



Psychiatrie und Gesellschaft

Psychiatrische Einweisungspraxis
im »Dritten Reich«, in der DDR
und der Bundesrepublik 1941–1963

V&R Academic

Stefanie Coché: Psychiatrie und Gesellschaft

Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft

Herausgegeben von

Gunilla Budde, Dieter Gosewinkel, Paul Nolte,
Alexander Nützenadel, Hans-Peter Ullmann

Frühere Herausgeber

Helmut Berding, Hans-Ulrich Wehler (1972–2011)
und Jürgen Kocka (1972–2013)

Band 218

Vandenhoeck & Ruprecht

Stefanie Coché: Psychiatrie und Gesellschaft

Stefanie Coché

Psychiatrie und Gesellschaft

Psychiatrische Einweisungspraxis im »Dritten Reich«,
in der DDR und der Bundesrepublik 1941–1963

Vandenhoeck & Ruprecht

Gedruckt mit Unterstützung des Förderungsfonds Wissenschaft der VG WORT

Mit 56 Tabellen

Umschlagabbildung:

Klinik für Psychiatrie, Marburg, 1875, Ortenbergstr. 8, Aufnahme vor 1920,
Fotograf unbekannt. © Bildarchiv Foto Marburg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISSN 219) -" #9%
ISBN 978-3-(8)-35200-*

Weitere Ausgaben und Online-Angebote
sind erhältlich unter: www.v-r.de

© 2017, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen,
Theaterstraße 13, D-37073 Göttingen /
Vandenhoeck & Ruprecht LLC, Bristol, CT, U. S. A.
www.v-r.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen
schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Satz: textformat, Göttingen | www.text-form-art.de

Inhalt

Einleitung	9
1. Thema und Untersuchungszeitraum	9
2. Untersuchungsgegenstand – Beschreibung und Eingrenzung	16
3. Methodischer Ansatz, Thesen- und Forschungskomplexe, Aufbau der Arbeit	20
4. Quellen	33
Kapitel I: Historische Rahmenbedingungen der Einweisungspraxis – Psychiatrie, Staat und Gesellschaft bis 1941	39
1. Anstalts- und Kliniktypen	39
2. Zur Funktion der Psychiatrie	42
3. Psychiatrie als Lieferant für staatlich angewandtes Wissen	48
4. Psychiatrisches Wissen als Deutungsfolie für gesellschaftliche Probleme	52
5. Veränderungen in der NS-Zeit bis 1941 und Beginn der Krankenmorde	55
Kapitel II: Staat und Psychiatrie – Rahmenbedingungen und Einweisungsentscheidungen	59
1. Krankenmord und Mangel: Die Einweisungspraxis im Zweiten Weltkrieg	60
1.1 Betroffene und Ärzte bei der Einweisung	63
1.2 Initiierung von Einweisungen durch Angehörige	67
2. Die Einweisungspraxis in der »Zusammenbruchgesellschaft« (1945–1949)	75
3. Neue Wege, fehlende Plätze: Die Einweisungspraxis in der DDR	81
3.1 Unterfinanzierung und Platzproblematik	82
3.2 Veränderungen der Einweisungswege durch Polikliniken und Fachärztegremien	87
4. Strittige Psychiatrie-Funktion und Einweisungspraxis in der Bundesrepublik	93
4.1 Wer gehört in die Anstalt? Diskussionen um Kosten und das Verhältnis von Sicherheit und Krankheit	94
	5

4.2 Patientinnen und Patienten zwischen Ärzten, Verwandten und überfüllten Kliniken	100
5. Zwischen Freiwilligkeit und Zwang, Hilfe und Verwahrung: Einweisungen aus Sicht der Patientinnen und Patienten in der NS-Zeit, DDR und Bundesrepublik	105
6. Zusammenfassung: Rahmenbedingungen, Akteure und Funktion der Anstalt im Vergleich	110

Kapitel III: Gefahr und Sicherheit – Zur Praxis der Zwangseinweisung 113

1. »Gefährdung der öffentlichen Sicherheit«? Zwangseinweisungen im Zweiten Weltkrieg	116
1.1 Soldaten-Einweisungen an Front und »Heimatfront«	118
1.2 Alte Menschen als Gefahr: Radikalisierung der Einweisungspraxis durch Institutionen und soziales Umfeld	121
1.3 Sicherheit, Sexualität und Arbeit: Einweisungen von »asozialen Psychopathinnen«	129
1.4 Interpretation: Zwangseinweisungen im Krieg	137
2. Regelfreier Raum: Die neue Macht der Ärzte und Angehörigen in der DDR	139
2.1 Die Regelung der Zwangseinweisung in der DDR	140
2.2 Ansprüche und Entscheidungen: Die Praxis-Koalition von Anstaltsärzten und Familien	145
3. Richterliche Zwangseinweisung: Neuregelungen und ihre Umsetzung in der Bundesrepublik	150
3.1 Die Neuregelung und ihre Akzeptanz	150
3.2 Informelle Vor-Entscheidungen durch Familien und Ärzte	157
4. Zusammenfassung: Zwangseinweisungspraktiken im Vergleich	160

Kapitel IV: Krankheit und Diagnostik – Medizinische Aspekte der Einweisung 163

1. Der Psychiater als Kenner: Diagnoseklassifikationen und das Krankheitsbild Schizophrenie in der NS-Zeit und der frühen Bundesrepublik	168
1.1 Der Würzburger Schlüssel als Diagnoseraster im »Dritten Reich«	168
1.2 Praxis, Tradition, Lokalwissen: Die Diagnostik-Debatte in der Bundesrepublik	171
1.3 Kontinuitäten und Brüche bei Schizophrenie-Diagnosen in der Bundesrepublik	184

2. Zwischen Tradition, Pavlov und WHO: Vielfältige Diagnoseklassifikationen und das Krankheitsbild Schizophrenie in der DDR	190
2.1 Ärztliche Stellungnahmen zu Diagnoserastern	190
2.2 Schizophrenie zwischen Tradition und Pavlov	196
3. Diagnosepraxis in der Bundesrepublik und der DDR	199
3.1 Psychiater untereinander	200
3.2 Psychiater und andere Ärzte	205
4. Das Verhältnis von Arzt und Patientin/Patient	208
4.1 Informationsfluss von der Familie in die Institution	208
4.2 Ärztliche Diagnosen und Laiendiagnosen	212
4.3 Briefwechsel zwischen Laien und Ärzten	215
4.4 Wissenszirkulation zwischen Ost und West: Laien-Forderungen nach »westlichen« Behandlungsstandards	223
5. Zusammenfassung: Krankheit und Diagnostik im Vergleich	227

Kapitel V: Arbeit und Leistung – Arbeitsfähigkeit und -unfähigkeit
in der Einweisungsargumentation 229

1. An der Schwelle: Arbeit und Anstaltsbedürftigkeit 1941–1963	232
1.1 Inklusion und Exklusion: Arbeit in den Einweisungsargumentationen der Familien im Krieg	232
1.2 Arbeitskraft wiederherstellen, Arbeitsabläufe sicherstellen: Familiäre Einweisungsargumentationen in der Bundesrepublik	238
1.3 Ein zweiseitiges Schwert: Arbeit in den Einweisungsargumentationen der DDR	241
2. Das gesunde Selbst im Zweiten Weltkrieg, in der DDR und der Bundesrepublik	247
2.1 »Überarbeitung« in der Kriegszeit und der frühen Bundesrepublik	247
2.2 Arbeitsfähigkeit als Zeichen von Gesundheit im Zweiten Weltkrieg und der Bundesrepublik	251
2.3 Arbeitsfähigkeit und »Überarbeitung« in der DDR	255
2.4 Interpretation: Unterschiedliche Vorstellungen in Ost und West	260
3. Arbeit und Leistung aus ärztlicher Sicht zwischen 1941 und 1963	263
3.1 »Psychopathie« als Diagnose in der NS-Zeit	265
3.2 Managerkrankheit, »Psychopathie«, »Erschöpftheit«: Medizinische Deutungen von »Überarbeitung« in der Bundesrepublik	268
3.3 »Überarbeitete« Diagnostik: Ein neuer wissenschaftlicher Diskurs mit Folgen für die psychiatrische Praxis in der SBZ/DDR	277
4. Zusammenfassung: Arbeit und Leistung im Vergleich	291

Fazit	295
-----------------	-----

Dank	313
Anhang	315
Abkürzungen	317
1. Statistische Auswertung des Einweisungswegs	319
1.1 Tabellen Einweisungsweg 1941 bis Kriegsende	319
1.2 Tabellen Einweisungsweg Kriegsende bis einschließlich 1949 . .	326
1.3 Tabellen Einweisungsweg 1950 bis 1955	332
1.4 Tabellen Einweisungsweg 1956 bis 1963	336
2. Weitere Statistische Auswertungen	341
Quellen- und Literaturverzeichnis	343
Quellen	343
Literatur	345
Register	363

