrag vom 18.10.1922: "Die Durchleuchtung, die bisher wegen Reparatur des Röntgenapparates unterbleiben musste, hat folgendes ergeben: In den Pappdeckeln zweier S. gehörender Bücher sind versteckt 3 Metallsägen und eine Rasierklinge. Das sehr geschickte Verbergen der Sachen wurde so bewerkstelligt, dass aus der Pappe ein Stück von der vollen Grösse des Metallteils herausgeschnitten, der Gegenstand hineingelegt, das Loch mit Papier verschlossen wurde, die ganzen Buchdeckel dann ausserordentlich sorgfältig in einem Fall mit

ken, wurden von Seiten der Anstaltsleitung mitgebrachte oder mitgegebene Gegenstände mit einem Röntgenapparat durchleuchtet – Aufnahmen dieser Praxis finden sich in den Akten. Darüber hinaus wurde, um die fortwährenden Schmuggeleien in den festen Häusern zu unterbinden, 1920 ein Kussverbot bei Besuchen im festen Haus eingeführt. Grund dafür war die Aussage eines Patienten, der die Anstaltsleitung darüber informierte, dass mittels des Kusses in Stanniol gefüllte Kassiber hinausbefördert wurden. Bei den Patienten stieß dieses Verbot auf Missfallen: "möchte [...] das aus Sicherheitsgründen eingeführte Kussverbot aufgehoben haben, da er es gewohnt wäre seiner Braut bei solchen Gelegenheiten innerhalb 5 Minuten 50 Küsse zu verabfolgen", wurde im November 1920 in der Akte eines Patienten notiert. Auch kritische Berichte über die Anstaltsbehandlung wurden über bestimmte Netzwerke nach "draußen" befördert und in der Kommunistischen Wahlzeitung veröffentlicht.

Resümee

Wie der Blick in die Geschichte zeigt, übernahmen die den Patienten gebotenen Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten in der Anstalt vielschichtige Funktionen. Für die Kommunikation nach außen wurden arbeitstherapeutische Maßnahmen mit dem Argument der Resozialisierung, der rascheren Wiedereingliederung der Patienten in die Gesellschaft durch die Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft, begründet. Frühere Entlassungen sollten auch zu einer Entlastung des Staatshaushaltes führen. Für die Anstaltsökonomie waren die überwiegend als "nicht geisteskrank" diagnostizierten Patienten der forensischen Abteilung von zentraler Bedeutung: In den Produktionsstätten, die in den gesicherten Häusern eingerichtet wur-

dem Versatzblatt, in dem andern Falle mit einem aus irgend einer Zeitschrift herausgeschnittenen Bild beklebt worden war." Bei den präparierten Büchern handelte es sich um Werke von Lord Byron (1788-1824), was – mit Verweis auf die von ihm geschaffene literarische Figur des "Byronic Hero", einer Art Anti-Held, der gegen gesellschaftliche Wert- und Moralvorstellungen rebelliert, ohne seine Rebellion auf ein übergeordnetes Ziel zu richten – einer gewissen Ironie nicht entbehrt.

⁵² Vgl. StHA 352-8/7, Sig. 13225, Sig. 15555.

⁵³ StHA 352-8/7, Sig. 13203.

den, konnte ein wichtiger Beitrag zum Gesamtwert der in der Anstalt hergestellten Erzeugnisse und Reparaturen erzielt werden. Die in der Abteilung implementierten Strukturen ähnelten einer "Retorten-Welt", die dem bürgerlichen Alltag, vor allem durch das Wechselspiel von Arbeit und Freizeit und verstärkt durch die räumliche Ausgestaltung, nachempfunden war. Doch zugleich fehlten wichtige Parameter innerhalb der Anstalt, die für die bürgerliche Erwerbsarbeit außerhalb der Anstalt entscheidend waren: Zum Einen war die von den Patienten geleistete Arbeit in der Anstalt keine Ware, es gab für die Arbeitsleistung keinen Lohn, wodurch die entscheidende Sinngebung für Arbeit in der "freien" Arbeitsgesellschaft wegfiel, die Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit ermöglichte. Die Arbeit in der Anstalt wurde therapeutisch begründet, auch wenn sie ihren ökonomischen Nutzen hatte, und richtete sich primär auf die Regulierung des Zusammenlebens. Zum Zweiten fehlte, bezogen auf die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung, die Freiheit, um nach eigenem Gutdünken Kompensationen für die geleistete Arbeit zu schaffen.