Einleitung

1. Thema und Untersuchungszeitraum

Die Schwelle zur Anstalt überschritt Martina R.¹ im März 1946. Die 36-Jährige erschien zur Aufnahme in die Landesheilanstalt (LHA) Marburg, begleitet von ihrer Schwiegermutter. Damit wurde aus der vierfachen Mutter eine psychiatrische Patientin. »Pat. leidet seit einigen Tagen an depr. Verstimmungszuständen«,² lautete der hausärztliche Befund, auf dem die Überweisung zur »stat. Behandlung u. fachärztlichen Begutachtung«³ basierte. Auch die Schwiegermutter gab zu Protokoll, die »Pat. sei schon etwa seit 8 Wochen schwer deprimiert. Gestern hatte sie eine Art Wutanfall ihrem Kind gegenüber.«⁴ Dennoch folgte die Einweisung keinem medizinischen Automatismus: Martina R. unterschrieb bei ihrer Aufnahme eine Freiwilligkeitserklärung – es handelte sich also um eine zivile Einweisung. Ihre Schwiegermutter erläuterte die Situation folgendermaßen: »Sie bringe ihre Schwiegertochter her, da die Aertzin gesagt habe, man könne die Verantwortung nicht mehr tragen. Bis man von einem der eigenen Familie sage, er sei geistig nicht mehr normal, brauche es wohl so seine Zeit, da man es ja selbst nicht wahr haben wolle.«⁵ Für den Behandlungsbedarf lieferte die Schwiegermutter eine psychologisierende Erklärung, die unmittelbar auf die spezifischen zeithistorischen Bedingungen rekurrierte: »Für das zarte Persönchen waren auch die Schicksalsschläge in der letz. Zeit zu gross: Ihr Mann ist als SS-Angehöriger noch in einem polit. Lager, hat gleich zu Anfang seine Stellung verloren, sein Vermögen ist beschlagnahmt, auch die Eltern der Pat. haben alles verloren. [...]«⁶

Insofern zeigt der Fall Martina R. exemplarisch: Bei psychiatrischen Einweisungen handelt es sich um komplexe Aushandlungsprozesse verschiedener

1 Alle Patientennamen sowie Namen der Angehörigen sind anonymisiert. Die Namen der Ärzte, die in den Anstalten arbeiteten, sind abgekürzt, wenn Teile der Patientenakten wiedergegeben werden. Ärztenamen aus Publikationen hingegen werden genannt. Wenn einzelne Patientinnen und Patienten und ihre Familien in der Arbeit mehrmals und ausführlich als Beispiel herangezogen wurden, wurden auch Ortsnamen anonymisiert.

2 LHA Marburg, Patientenakte Sign. 16K10740F, Attest v. 15.3.1946, LWV Hessen, 16. Abkürzungen sowie Rechtschreib- und Grammatikfehler in den Zitaten aus den Krankenakten werden unverändert wiedergegeben, um möglichst nahe am Original zu bleiben.

3 Ebd.

4 Ebd., Angaben d. Schwiegermutter v. 15.3.1946.

5 Ebd.

6 Ebd.

institutioneller und nicht-institutioneller Akteure, deren Argumentationen variieren. Die Analyse sowohl der jeweiligen Akteurskonstellation und Verlaufsstruktur als auch der inhaltlichen Begründungen verschiedener Akteure machen psychiatrische Einweisungen zu einem gewinnbringenden Gegenstand einer historischen Arbeit: Wer wurde warum eingewiesen – und unter wessen Mitwirken? Was sagt dies über Vorstellungen von »Normalität«, Sicherheit, Krankheit und Gesundheit in einer Gesellschaft aus? Hierbei gilt das Kerninteresse der Studie der psychiatrischen Einweisungspraxis zwischen 1941 und 1963 in drei spezifischen Zeit-Räumen und fragt damit nach alltags- und wissenschaftsgeschichtlichen Kontinuitäten und Brüchen vom »Dritten Reich« in die beiden deutschen Nachfolgestaaten: Wie und warum kamen Menschen während des Zweiten Weltkrieges, in der frühen DDR und Bundesrepublik in eine psychiatrische Anstalt oder Klinik? Was sagt dies über die jeweiligen Gesellschaften aus?

Der Untersuchungszeitraum beginnt in der Kriegszeit, die als besonders aufschlussreich für die Analyse von Exklusionsmechanismen im Nationalsozialismus gelten kann. Der Krieg beschleunigte eine »Radikalisierung hierarchisierender, selektierender und ausgrenzender Handlungsmuster im Umgang mit Patienten.«⁷ Das Jahr 1941 bietet sich aus zwei Gründen als Anfangspunkt der Untersuchung an. Spätestens seit den öffentlichen Reden Bischofs von Galens kann davon ausgegangen werden, dass in der Bevölkerung Wissen über die Krankenmorde zirkulierte,⁸ die nach dem Stopp der Aktion T4 dezentralisiert durchgeführt wurden.⁹ Einweisungsentscheidungen nach dem Ende der Aktion T4 sind vor dem Hintergrund dieses Wissens zu interpretieren.¹⁰ Außerdem stellt das Jahr 1941 in mehrfacher Hinsicht eine Kriegswende dar,¹¹ die die Situation an der »Heimatfront« veränderte. In Erinnerung an die Kriegsverdrossenheit der eigenen Bevölkerung während des Ersten Weltkrieges bemühte sich das nationalsozialistische Regime im Zweiten Weltkrieg zunächst um größtmögliche Normalität an der »Heimatfront«. Die Kriegswende des Jahres 1941

7 Süß, *Medizin im Krieg*, S. 191.

8 Zum Wissen um die Krankenmorde, vgl. zusammenfassend z. B.: *Brink*, S. 327 ff.; *Aly*, *Be-lasteten*, S. 266 ff.

9 Die Aktion T4, der staatlich organisierte Mord an körperlich und geistig »behinderten« Menschen, begann um die Jahreswende 1939/1940 und wurde offiziell am 23. August 1941 eingestellt, wohl auch durch öffentliche Proteste katholischer Geistlicher. Allerdings gab es ab August 1942 eine Wiederaufnahme der Morde, diesmal nicht staatlich zentral, sondern dezentral, unterschiedlich nach Region und Anstalt, vgl. u. a.: *Pohl*, S. 30 f.; *Schmuhl*, S. 295–331.

10 Die Psychiatriegeschichte des Nationalsozialismus lässt sich in drei Phasen einteilen, deren dritte Phase 1941 mit dem Ende der Aktion T4 begann. Vgl. zur Einteilung: *Ebd.*, S. 315.

11 Mit dem deutschen Überfall auf die Sowjetunion, dem Scheitern des »Blitzkrieg«-Konzepts und schließlich dem Kriegseintritt der USA veränderte sich die gesamte Kriegsdynamik und im Zusammenhang mit der Verstetigung des Krieges auch die Situation an der »Heimatfront«. Im Gesundheitswesen war ab etwa 1941/42 die Krankenhausversorgung der Zivilbevölkerung nicht mehr gesichert, vgl.: *Süß*, »Volkskörper«, S. 210.

fürte jedoch dazu, dass nun kriegspragmatischen Anliegen Vorrang eingeräumt wurde. Vor diesem Hintergrund unterlagen sowohl die Anstalten als auch die Bedingungen der Einweisungspraxis einem Wandel: Es wurden zunehmend psychiatrische Betten für versehrte Soldaten zweckentfremdet. Zudem sind die zahlreichen Verlegungsaktionen zwischen den einzelnen Anstalten im Rahmen der »Aktion Brandt« zu berücksichtigen, die 1942 begann.¹² Der Untersuchungszeitraum endet, bevor die Forderung nach Psychiatriereformen in Ost- und Westdeutschland weite Verbreitung fand. Für die Festlegung des Endes der Untersuchungszeit dienen die sogenannten »Rodewischer Thesen« als Anhaltspunkt, eine 1963 verfasste Auflistung von Reformforderungen für die Psychiatrie in der DDR. Für die Bundesrepublik lässt sich kein den Rodewischer Thesen vergleichbares Ereignis vor der Psychiatrieenquête festmachen, die jedoch bereits ein Ergebnis längerer öffentlicher und fachlicher Debatten war. Die Rodewischer Thesen eignen sich vor diesem Hintergrund auch deswegen als Zäsurdatum, weil auf der entsprechenden Tagung in Rodewisch auch Psychiater aus der Bundesrepublik teilnahmen.¹³

Die Einweisung Martina R.s steht für die Umbruchs- und »Zusammenbruchsgesellschaft«¹⁴ in den ersten Nachkriegsjahren. Im Verlauf der Krankengeschichte Martina R.s werden zahlreiche Eindrücke und Bewertungen ihrer Verwandten wiedergegeben, inwiefern das Verhalten der Patientin nicht dem erwünschten entsprach. Es wurde z. B. angemerkt, dass Martina R. sich ihrer neuen Situation nach dem Verlust von Haus und Eigentum nicht anpasste, indem sie »mit anpackte«. Ihre Cousine meinte, die Patientin habe »weisse Hände vom Nichtstun«.¹⁵ Das Fallbeispiel führt vor Augen, dass sich in der Einweisungspraxis unterschiedliche Kriterien und deren potentiell gender- bzw. schichtspezifische Definitionen überlappten. Die Ärzte befassten sich mit diesen Aussagen und bezogen sich in ihren eigenen Argumentationen auf die Familie. Die Hausärztin verwies auf die Familie und ihren sozialen Stand sowie auf ein der Aufnahme vorausgegangenes Telefongespräch mit einer anderen psychiatrischen Einrichtung, der Universitäts- und Nervenklinik Marburg. Die Schwiegermutter zog die Expertenmeinung der Hausärztin zur Legitimierung des Anstaltsaufenthaltes heran. Den Ausführungen der Schwiegermutter folgen in der Krankenakte Angaben der Patientin selbst. In diesem Fall stammten alle medizinischen Laien, die sich äußerten, aus der Familie, möglich war aber z. B. auch eine Beteiligung von Menschen aus dem Arbeitsumfeld der Patientin oder des Patienten oder von Nachbarinnen und Nachbarn. Es handelte sich bei Martina R.s Aufnahme

12 Die »Aktion Brandt« diente vor allem dazu, Sonderkrankenhäuser zur Behandlung verletzter Soldaten und »Volksgenossen« zu schaffen, indem etwa Altenheime und Psychiatrien einen Teil ihrer Betten zur Verfügung stellen mussten. Zur »Aktion Brandt«, vgl. u. a.: Süß, »Volkskörper«, S. 76 ff.

13 Zu den Rodewischer Thesen, vgl.: Schulz, Rodewischer Thesen, S. 87–100.

14 Der Begriff ist geprägt worden in: Kleßmann, Staatsgründung, S. 37–63.

15 LHA Marburg, Patientenakte Sign. 16K10740F, Eintrag v. 15.3.1946, LWV Hessen, 16

um eine zivile Einweisung, sie hat also bei ihrer Aufnahme eine Freiwilligkeitserklärung unterschrieben. Im Zuge von Zwangseinweisungen konnten anders als in diesem Beispiel auch Polizisten und Juristen in den Einweisungsprozess involviert sein.

Einweisungen hingen nicht von »eindeutigen« oder »objektiven« Kriterien ab, sondern von der Interaktion verschiedener Akteure unter zeit- und kontextspezifischen Gegebenheiten. Die besondere Relevanz der Frage nach dem jeweiligen Verhältnis unterschiedlicher Gründe liegt darin, dass es sich bei Einweisungen um eine der folgenreichsten »Verhandlungen« in modernen Gesellschaften handelt. Das zeitlich mehr oder minder begrenzte Herauslösen von Menschen aus ihren Lebenszusammenhängen durch Aufnahme in eine psychiatrische Anstalt erweist sich als Lackmustest nicht nur für individuelle Freiheit, Autonomie und Lebenschancen, sondern auch für das gesellschaftliche Verständnis von Gesundheit, Normalität, Sicherheit und »Sittlichkeit«.

Entsprechend perspektiviert die Studie nicht nur separiert Einweisungsprozesse während des Zweiten Weltkrieges, in der frühen Bundesrepublik und der DDR, sondern fragt im Sinne eines integrativen Ansatzes auch, was dies über die jeweiligen Gesellschaften aussagt und inwiefern Kontinuitäten und Brüche festgestellt werden können.¹⁶ Über eine Kombination wissenschafts-, justiz- und alltagsgeschichtlicher Ansätze leistet sie einen Beitrag zur deutschen Gesellschaftsgeschichte, der die Verhältnisse in beiden »totalitären« Diktaturen und der westdeutschen Nachkriegsdemokratie im Zusammenhang thematisiert. Dabei liegt das Interesse dieser Arbeit in erster Linie auf der Praxis. Die Analyse der Praxis lässt oft tiefergehende Schlüsse auf die Mechanismen einer Gesellschaft zu, als die alleinige Beleuchtung von Regeln, Konzepten und Intentionen.¹⁷

Einweisungspraktiken fanden an der *Schwelle* zur Anstalt statt. Die Schwelle soll hier entsprechend Cornelia Brinks Definition als »Zone, die dem Innen und dem Außen« der Anstalt angehört,¹⁸ verstanden werden.¹⁹ Diese Grenzzone

16 Die Studie schließt mit diesem Erkenntnisinteresse, eine medizinische Institution auf ihre gesellschaftliche Nutzung zu untersuchen, an klassische Fragestellungen der Sozialgeschichte der Medizin an. Ausführlich zur Sozialgeschichte der Medizin, vgl.: *Labisch u. Spree*, S. 305–321.

17 Ein praxeologischer Ansatz geht von mehreren konkurrierenden Strängen von Handlungswissen aus, die der Handlung nicht im Sinne von Normen und Mentalitäten nur vorgelagert sind, sondern diese qua Handlung generieren, erhalten oder transformieren. Regulatives Wissen ist dementsprechend nur einer von mehreren wichtigen Faktoren. Vgl.: *Reichhardt*, S. 43–65. Grundlegend für praxeologisch ausgerichtete Arbeiten ist: *Bourdieu*, Sozialer Sinn.

18 *Brink*, S. 20. Zur Bedeutung von Schwellenräumen im Kontext von Psychiatrie und Moderne, vgl. auch den Sammelband: *Hess u. Schmiedebach*.

19 Die Auswahl des Untersuchungsgegenstandes entspricht somit der in einem Teil der Foucaultrezeption als Foucaults grundlegende Annahme herausgestellten Erkenntnis, nach der auf Grundlage der Grenzziehung, wie sie an der *Schwelle zur Anstalt* vorgenommen wird, der »soziale Umgang [mit den Ausgegrenzten, d. Vf.] Form und Gestalt« annimmt. Dem folgend ist die Grenzziehung selbst – nicht in erster Linie die Anstalt – ein besonders aussagekräftig-

wurde sowohl von Akteuren innerhalb der Anstalt, also Psychiatern, Neurologen, bei konfessionellen Einrichtungen auch Geistlichen, als auch von Akteuren außerhalb der Anstalt, Patientinnen und Patienten, ihren Familien, Haus und Fachärzten, Polizei und Gerichten in jedem einzelnen Fall mit- und neukonstituiert. Während eine Berücksichtigung des sozialen Umfelds der Patientin oder des Patienten in Arbeiten zum deutschen Sprachraum nur in vereinzelten Aufsätzen zu finden ist, zeigt die Forschung zum englischsprachigen Raum, wie wegweisend Entscheidungen außerhalb der Anstalt im institutionellen Vorfeld für Einweisungen waren.²⁰ Wie sich gesellschaftliche Vorstellungen davon, wofür und für wen psychiatrische Einrichtungen dienen sollten und wie die sich damit verbundenen Inklusions- und Exklusionsprozesse wandelten, ist für die Zeit des Nationalsozialismus, die DDR und die Bundesrepublik bisher allein auf einer regulativen und skandalgeschichtlichen Ebene erforscht worden.²¹ Es existieren insbesondere zum 20. Jahrhundert fast keine Studien, die die Familien und das soziale Umfeld der Patienten mitberücksichtigen.²² Die Arbeit von Cornelia Brink befasst sich vornehmlich mit Regularien zur Zwangseinweisung und Diskussionen hierüber. Gleiches gilt für die vergleichend angelegte Studie zu Bundesrepublik und DDR von Sabine Hanrath. In keiner von beiden werden Patientenakten als Quelle herangezogen.²³ In Folge des öffentlichen Interesses am politischen Missbrauch von Psychiatrien, das sich bereits 1990 an einer Serie der Zeitschrift »Stern« zur Klinik Waldheim entzündete, konzentrierte sich die Forschung zu Psychiatrie in der DDR nach 1989 zuerst auf dieses Thema. Die grundlegende Studie von Sonja Süß konstatiert jedoch, dass es anders als in der Sowjetunion keinen systematischen politischen Missbrauch der

tiges Untersuchungsobjekt für die hier unmittelbar zusammenfallende Gesellschafts- und Psychiatriegeschichte. Vgl.: *Raffnsøe u. a.*, S. 105. Zusammenfassend zu anderen Lesarten von *Histoire de la folie*, vgl. ebd., S. 88 ff. Es ist zu beachten, dass damit lediglich ein auf Foucault zurückgehendes Erkenntnispotential der Grenzziehung als Ansatzpunkt genutzt wird. Das foucaultsche Verständnis der Anstalt und von »Wahnsinn« wird nicht unhinterfragt vorausgesetzt, sondern es werden Einweisungsmechanismen, Handlungskonstellationen und Vorstellungen von Krankheit, Normalität und Sicherheit an sechs konkreten psychiatrischen Institutionen im Zeitraum von 1941 bis 1963 ergebnisoffen analysiert.

20 Vgl. zum englischsprachigen Raum u. a.: *Suzuki; Gründer*. Zum deutschsprachigen Raum: *Nellen u. Suter*, S. 159–181.

21 *Brink; Hanrath*.

22 Ganz anders außerhalb Deutschlands, vgl. u. a.: *Suzuki; Gründer; Vijselaar*, S. 277–294. Zu Deutschland nur: *Lutz u. a.*, S. 97–113; und ansatzweise: *Aly*, Belasteten.

23 Cornelia Brink untersucht öffentliche Diskussionen (»Expertenstreit, Medieninteresse und Laienkritik«), um über diese die Psychiatrie in der Gesellschaft zu verorten. Sabine Hanrath wurde der Zugang zu den Patientenakten der von ihr untersuchten beiden Anstalten nicht genehmigt. Vgl.: *Brink*, S. 29; *Hanrath*, Vorwort. Anders verhält es sich mit der auch mit Hilfe von Krankenakten entstandenen Arbeit von Svenja Goltermann zu Kriegsheimkehrern in der frühen Bundesrepublik: Goltermann schreibt u. a. auf der Basis von Patientenakten die Geschichte »traumatisierter« Kriegsheimkehrer als Geschichte der Patienten, ihrer Familien, ärztlicher Diagnose- und Krankheitsmodelle und gesellschaftlicher Popularisierung im Spielfilm. *Goltermann*.