Doch die Arbeitsmöglichkeiten und Freizeitangebote der forensischen Abteilung richteten sich nicht (nur) auf das zukünftige Leben der Patienten außerhalb der Anstalt – auch wenn dies in der Kommunikation nach außen betont wurde –, sondern wirkten zuallererst auf das gegenwärtige Leben innerhalb der Anstalt, richteten sich in ihrer (unmittelbaren) Funktion nicht auf die (Arbeits-)Gesellschaft, sondern auf die (Anstalts-)Gemeinschaft, und waren als solche konstitutiv für das Zusammenleben von Patienten, Pflegern und Ärzten. Arbeit wie auch Freizeit übernahmen in der Anstalt eine gemeinschaftsbildende, den Alltag strukturierende und ordnende Funktion, sie sollten aufkommender Langeweile unter den Patienten entgegenwirken, ihre Handlungen kanalisieren und kontrollierbar machen, Komplotte und Aufstände gegen die Anstaltsleitung verhindern.

"Es gibt sogar eine Theatergruppe, die sich einen eigenen Intendanten leistet. Das ist für mich alles zu viel Resozialisierung", kritisierte der Politiker Wolfgang Barth-Völkel 2002 die Verhältnisse in Haus 18 der forensischen Psychiatrie Ochsenzoll, der ehemaligen Staatskrankenanstalt Langenhorn (Sieverding: 2002). Barth-Völkel, zu diesem Zeitpunkt Bürgerschaftsabgeordneter der rechtspopulistischen Schill-Partei in Hamburg, forderte "Sicherheit vor Therapie" – die forensische Psychiatrie

sollte der Aufsicht der Landesbetrieb Krankenhäuser entzogen und der Justizbehörde unterstellt werden, Justizvollzugsangestellte statt therapeutisch ausgebildeter Pflegekräfte sollten die Patienten betreuen, aus Patienten würden Inhaftierte werden. Die Forderung Barth-Völkels wurde nie realisiert, doch zeigt seine Aussage in Konfrontation mit den vorliegenden Ausführungen, wie wichtig eine differenzierte Analyse der vielschichtigen Funktionen therapeutischer Angebote in der Psychiatrie ist. Denn auch wenn die Bestrebungen nach Resozialisierung nur bedingt realisierbar sind, so sind die gebotenen Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten – unabhängig davon, ob sie von den Patienten abgelehnt oder angenommen werden – für das Zusammenleben unterschiedlicher Akteure auf einem geschlossenen Raum von zentraler Bedeutung und in dieser Hinsicht unabkömmlich.

Literaturverzeichnis

- Ankele M (2014) Eine Chronik der Linie. Zur Annäherung zwischen Zentrum und Peripherie am Beispiel der Krankenanstalt Langenhorn bei Hamburg. In: Müller T (Hrsg.) Zentrum und Peripherie in der Geschichte der Psychiatrie. Interdisziplinäre Annäherungen. (erscheint 2014)
- Barthes R (2007) Wie zusammen leben. Simulationen einiger alltäglicher Räume im Roman. Vorlesung am Collège de France 1976-1977. [1. Aufl. 2002] Suhrkamp, Frankfurt a. M..
- Becker P (2002) Verderbnis und Entartung. Eine Geschichte der Kriminologie des 19. Jahrhunderts als Diskurs und Praxis. (= Veröffentlichungen des Max-Planck-Instituts für Geschichte 176) Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Billhardt M, Dahmen G (1993) Statistische Gesamtauswertung der Patientendaten. In: Rönn P, Böhme K, Lohalm U (Hrsg.) Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. (= Forschung Zeitgeschichte 2) Ergebnisse-Verlag, Hamburg, S 471-494.
- Burlon M (2009) Die "Euthanasie" an Kindern während des Nationalsozialismus in den zwei Hamburger Kinderfachabteilungen.

(med. Univ.-Diss.) Hamburg. http://ediss.sub.uni-hamburg.de/volltexte/2010/4578/pdf/Kindereuthanasie_Hamburg.pdf (20.01.2014).