Psychiatrie in der DDR gegeben habe.²⁴ Darüber hinausgehende Studien finden sich v. a. im englischsprachigen Raum und sind meist psychologie-, nicht psychiatriegeschichtlich ausgerichtet.²⁵

Diese Studie fragt daher erstmalig danach, wie sich die Machtverhältnisse bei Einweisungen zwischen unterschiedlichen Akteursgruppen – institutionellen sowie nicht-institutionellen – in den jeweiligen konkreten historischen Kontexten in der Mitte des 20. Jahrhunderts ausgestalteten und welche Handlungsspielräume jeweils vorhanden waren.²⁶ *Macht* wird relational verstanden, mithin als ein soziales Verhältnis. Als solches ist Macht nicht statisch, sondern ein »dynamisches Phänomen«, in dem »sich die Relation zwischen einzelnen Personen, Gruppen oder Institutionen auf Grund ihrer asymmetrischen und wechselseitigen Beziehungen beständig verändern.«²⁷ Es wird also ein weiter Machtbegriff zugrunde gelegt, um die Akteure in der Einweisungspraxis in ihren Beziehungen zueinander zu erfassen. Zugleich lässt sich so die in unterschiedlichem Maße gegebene Offenheit der Einweisungssituation selbst in eigentlich geregelten Zwangseinweisungen betonen. Der gewählte Zugang ermöglicht daher eine differenzierte Untersuchung unterschiedlicher beteiligter Gruppen. Hier wären insbesondere Psychiater in Anstalten und in Universitätsklinken, Amtsärzte in Gesundheitsämtern, Krankenhausärzte und niedergelassene Ärzte zu nennen. Auch das Verhältnis von medizinischen Institutionen und Polizei gerät in den Fokus.²⁸ Darüber hinaus kann eigensinniges Verhalten der Verwandten der Patientin oder des Patienten in der Einweisungspraxis untersucht werden. Im Anschluss an Alf Lüdtke erfolgt dabei ein Rückgriff auf den Begriff *Eigensinn*, um Handlungen von Patientinnen und Patienten und ihren Familien zu analysieren. Es wird gezeigt, dass sie auf vielfältige Weise eigensinnig im Einweisungsprozess agierten, indem sie Einweisungen initiierten, Chancen zur Einweisung ergriffen, sich Argumentationsmuster aneigneten, diese neu nancierten oder transformierten.²⁹

24 Süß, Politisch mißbraucht?

25 Vgl. v. a.: Ash, S. 286–301; Eghigian, S. 181–205; Leuenberger, S. 261–273; vgl. auch: Grashoff.

26 Zur Forderung, Machtverhältnisse in der Psychiatriegeschichte prominent zu berücksichtigen, vgl. auch: Engstrom u. a., S. 10.

27 Imbusch, S. 10. Es wird hier bewusst kein Bezug zu Foucault hergestellt. Zwar ist der Foucaultsche Machtbegriff ebenfalls ein relationaler. Allerdings wird in dieser Studie die Interpretation der Machtverhältnisse für die Moderne von Foucault nicht als gegeben vorausgesetzt. Es wird daher nicht von vorneherein davon ausgegangen, dass Macht im 20. Jahrhundert im Allgemeinen in einem solchen Maß in den Händen von Wohlfahrtsstaaten oder Gesundheitsexperten geballt gewesen sei, dass die foucaultschen Begriffe der »Gouvernementalität« oder »Biomacht« als Schlüsselbegriffe die Analyse leiten könnten. Zur Macht der Wohlfahrtsgesellschaft und damit verbundenen Sicherheitsregimes und zur regulierenden Macht der Biopolitik, vgl.: Foucault, Sicherheit; ders., Biopolitik.

28 Zur Zuständigkeit von Polizei über den Bereich »öffentliche Sicherheit« hinaus vgl. den Sammelband: Lüdtke, »Sicherheit«.

29 Ders., Eigen-Sinn, S. 15.

Damit unterscheidet sich die Konzeption der Studie von einer stark diskursorientierten foucaultschen Tradition der Psychiatriegeschichtsschreibung, aber auch von der durch Erving Goffman geprägten Lesart, in der die Patientinnen und Patienten zwar als Akteure analysiert werden, jedoch immer in der Position der Reagierenden verbleiben.³⁰ In dieser Studie geht es hingegen darum, die Machtverhältnisse aller beteiligten Akteure bei Einweisungen in sechs psychiatrische Einrichtungen unter den spezifischen Bedingungen des Zweiten Weltkriegs, der frühen DDR und Bundesrepublik ergebnisoffen zu untersuchen, also dezidiert auch die Eingewiesenen selbst und ihr soziales Umfeld zu berücksichtigen. Diese Konzeption eröffnet eine selten gegebene Möglichkeit, Inklusions- und Exklusionsprozesse nicht-institutioneller Akteure in der Kriegs- und Nachkriegszeit in den Blick zu nehmen.³¹

Die Studie folgt der These, dass das Verhältnis von Institutionen und Laien am adäquatesten mit dem in der englischsprachigen Forschung etablierten push-and-pull-Modell beschrieben werden kann. Es wird diesem Modell entsprechend angenommen, dass Einweisungen nicht ohne die Beteiligung von Mediziner*innen und Polizei einerseits und Familien und sozialem Umfeld andererseits erklärt werden können. Bisher findet das push-and-pull-Modell keine Anwendung in Studien zur Zeit nach dem Ersten Weltkrieg.³² Diese Studie bietet daher eine alternative Deutung zur Rolle der Psychiatrie in der Mitte des 20. Jahrhunderts. Aus der praxeologischen Perspektive verschieben sich etablierte Relevanz- und Agency-Zuschreibungen: Die Bedeutung staatlicher Zwangsmaßnahmen sowie regulativen und wissenschaftlichen Wissens verschwindet nicht, aber tritt im Verhältnis hinter der Relevanz von Alltagswissen und Machtverhältnissen in sozialen Mikrokosmen zurück. Etablierte Narrationen und Forschungsschwerpunkte für alle drei Systeme lassen sich so hinterfragen: Erstens stellt diese Studie fest, dass sich die Einweisungspraxis während des Zweiten Weltkrieges unter maßgeblicher Beteiligung der Bevölkerung trotz Wissens um die Krankenmorde radikalisierte. Bisher gerieten nicht-institutionelle Akteure kaum ins Blickfeld der psychiatriegeschichtlichen Forschung zur NS-Zeit.³³ Zweitens birgt der Fokus der Forschung auf Regeln und öffentliche Debatten gerade für die Bundesrepublik die Gefahr, die Geschichte

30 Goffman. Zur Diskussion um Goffman, vgl. auch den Sammelband: *Bretschneider u. a.* Einen detaillierten Forschungsstand zu Patienten und ihren Familien als Akteuren bietet: *Gründler*, S.6 ff.

31 Zum sozialen Mikrokosmos in der Nachkriegszeit, vgl.: *Seegers*, S. 87–90; als Schnittstelle von Privatheit und Institution im NS ist bisher vor allem die Gestapo eingehender erforscht worden, vgl. u. a. die beiden Sammelbände: *Paul u. Mallmann*, *Gestapo*; dies., *Gestapo im Zweiten Weltkrieg*. Am Institut für Zeitgeschichte wird im Projekt »Privatheit im Nationalsozialismus« diese Schnittstelle untersucht: <http://www.ifz-muenchen.de/aktuelles/themen/das-private-im-nationalsozialismus/>. Zur Bundesrepublik, vgl.: *Hähner-Rombach*.

32 Vgl. Studien bis zum Ersten Weltkrieg: *Finlane*; *Walton*, S. 1–21; *Wright*, S. 137–155; *Suzuki*; *Gründler*.

33 Detailliert zum Forschungsstand vgl. Punkt 3 in dieser Einleitung.

der Psychiatrie als Meistererzählung von der zwangsweisen Wegsperrung zur Enthospitalisierung seit den 1970er Jahren zu zeichnen. Die praxeologische Perspektive zeigt jedoch, dass auch in den 1950er und 1960er Jahren Anstalten aus verschiedensten Gründen und auch für sehr kurze Aufenthalte genutzt wurden. Die Schlagworte »Zwang« und »Wegsperrungen« allein erzeugen ein verzerrtes Bild der Einbettung der Psychiatrie in die Gesellschaft. Wichtige andere Faktoren waren unter anderem die Hoffnung auf medizinische Hilfe oder die Erwartung, die eigene Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Drittens zeigt eine Untersuchung der Einweisungspraxis, dass in der DDR Einweisungen gegen den Willen des Patienten in der Regel ohne jegliche staatliche Intervention stattfanden. Hier stellen die Ergebnisse einer praxeologischen Studie etablierte Deutungsmuster zum Verhältnis von Herrschaft und Gesellschaft in Frage.³⁴

2. Untersuchungsgegenstand – Beschreibung und Eingrenzung

Die Arbeit konzentriert sich auf die Einweisung »erwachsener« Patientinnen und Patienten. Hierbei wird nicht die gesetzliche Volljährigkeit zugrunde gelegt,³⁵ sondern es werden alle Eingewiesenen berücksichtigt, die auf den Erwachsenen-Stationen untergebracht waren. Darunter fielen oft auch Jugendliche etwa ab dem Alter von 16 Jahren.

Der Prozess stationärer Einweisungen in eine psychiatrische Einrichtung kann analytisch in drei aufeinander folgende Schritte unterteilt werden. Einer Entscheidung zur Einweisung folgten die formale Initiierung der Aufnahme und schließlich der Eintritt der Patientin oder des Patienten in die Anstalt. Die Einweisungsentscheidung endete mit der offiziellen Veranlassung der Einweisung, die im Untersuchungszeitraum ärztlich, polizeilich oder richterlich sein konnte. Gleichzeitig war dieser Beschluss bereits Teil der formalen Initiierung der Einweisung. Die Aufnahme selbst beschreibt den räumlichen Eintritt in die Klinik oder Anstalt und war im Zweiten Weltkrieg und in der Bundesrepublik fast immer der Einweisungsentscheidung nachgelagert. Nur in der DDR konnten Einweisungsentscheidung und Aufnahme zeitlich und örtlich zusammenfallen. Die Aufnahme wird hier nur dann thematisiert, wenn sie mit der Einweisungsentscheidung zusammenfiel, da die Anstalt als Ort nicht Thema der Arbeit ist.³⁶

34 Detailliert zum Forschungsstand vgl. ebd.

35 Während des Nationalsozialismus und in der frühen Bundesrepublik lag die Volljährigkeit bei 21 Jahren. In der DDR wurde sie bereits im Mai 1950 auf 18 Jahre herabgesetzt. <http://www.verfassungen.de/de/ddr/volljaehrigeitsgesetz50.htm> (letzter Zugriff: 16.12.2013).

36 Dementsprechend wird im Folgenden auch nicht diskutiert, ob und inwiefern es sich bei den in dieser Arbeit untersuchten psychiatrischen Einrichtungen um »totale Institutionen« handelt. Zur Diskussion um die Brauchbarkeit des Konzepts von Goffman, vgl.: *Watzka*, S. 25–56.

Zentraler Gegenstand der Analyse ist die Einweisungsentscheidung. Auch die formale Initiierung der Aufnahme steht nicht im Fokus, da sie sich in allererster Linie zwischen Institutionen ohne Einwirkungen der Eingewiesenen oder ihres Umfeldes abspielte. Zudem fand zwischen den Institutionen normalerweise keine Aushandlung statt, ob der einzuweisende Mensch anstaltsbedürftig sei.³⁷ Allerdings gerät sie in den Blick, wenn sie für konkrete Einweisungsentscheidungen eine Rolle spielte oder wenn sie als Voraussetzung der Einweisungspraxis für das Verständnis von Psychiatrie in der jeweiligen Gesellschaft von Bedeutung ist.

Die Einweisungspraxis wird an sechs psychiatrischen Einrichtungen untersucht: der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing-Haar in München, der Landesheilanstalt (LHA) Marburg an der Lahn, den von Bodelschwingschen Anstalten Bethel in Bielefeld, der Sächsischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke zu Untergöltzsch/später Rodewisch im Bezirk Karl-Marx-Stadt,³⁸ der Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz bei Görlitz und der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universitätsklinik Greifswald.³⁹ Die Einrichtungen liegen in verschiedenen Bundesländern bzw. Bezirken, was es ermöglicht regionale Unterschiede und Gemeinsamkeiten herauszuarbeiten. Gleiches gilt für konfessionelle Aspekte: Manche der ausgewählten Anstalten befanden sich in mehrheitlich katholischen Gebieten, wie Eglfing-Haar, andere in hauptsächlich evangelisch bevölkerten Regionen, wie Untergöltzsch. Die Anstalten unterschieden sich auch hinsichtlich ihrer Beteiligung an den Krankenmorden, wengleich die Sterbezahlen in allen Einrichtungen hoch waren.⁴⁰ Sachsen war stark von Verlegungen betroffen und eine regionale Hochburg der Ermordung

37 Die formale Initiierung der Einweisung in staatliche Anstalten spielte sich in allen drei Systemen ähnlich ab: die Kostenübernahme musste beantragt werden, die Gesundheitsämter wurden informiert und der zuständige Kreis, Bezirk oder Provinzialverband/Landeswohlfahrtsverband veranlasste die Einweisung offiziell. Die formale Initiierung von Einweisungen in Universitätskliniken war deutlich unkomplizierter als die in psychiatrische Anstalten. Es waren oft weder die kommunale oder überkommunale Verwaltungsebene (Kreise, Regierungsbezirke, Provinzialverbände) noch die Fürsorgeverbände involviert.

38 Es werden die jeweils zur Zeit der Einweisung gültigen Städtenamen benutzt. Es wird also je nachdem entweder von Chemnitz oder von Karl-Marx-Stadt die Rede sein.

39 Zu allen Anstalten und Kliniken gibt es Literatur, zum Teil jedoch ausschließlich zur NS-Zeit. Zur Nachkriegszeit ist nur die Psychiatrische und Nervenklinik Greifswald und die LHA Marburg erforscht worden. Die Einweisungspraxis ist – außer für den spezifischen Fall von militärärztlichen Einweisungen in die LHA Marburg während des Zweiten Weltkrieges – in keiner der Veröffentlichungen ein Thema. Zu den einzelnen Einrichtungen, vgl.: *Stockdreher*, S. 327–363; *Fischer u. Schmiedebach*; *Sandner u. a.*, Heilbar und nützlich; *Krumpolt*, S. 137–147; *Wagner*, Psychiatrie; *Degen*. Die Krankenakten sind in folgenden Archiven zu finden: Universitätsarchiv Greifswald, Sächsisches Staatsarchiv Chemnitz, Sächsisches Hauptstaatsarchiv Dresden, Archiv Oberbayrischer Landesbezirk, Hauptarchiv der von Bodelschwingschen Stiftung, Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

40 In Sachsen betraf die »Hungerkost« fast die Hälfte aller Patientinnen und Patienten, dies gilt auch für die hier untersuchte Anstalt Untergöltzsch, vgl.: *Faulstich*, Hungersterben, S. 481.

mit Hilfe von Medikamenten.⁴¹ Auch Eglfing-Haar war unter seinem Direktor Hermann Pfannmüller (1886–1961) direkt an den dezentralisierten Krankenhäusern beteiligt. Zu Beginn des Jahres 1943 wurden eigens zwei sogenannte »Hungerhäuser« eingerichtet, in denen die Patientinnen und Patienten bewusst und geplant unterversorgt wurden. Gleichzeitig tötete man Menschen auch hier durch die Überdosierung von Medikamenten. In der LHA Marburg stieg die Sterblichkeit durch Unterernährung bereits vor dem Krieg an. Selektive Ermordung durch gezielte Verabreichung von »Hungerkost« oder Medikamentenüberdosierung gab es – soweit bekannt – allerdings nicht.⁴² Letzteres gilt ebenfalls für die von Bodelschwingschen Anstalten und die Universitäts- und Nervenklinik Greifswald.

Alle Einrichtungen nahmen Männer und Frauen auf und versorgten sowohl städtische als auch ländliche Gebiete.⁴³ Bei der Auswahl fanden zudem unterschiedliche Klinik- und Anstaltstypen Berücksichtigung. Eglfing-Haar und Untergöltzsch/Rodewisch waren Heil- und Pflegeanstalten. Im Gegensatz zu den Heil- und Pflegeanstalten waren die Universitäts- und Nervenklinik Greifswald und die Landesheilanstalt Marburg nicht auf Pflege und Verwahrung ausgerichtet, sondern nahmen Patientinnen und Patienten für einen kürzeren Zeitraum zur Diagnosefindung und Behandlung auf.⁴⁴ Für längere Aufenthalte überwiesen sie ihre Patientinnen und Patienten an Heil- und Pflegeanstalten weiter. Dementsprechend befanden sich jeweils je eine Einrichtung, die auch für Langzeitpatientinnen und -patienten ausgerichtet waren und eine, die kürzeren Aufhalten dienen sollte, nach 1949 in der Bundesrepublik und in der DDR. Zusätzlich werden die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel als evangelische Einrichtung untersucht. In der DDR existierte im Untersuchungszeitraum hierzu kein Äquivalent.⁴⁵ Die Auswahl lässt es zu, Rückschlüsse auf Einweisungsmechanismen in bestimmten Anstaltstypen und Regionen zu zie-

41 Ebd., S. 500.

42 Ebd., S. 540.

43 Eglfing-Haar war zwar ursprünglich für die Stadt München gedacht, während die Anstalt Gabersee dem ländlichen Raum diene. Gabersee wurde jedoch im Januar 1941 geschlossen. Bewusst wurde darauf verzichtet eine Einrichtung in Berlin zu analysieren, da hier vor allem großstädtisches Klientel zu untersuchen gewesen wäre. Zur Anstalt Gabersee, vgl.: *Bischof*, S. 363–379.

44 Ursprünglich war geplant, die Patientenakten der Universitäts- und Nervenklinik Köln zu analysieren, um je eine Universitätsklinik in der DDR und der Bundesrepublik untersuchen zu können. Der Zugang zu den Kölner Krankenakten wurde jedoch verwehrt. Die Landesheilanstalt Marburg stellt eine gute Alternative dar, da sie gerade hinsichtlich der Einweisung ein Funktionsäquivalent darstellt. Vgl. zur spezifischen Ausrichtung Marburgs auf »heilbare« Patientinnen und Patienten den Sammelband: *Sandner u. a.*, Heilbar und nützlich.