- Eichholz E (2008) Wie macht man bessere Menschen: Die Reform des Hamburgischen Strafvollzuges in der Weimarer Republik. (Univ.-Diss.) Hamburg.
- Exner F (1926) Krieg und Kriminalität. Vortrag, gehalten anlässlich der Universitätsgründungsfeier am 3. Juli 1926 in Leipzig. (= Kriminalistische Abhandlungen 1) Ernst Wiegandt, Leipzig.
- Platen-Hallermund A (1948) Die Tötung Geisteskranker in Deutschland. Aus der Deutschen Ärztekommission beim Amerikanischen Militärgericht. 2. Aufl. 1993, Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Knigge F (1932) Über psychische Störungen bei Strafgefangenen. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 96 (1): 127-148.
- Liepmann M (1930) Krieg und Kriminalität in Deutschland. (= Wirtschafts- und Sozialgeschichte des Weltkrieges 5). Deutsche Verlagsanstalt, Stuttgart.
- Meltzer E (1927) Die neuen Ziele der Psychotherapie. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 29: 117-121.
- Müller Ch (1997) Das Gewohnheitsverbrechergesetz vom 24. November 1933: Kriminalpolitik als Rassenpolitik. Nomos-Verlag, Baden-Baden.
- Müller Ch (2004) Verbrechensbekämpfung im Anstaltsstaat. Psychiatrie, Kriminologie und Strafrechtsreform in Deutschland 1871-1933. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Neuberger Th (1910) Die Irrenanstalt Langenhorn-Hamburg. In: Bresler J (Hrsg.) Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. Marhold, Halle a. S., S 127-140.
- Reiß [o. N.] 1929 Die aktivere Beschäftigungsbehandlung der Heil- und Pflegeanstalten. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 9/31: 105-111.
- Roebel M (2010) Forensische Patient/innen als Opfer der "Aktion T4". In: Rotzoll M, Hohendorff G, Fuchs P, Mundt Ch, Eckart W (Hrsg.) Die nationalsozialistische "Euthanasie" Aktion "T4" und ihre Opfer: Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Ferdinand Schöningh, Paderborn/München/Wien/Zürich.

- Rönn P von (1991) Von der gesundheitspolitischen Marginalisierung zur "Euthanasie": Die Anstalt Langenhorn und ihre Patienten im NS-Staat. In: Bajohr F u.a. (Hrsg.) Zivilisation und Barbarei. Die widersprüchlichen Potentiale der Moderne. Detlev Peukert zum Gedenken. (= Hamburger Beiträge zur Sozial- und Zeitgeschichte 27) Wallstein, Göttingen, S 269-284.
- Rönn P von, Böhme K, Lohalm U (Hrsg.) (1993) Wege in den Tod. Hamburgs Anstalt Langenhorn und die Euthanasie in der Zeit des Nationalsozialismus. (= Forschung Zeitgeschichte 2) Ergebnisse-Verlag, Hamburg.
- Rotzoll M (2013) Gefährdetes Leben. "Eine kollektive Biografie von Langzeitinsassen psychiatrischer Anstalten bis zur nationalsozialistischen "Euthanasie"-Aktion "T4" (unveröffentl. Habil.-Schrift), Heidelberg.
- Schröter S (1994) Psychiatrie in Waldheim/Sachsen (1716-1946): ein Beitrag zur Geschichte der forensischen Psychiatrie in Deutschland. Univ. Diss., Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
- Schurich J (1930) Lebensläufe vielfach rückfälliger Verbrecher. Ein Beitrag zur Frage der Sicherungsverwahrung gemeingefährlicher Gewohnheitsverbrecher. (= Kriminalistische Abhandlungen, Heft 10), Ernst Wiegandt, Leipzig.
- Sieverding N (2002) Haus 18 ist eine tickende Zeitbombe. Die Welt (17.03.2002). http://www.welt.de/print-wams/article601612/Haus-18-ist-eine-tickende-Zeitbombe.html (30. Jänner 2014).
- Simon H (1986) Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. (Nachdruck der Ausgabe de Gruyter, Berlin 1929) Psychiatrie-Verlag, Bonn.
- Vanja Ch (2003) Das Feste Haus Eine Institution zwischen Strafvollzug und Psychiatrie. (= Zeitschrift des Vereins für hessische Geschichte, Bd. 108) 173-194.