45 Konfessionell getragene Einrichtungen übernahmen in der DDR durchaus im großen Stil Pflegeaufgaben. Allerdings lag der Schwerpunkt der Einrichtungen auf Menschen mit körperlichen »Behinderungen« und Kindern. Zur konfessionellen Krankenpflege, vgl.: *Thiekötter*, S. 142 ff.

hen, ohne dass sich daraus ein umfassender Anspruch auf Repräsentativität jeweils für das gesamte Staatsgebiet des »Dritten Reichs«, der Bundesrepublik oder der DDR ergibt.

Kliniken und Anstalten hatten zur Untersuchungszeit psychiatrische und neurologische Abteilungen. Beide finden Beachtung in dieser Studie. Zwar liegt ein Schwerpunkt auf psychiatrischen Erkrankungen, allerdings ist es nicht sinnvoll hier eine strikte Unterteilung vorzunehmen. Kaum ein Krankheitsbild wurde ausschließlich unter psychiatrischen oder allein unter neurologischen Aspekten gefasst.⁴⁶ Dies gilt insbesondere für den Einweisungs- und Aufnahmeprozess, in dem nicht selten Uneinigkeit herrschte, um welche Krankheit es sich handelte. In der Klinik oder Anstalt wurden bei der Aufnahme neurologische und psychiatrische Untersuchungen durchgeführt. Psychiater und Neurologen veröffentlichten in allen drei Systemen in gemeinsamen Zeitschriften und die Lehrbücher dienten beiden medizinischen Subdisziplinen in gleicher Weise. Auch für die medizinischen Laien verlief keine klare Trennung zwischen Neurologie und Psychiatrie. Die Patientinnen und Patienten unterlagen den gleichen Aufnahmeregelungen. Ebenso war die Stigmatisierung von heutzutage meist als neurologisch eingeordneten Krankheiten keineswegs geringer, wie z. B. Epilepsie. So fiel Epilepsie im Nationalsozialismus unter das »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses« (GzVeN). Die nationalsozialistische Propaganda bezog sich sogar sehr prominent auf neurologische Erkrankungen: Es war eine neurologische Erkrankung, die im bekanntesten NS-Propagandafilm für »Euthanasie« »Ich klage an«⁴⁷ gezeigt wurde, Multiple Sklerose (MS).⁴⁸ Zugleich mit dieser gemeinsamen Verhandlung neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen in der Öffentlichkeit und in denselben medizinischen Einrichtungen existierte aber die Unterteilung von Neurologie und Psychiatrie als zwei Subdisziplinen und prägte das Selbstverständnis der Ärzte. Hier ergibt sich ein Spannungsfeld aus naher Zusammenarbeit und teils gemeinsamer Klientel auf der einen Seite und Konkurrenz sowie Abgrenzung auf der anderen Seite.

46 An der Schwelle zwischen Psychiatrie und Neurologie waren z. B. Alterserkrankungen oder Epilepsie angesiedelt. Aber auch »klassisch« psychiatrische Erkrankungen, wie Schizophrenie, wurden auf neurologische Besonderheiten bei den Patientinnen und Patienten hin untersucht.

47 Roth, S. 93–116.

48 Multiple Sklerose ist eine Erkrankung, die durch Entzündungsherde im Gehirn und im Rückenmark zu neurologisch bedingten Ausfallerscheinungen aller Art führen kann. Es kann sich hier z. B. um Lähmungserscheinungen genauso wie um Schwindel oder Magen- oder Nierenprobleme handeln. Auf Grund der vielfältigen Symptomatik blieb die Krankheit oft jahrelang unerkannt. Die Ursache für die Entstehung der Entzündungsherde war unbekannt und es gab keine Heilungsmöglichkeiten. Vgl.: Murray, S. 2.

3. Methodischer Ansatz, Thesen- und Forschungskomplexe, Aufbau der Arbeit

Zur Operationalisierung des Vergleichs

Es handelt sich um eine Studie, die sowohl diachron zwischen dem »Dritten Reich« und den jeweiligen Nachfolgestaaten als auch synchron zwischen DDR und Bundesrepublik vergleicht. Wie in fast jeder vergleichend ausgerichteten Arbeit spielen zudem Elemente des Transfers eine Rolle.⁴⁹ Die komparative Untersuchungsanlage fragt nicht nur nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden, sondern erlaubt es darüber hinaus erstens, nach Kontinuitäten und Brüchen zwischen dem »Dritten Reich« und der DDR und der Bundesrepublik zu fragen, zweitens Fragen gegenseitiger Abgrenzung und Angleichung zwischen den beiden Nachfolgestaaten zu beleuchten, und drittens in transfergeschichtlicher Erweiterung mögliche Prozesse der »Westernisierung« (Bundesrepublik) und »Sowjetisierung« (DDR) zu analysieren. Die Vergleichsebenen bilden die drei Staaten bzw. punktuell die Besatzungszonen. Die Einweisungspraxis wird für die jeweiligen Staaten auf vier ineinandergreifenden Untersuchungsebenen analysiert: der Sicht der Patientinnen und Patienten, ihres sozialen Umfeldes, der Regularien und wissenschaftlichen Diskurse sowie der ärztlichen Praxis. Es handelt sich also nicht um einen Vergleich von Nationalstaaten, sondern um einen intergesellschaftlichen Vergleich.⁵⁰ Nicht zu jeder Frage sind alle vier Untersuchungsebenen zugänglich oder sinnvoll, jedoch wird jede Thematik aus zumindest zwei Blickwinkeln untersucht.⁵¹ Objekt des Vergleichs ist die psychiatrische Einweisungspraxis, die anhand von vier *Tertia Comparationes* in einzelnen Kapiteln verglichen wird: Macht- und Handlungsspielräume in der Einweisungspraxis, Krankheit und Diagnostik, Sicherheit und Gefahr, Arbeit und Leistung. Während diese vier Kategorien auch zur Anordnung der Kapitel dienen, werden die klassischen Analysekategorien *class*⁵², *race*, und *gender* sowie

49 Zur Debatte um Vergleich und Transfer vgl. zusammenfassend, u. a.: *Kaelble; Arndt u. a.*

50 Vgl. zur Kritik an Vergleichen zwischen Nationalstaaten z. B.: *Welskopp*, S. 339–367.

51 Zur Forderung, mindestens zwei unterschiedliche Blickwinkel auf das Untersuchungsobjekt zu nutzen, vgl.: *Werner u. Zimmermann*, S. 618.

52 Eine Unterscheidung zwischen Unter- und Mittelschicht erfolgt in der Arbeit über zwei Kriterien. Dabei geht es nicht um eine differenzierte soziologische Zuordnung etwa in untere, mittlere und obere Mittelschicht, sondern lediglich um eine zweckmäßige Grobunterteilung. Zum einen werden die Berufsangaben als Indikator genutzt. Selbstständige, mittlere und leitende Angestellte, mittlere und höhere Beamte werden zur Mittelschicht gezählt. Bei Ehefrauen und Kindern, die sich in der Ausbildung befinden, wird der Beruf des Ehemanns bzw. des Vaters zu Grunde gelegt. Zum anderen dient die Unterbringungskategorie in der Klinik oder Anstalt als Anhaltspunkt. Die Familien der Patientinnen und Patienten, die in Klasse I oder II aufgenommen wurden, waren – im Gegensatz zu denjenigen der großen Klasse III – nicht auf Unterstützung durch Wohlfahrtsverbände angewiesen. Zur Abgrenzung von Unter- und Mittelschicht auch durch das Kriterium, dass die »Unterschicht« auf die Unterstützung Dritter (Armen- und Fürsorgeverbände) angewiesen ist, vgl.: *Pfister*, S. 1090.

die weniger prominente Kategorie *age* als Querschnittskategorien verstanden, die sich in allen Kapiteln finden. Die Kategorie »Rasse« spielt in dieser Studie eine eher untergeordnete Rolle: Im 1941 einsetzenden Untersuchungszeitraum gab es keine Einweisungen jüdischer Bürger mehr. Von Bedeutung ist die Kategorie *race* daher v. a. im Kontext von »Rassismus nach Innen«. ⁵³

Wesentlicher Vorteil der kapitelgliedernden Kategorien Krankheit und Diagnostik, Sicherheit und Gefahr, Arbeit und Leistung ist, dass sie die Möglichkeit bieten, die vier Untersuchungsebenen in direkte Verbindung zu setzen. Auf diese Weise können Einzelfälle und gesellschaftliche Vorstellungen, Regeln und wissenschaftliche Diskurse verknüpft werden. Die Themen Krankheit, Gefahr, Arbeit, Gender, Schicht und Alter kommen explizit in Anamnesen oder psychiatrischen Gutachten vor. Gleichzeitig sind sie Diskussionsthemen in allen drei Systemen. Somit fungieren sie als Schlüsselkategorien für ein Verständnis der Einweisungspraxis. Über die hierzu querliegende Kategorie Macht- und Handlungsspielräume wird es möglich, die unterschiedlichen Perspektiven auf die Einweisungen, also die der Patientinnen und Patienten, ihres Umfeldes, der Ärzte und die der Regeln und des psychiatrischen Wissens im Zusammenhang zu analysieren.

Es ist zu beachten, dass nicht immer ein Eins-zu-Eins-Vergleich möglich oder gewünscht ist. Stattdessen spiegeln unterschiedliche Schwerpunkte die Relevanz- und Machtverschiebungen: So ist es z. B. für die Kriegszeit sinnvoll, detailliert nach dem Aushandlungsprozess zwischen Polizei und sozialem Umfeld der Patientin oder des Patienten zu fragen. In der Nachkriegszeit hingegen gab es polizeiliche Einweisungen nur noch in sehr viel geringerem Ausmaß, so dass dieser Aspekt hier nicht gleichermaßen weiterführt. Stattdessen ist es erkenntniserweiternd, die Rolle des sozialen Umfeldes im Rahmen des nun vorherrschenden Einweisungsmodus sowie die Wandlungen in den Akteurskonstellationen der Zwangseinweisungen selbst zu untersuchen. Die unterschiedliche Bedeutung der Analysekatégorien in den drei Systemen sowie ihr inhaltlicher Wandel spiegeln sich daher in der Schwerpunktsetzung der Arbeit. Dieses Vorgehen hinterlässt keine Leerstellen, sondern erlaubt es, den Untersuchungsgegenstand seiner jeweiligen Relevanz und Funktion in der Gesellschaft entsprechend zu betrachten und so Veränderungen fassbar zu machen. Es wird die These verfolgt, dass die psychiatrische Einweisungspraxis unmittelbar an die gesellschaftlichen Gegebenheiten angepasst und die Psychiatrie somit multifunktional war. Die veränderte Funktion und Einbettung der Psychiatrie in die Gesellschaft wird in das Narrativ aufgenommen und drückt sich auch in der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung der Kapitel aus. Die Einweisungspraxis und die Funktion der Psychiatrie hingen jeweils mit staatlichen Gegebenheiten, medizinischen Entwicklungen und gesellschaftlichen Bedürfnissen zusammen. Durch den kaum zu überschätzenden Einfluss des gesellschaftlichen Mikrokosmos auf

53 Der Begriff ist durch Ulrich Herbert geprägt worden: *Herbert*, Traditionen des Rassismus, S. 11–29.

Einweisungsentscheidungen ließen sich – so die These – Inklusion und Exklusion an der Schwelle zur Anstalt letztlich nur sehr bedingt staatlich und durch wissenschaftliche Expertise steuern. Die Psychiatrie erweist sich in diesem Sinne als eine Institution, die sich in ihrem Zugang der Eigenlogik wissenschaftlicher Planung entzog.⁵⁴ Heil- und Pflegeanstalten waren gerade nicht auf eine eindeutig bestimmte Klientel oder Thematik festgelegt. Es wird angenommen, dass ebendiese funktionale Vielfalt die anhaltende (und tendenziell steigende) Nachfrage nach psychiatrischer Unterbringung bedingte. Psychiatrische Kliniken und Anstalten dienten demnach weder allein der Disziplinierung oder der Verwahrung noch der Heilung und Besserung oder der Wiedereingliederung in die Arbeitswelt. Sie dienten hierzu jeweils in je unterschiedlichem Maße, je nachdem, wessen Perspektive in den Blick genommen wird.⁵⁵

Thesen- und Forschungskomplexe: Staat und Psychiatrie

Bevor dieser funktionalen Vielfalt und ihrer genauen Ausgestaltung in der Einweisungspraxis zwischen 1941 und 1963 nachgespürt wird, thematisiert Kapitel I *Historische Rahmenbedingungen der Einweisungspraxis* stark zusammenfassend das Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft vom 19. Jahrhundert bis 1941, um eine Grundlage für die empirischen Kapitel zu bieten. Kapitel II *Staat und Psychiatrie* beschäftigt sich vor allem mit zivilen Einweisungen zwischen 1941 und 1963. In der Kriegszeit liegt der Schwerpunkt auf dem ärztlichen und familiären Umgang mit erkrankten Menschen vor dem Hintergrund der Krankenmorde sowie auf dem Umgang der Patientinnen und Patienten mit Überweisungen für stationäre Aufenthalte. Die Polarisierung der Anstaltsnutzung in »Heilen und Vernichten« und die Krankenmorde sind breit erforscht.⁵⁶ Insbesondere zu den Krankenmorden gibt es eine kaum mehr zu überschauende Zahl an Studien.⁵⁷ Im Kontext dieser Arbeit sind Studien, welche versuchen die Krankenmorde breiter gesellschaftlich einzubetten, besonders weiterführend. Gerade diese sind jedoch selten.⁵⁸ Hier kann die Beleuchtung der Einweisungspraxis, die das Vorfeld der Krankenmorde bildete, dazu beitragen, die Psychiatrien als Schauplätze der Krankenmorde – über den Weg zur Einwei-

54 Für die Steuerung moderner Gesellschaften gilt es als typisch, dass sie einer Eigenlogik wissenschaftlicher Planung folgen. Inklusions- und Exklusionsmechanismen werden dieser Vorstellung nach in der »Moderne« durch staatlich anerkannte Experten geregelt. Vgl.: *Dipper*.

55 So hält Eric Engstrom in seinem Überblick über die Forschungslandschaft zur Psychiatriegeschichte als Grundfrage die Frage nach dem Verhältnis – im Gegensatz zu monokausalen Erklärungsansätzen – fest, »whether the historical dynamics of psychiatric care were driven more by professional concerns or by humanitarian imperatives, more by medical interests and corrective technologies or by emotional and psychological needs.« *Engstrom*, *Beyond dogma*, S. 596.

56 Vgl. hierzu ausführlich: *Jütte*.

57 Vgl. u. a.: *Burleigh*; *Faulstich*, *Hungersterben*; *Friedländer*; *Klee*, »Euthanasie«; *Ebbinghaus u. Dörner*; umfassend zum Forschungsstand: *Jütte*.

58 *Lutz*, S. 143–168; *Fuchs u. a.*; *Aly*, *Belasteten*.

sung – an die Gesellschaft zurückzubinden. In diesem Zusammenhang soll die Untersuchung der Einweisungspraxis einen Beitrag zur Analyse der deutschen Kriegsgesellschaft und zur Volksgemeinschaftsdebatte leisten, auch wenn der Begriff »Volksgemeinschaft« in dieser Arbeit nicht als Analysekategorie Verwendung findet. Die Arbeiten zur »Volksgemeinschaft« haben in den letzten Jahren stark zugenommen und umfassen mittlerweile so viele Einzelaspekte wie auch übergreifende Deutungsansprüche, dass zu Recht vorgeschlagen wurde, lieber von Forschungen zur »Gesellschaftsgeschichte des Nationalsozialismus« zu sprechen.⁵⁹ Hier wird diesem Vorschlag gefolgt, auch da die Konzeption der Arbeit als vergleichende, über die NS-Zeit hinausgehende Studie nicht für eine Verwendung eines spezifisch in der NS-Forschung etablierten Begriffs spricht.⁶⁰ Mit dem Interesse für Inklusions- und Exklusionspraktiken wird inhaltlich an Forschungen zu »Volksgemeinschaft« als soziale Praxis angeschlossen, die zur Thematik Inklusion stark an Alf Lüdtkes Konzept von *Herrschaft als sozialer Praxis* und zu Exklusion an Forschungen Detlef Peukerts orientiert sind.⁶¹ Inklusions- und Exklusionsstrategien durch das Prisma der Einweisungspraxis zu analysieren, bietet die Möglichkeit, gesellschaftliche Tiefenstrukturen im Nationalsozialismus in den Blick zu nehmen und so das Wissen über die nationalsozialistische Gesellschaft im Krieg in mehreren Punkten zu vertiefen und einige Annahmen der Volksgemeinschaftsdebatte empirisch zu überprüfen. So wurden in den meisten Arbeiten zur Volksgemeinschaft entweder Inklusions- oder Exklusionspraktiken in den Fokus genommen⁶² oder der Blick wurde ausschließlich auf die an der Ausgrenzung beteiligten Akteure gerichtet, nicht auf die vom Ausschluss Betroffenen.⁶³ Eine Analyse der Einweisungspraxis bietet

59 Dieser Terminus soll die Vielfalt der Forschung nicht auf einen Nenner bringen, sondern der Vielfalt eher gerecht werden. Vgl. hierzu: *Steuwer*, S. 533; *Wildt*, S. 369.

60 Neben der begrifflichen Unschärfe, die durch die Verwendung des Terminus »Volksgemeinschaft« aber nicht explizit gemacht wird, und dem Untersuchungszeitraum, spricht noch ein inhaltliches Argument dafür, den Begriff nicht zu verwenden. Diese Arbeit zeigt inhaltlich, dass, zumindest in der hier in den Blick genommenen Kriegszeit, rationale Eigeninteressen unterschiedlicher Natur für die Einweisungsentscheidungen von nicht zu unterschätzender Bedeutung waren. Hier findet sich entsprechend der soziologischen Terminologie also eher ein Prozess von »Vergesellschaftung« als von »Vergemeinschaftung«. Janosch Steuwer weist darauf hin, dass es gar nicht selten vorkommt, dass Mechanismen, die in diesem Sinne unter »Vergesellschaftung« fielen, unter dem Begriff »Volksgemeinschaft« subsumiert werden und dass dies nicht unbedingt zu einer klaren Begriffsbildung beiträgt. Vgl.: *Steuwer*, S. 516. Zur soziologischen Terminologie, vgl.: *Weber*, *Wirtschaft*, S. 21–23.

61 *Lüdtke*, Einleitung, S. 9–63; *Peukert*; zum über diese Themenbereiche hinausgehenden Feld der Forschungen zur »Volksgemeinschaft« vgl. zusammenfassend: *Steuwer*.

62 Allerdings werden in einigen dieser Arbeiten trotzdem teils recht weitgehende Rückschlüsse über das jeweils nicht empirisch untersuchte Pendant gemacht. So untersucht beispielsweise Kathrin Kollmeier die Disziplinarpolitik der Hitlerjugend, daher Exklusionsprozesse, und kommt zu dem weitreichenden Schluss, dass diese für die Integration in die »Volksgemeinschaft« wesentlich gewesen seien: *Kollmeier*, S. 277.

63 Vgl. zu fehlenden Erkenntnissen zur Perspektive der Ausgegrenzten: *Wildt*, S. 105. Berücksichtigt wird diese Perspektive in: *Meyer*, S. 144–164.

die Möglichkeit, Inklusions- und Exklusionsversuche in einer Studie zu untersuchen und erlaubt es, mittels Egodokumenten die Argumentationsstrategien der Patientinnen und Patienten zumindest in Teilen zu analysieren.⁶⁴ Im Anschluss an Ergebnisse aus Arbeiten zur Denunziation im Nationalsozialismus wird die These vertreten,⁶⁵ dass Grenzziehungen in Alltagsbereichen wesentlich auch durch die Beteiligung nicht-institutioneller und nicht-organisierter Akteure stattfanden.⁶⁶ Hier stellt sich die Frage, ob Unterschiede entlang des sozialen Standes der Patientin oder des Patienten in der Interaktion zwischen Ärzten und Laien eine Rolle spielten. Im 19. Jahrhundert zeichnete sich das Bürgertum im Gegensatz zur »Unterschicht« und der ländlichen Bevölkerung durch Vertrauen in Ärzte und die Hoffnung auf Besserung der Krankheit durch einen Anstaltsaufenthalt aus.⁶⁷ Es ist zu fragen, ob angesichts der Krankenmorde auch im und nach dem Zweiten Weltkrieg eine positivere Haltung der »Mittelschicht« gegenüber Psychiatern festzustellen ist. Zudem soll gezeigt werden, dass es in der Einweisungspraxis keine statische Grenze gab, sondern dass unterschiedliche Akteure die Schwelle zwischen Inklusion und Exklusion aushandelten.⁶⁸ Das Gesundheitssystem der Kriegezeit ist von Winfried Süß mit besonderer Betonung seiner inneren Konkurrenz und seiner Radikalisierung analysiert worden.⁶⁹ Die ärztliche Praxis außerhalb von medizinischen Großeinrichtungen, wie Anstalten oder Krankenhäusern, ist jedoch ebenso wenig erforscht, wie die Perspektive von medizinischen Laien, seien es Patientinnen oder Patienten oder ihre Angehörigen. Die Arbeit kann hier lediglich vereinzelt an bisher in der Forschung hypothetisch gestreifte Fragen zum Verhältnis von Ärzten und Patientinnen und Patienten in der NS-Zeit anschließen.⁷⁰ Es wird herausgearbeitet, dass die Verwandten die Anstalten weiterhin zur Verwahrung

64 Egodokumente sind meist Briefe von Patientinnen und Patienten und Angehörigen. Im Rahmen der Einweisung handelt es sich v. a. um Briefe der später Eingewiesenen, die vor der Aufnahme verfasst wurden, oder von Angehörigen an die Anstalt. Es stellt sich daher nicht die Frage nach dem Umgang mit der Briefzensur.

65 Die Gestapo arbeitete unter anderem so reibungslos, weil etwa die Hälfte der von ihr Verfolgten denunziert worden war. Vgl.: *Mallmann*, V-Leute, S. 268–288; *Diewald-Kerkmann*, S. 288–305; zusammenfassend: *Mallmann u. Paul*, Gestapo, S. 599–650.

66 Viele der zuletzt veröffentlichten Arbeiten zur »Volksgemeinschaft« untersuchen auf irgendeine Weise organisierte Akteure, sei es z. B. die HJ, die NSDAP-Kreisleitungen oder Schützenvereine: *Kollmeier*; *Borggräfe*; *Thieler*, S. 211–225. Gleiches gilt für die anderen Beiträge in diesem Sammelband.

67 *Goldberg*, S. 178.

68 Eine der wenigen Studien, die die Konstruktion von Inklusion und Exklusion in den Blick nimmt, stammt von Birthe Kundrus. Sie zeigt diesen Aushandlungsprozess an der »Definition«, wer im Warthegau als Pole und wer als Deutscher galt. Vgl.: *Kundrus*, *Regime*, S. 105–123.

69 *Süß*, »Volkskörper«.

70 So nimmt Winfried Süß an, dass das Vertrauen zu den Ärzten wahrscheinlich nicht besonders groß war. Zugleich hat er Überlegungen dazu angestellt, ob eine langfristige Bindung zwischen Arzt und Hausarzt eine Umsetzung nationalsozialistischer Ideologie in die ärztliche Praxis verhindert haben könnte. Ebd., S. 373 u. 378.

nutzten. Zum Teil jedoch versuchten sie staatliche Anstalten zu meiden, in der – häufig nicht zutreffenden – Annahme, private Einrichtungen seien sicherer.⁷¹ Aus diesem Grund bemühten sie sich, ihre Verwandten in den hier untersuchten von Bodelschwingschen Anstalten Bethel unterzubringen. Dies erreichten sie oft durch inoffizielle Anfragen in Bethel.

Für die unmittelbare Nachkriegszeit wird nach Veränderungen auf mehreren Ebenen gefragt. Es geraten der materielle Mangel und seine Folgen für die Führung der Krankengeschichten in den Blick und es wird nach den Auswirkungen der »Zusammenbruchgesellschaft« auf die Einweisungspraxis gefragt. Hier geht es um zerrüttete Familienverhältnisse der Vertriebenen ebenso wie um Fragen nach der Funktion psychiatrischer Gutachtertätigkeit. Es wird gezeigt, dass sich die Psychiatrie vor allem nach den Erfordernissen richtete, die aus der Gesellschaft kamen. Anschließend wird untersucht, ob und wie sich Einweisungswege mit den Staatsgründungen veränderten. Zum Aufbau der Gesundheits- und Sozialsysteme in der Bundesrepublik und DDR kann vor allem auf die »Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945« sowie auf Veröffentlichungen von Hans Günter Hockerts, Udo Schagen, Sabine Schleiermacher, Dagmar Ellerbrock und Ulrike Lindner rekurriert werden.⁷² Zum Gesundheitssystem der DDR ist zudem auf die grundlegende Studie von Anna Sabine Ernst zu Ärzten und medizinischen Hochschullehrern hinzuweisen.⁷³ Weder die Alliierten noch einer der beiden deutschen Staaten hatten in den 1950er Jahren großes Interesse an der Psychiatrie; die Anstalt an sich unterlag mit den Staatsgründungen keinen besonderen Neuerungen. Aber galt dies auch für die Wege der Einweisung und für die Funktion der Anstalt? Für wen die mit konstanten Kosten verbundenen stationären Plätze gedacht waren,⁷⁴ wurde in der Bundesrepublik und der DDR thematisiert und dies erlaubt Aussagen über die Verortung der Psychiatrie in den neugegründeten Staaten. Das Kapitel schließt mit einem diachronen Überblick zur Perspektive der Patientinnen und Patienten und der Frage danach, welche Position sie im Einweisungsprozess einnahmen. In diesem Kontext kann unterschieden werden zwischen Zwangseinweisungen und zivilen Einweisungen. Inwiefern ist dies aber aussagekräftig, um sich der Position

71 Vgl. etwa zur auch in dieser Studie relevanten konfessionellen Einrichtung Schönbrunn: *Christians*.

72 Im Rahmen dieser Arbeit besonders relevant sind: *Hockerts*, Sozialpolitische Entscheidungen; *Schagen u. Schleiermacher*, S. 390–435; *Helwig u. Hille*, S. 495–553; *Gitter*, S. 437–452; *Hoffmann u. Schwartz*, Gesellschaftliche Strukturen, S. 75–158; dies., Politische Rahmenbedingungen, S. 1–73; *Schwartz u. Goschler*, S. 589–654; *Conrad*, Alterssicherung, S. 101–116; *Schulz*, Soziale Sicherung, S. 117–150; *Hockerts*, Einführung, S. 7–27; *Hachtmann*, S. 27–55; Ebenfalls weiterführend zu diesem Themenkomplex: *Ellerbrock*; *Lindner*, Gesundheitspolitik.

73 *Ernst*.

74 Bereits in der Weimarer Republik war eine Diskussion um die Kosten der Anstalten entflammte. So wurde u. a. Sterilisation als kostengünstige Alternative zum Anstaltsaufenthalt diskutiert. In der NS-Zeit hatte sich endgültig der Gedanke durchgesetzt, dass in die Psychiatrien Geld fließe, das an anderer Stelle für »wertvolle« gesunde »Volksgenossen« besser ausgegeben werden könnte. Vgl.: *Brink*, S. 208 ff. u. 239.