

## [Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne](#)

Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien

Bearbeitet von  
Sophie Ledebur

1. Auflage 2014. Taschenbuch. 319 S. Paperback  
ISBN 978 3 205 79582 7  
Format (B x L): 17 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Psychologie > Psychologie: Allgemeines > Geschichte der Psychologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

**beck-shop.de**  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

# Ärztlicher Fragebogen

zum Zwecke der Feststellung der Eignung **volljähriger, dispositionsfähiger Nerven-, Gemütskranker** zum freiwilligen Eintritte in

das Sanatorium (\*) der n.-b. Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke „am Steinhof“ in Wien XIII/12

Name: \_\_\_\_\_

Wiener Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistes- und Nervenranke

Pflegung: \_\_\_\_\_

Aufnahmszahl: 330

## Verrechnungsblatt Nr. 1

Datum	Jura Nr.	Gegenstand	Empfang	
			S	z
		Übertrag		1

Name: \_\_\_\_\_

Datum	Journal Nr. 1085/51	Krankheitsgeschichte Nr. I
19. 31	Jahr	

### Harnbefund.

Spez. Gew: \_\_\_\_\_ Reaktion: \_\_\_\_\_

Chloride: \_\_\_\_\_

Eiweiss qual: \_\_\_\_\_ quant: \_\_\_\_\_

Traubenzucker: *neg.* quant: \_\_\_\_\_

Blut: \_\_\_\_\_

Anmerkung: \_\_\_\_\_

Bei der Aufnahme: *Ruhig, Nüchtern, se*

### Bei der Besprechung:

24.VIII. Zeitlich und örtlich mangelhaft ori  
unmöglich, da Pat. taub ist. Sie ha  
ihrem Mann nicht leben können, da  
sei kein Wunder, dass sie deshalb s  
Auf die Frage, ob er sich mit ander  
sie main, er sei nur so grob zu ihr  
sie aber wolle ihn nicht hereinlass

Anstalt: *Steinhof*

## Krankheitsgeschichte Nr. I

Name: \_\_\_\_\_

Journal-Nr. *1113/25*

Abteilung: *Frauen*

Verlegungsstufe: *I*

Angekommen am: *17. August 1925*

als: *Anna B. E.*

Abgegangen am: *12. März 1925*

als: *offiziell entlassen*

Verlegungsdauer: \_\_\_\_\_ Jahre, \_\_\_\_\_ Monate, \_\_\_\_\_ Tage.

Alter und Religion: <i>29. 10. 1876 kath.</i>	Offiz. Diagnose Nr.: <i>III</i>
Stand: <i>Witwe</i>	
Beruf und Stellung: <i>Wäscherin</i>	
Geburtsort: <i>Z. Gollers</i>	Klin. Diagnose: <i>Alkoholis</i>
Geburtsland: _____	

böhlau

# Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne

## Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien

### Sophie Ledebur

Wissenschaft, Macht und Kultur in der modernen Geschichte

Herausgegeben von Mitchell G. Ash und Carola Sachse

Band 5

Sophie Ledebur

# Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne

Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten  
*Am Steinhof* in Wien



2015

BÖHLAU VERLAG WIEN KÖLN WEIMAR

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der Österreichischen Forschungsgemeinschaft,  
der Kulturabteilung der Stadt Wien sowie der Historisch-Kulturwissenschaftlichen Fakultät



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.

Umschlagabbildung: Patientenakten

© WStLA, M. Abt. 209, Otto-Wagner-Spital (Baumgartner Höhe, Steinhof), A11; A13

© 2015 by Böhlau Verlag Ges. m. b. H & Co. KG, Wien Köln Weimar  
Wiesingerstraße 1, A-1010 Wien, [www.boehlau-verlag.com](http://www.boehlau-verlag.com)

Alle Rechte vorbehalten. Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt.  
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist unzulässig.

Lektorat: Gabriele Fernbach, Wien

Umschlaggestaltung: Michael Haderer, Wien

Satz: Carolin Noack, Wien

Druck und Bindung: BALTO print, Vilnius

Gedruckt auf chlor- und säurefrei gebleichtem Papier

Printed in the EU

ISBN 978-3-205-79511-7

# Inhalt

1. Einleitung . . . . .	9
1.1 Die Insel der Unseligen . . . . .	9
1.2 Das Wissen in der Praxis . . . . .	12
1.3 Untersuchungszeitraum und Kapitelfolge . . . . .	19
2. Wissen und Räume. Zur Vor- und Gründungsgeschichte der Heil- und Pflegeanstalten <i>Am Steinhof</i> . . . . .	27
2.1 Die Wiener Institutionen zur Versorgung psychisch Kranker während des 19. Jahrhunderts . . . . .	28
2.2 Die Reform des „Irrenwesens“ . . . . .	41
2.3 Zählen und Bauen. Gefährlichkeit und Erbllichkeit. Zur Frage der steigenden Anzahl psychisch Kranker . . . . .	49
2.4 Psychiatrische Polytechnik: Die Gründung einer ‚modernen‘ Anstalt .	61
3. Anordnungen der Anstaltspsychiatrie: Rationalisierungstendenzen der Moderne . . . . .	77
3.1 Von der äusseren und inneren Ordnung: „Die Zukunft der Irrenpflege liegt in der Spezialisierung der Anstalten“ . . . . .	80
3.2 „Die Beschäftigung der Geisteskranken ist ein wichtiger therapeutischer Faktor“ . . . . .	93
3.3 „Der Irrenwärter bildet einen Theil des Arzneiapparates“: Die Bedeutung der Pflege für die ‚moderne Psychiatrie‘ . . . . .	97
3.4 Medizinisch-administrative Ambivalenzen: Die Aufgabenbereiche der Mediziner . . . . .	105
3.5 „Man sagt daher nicht mit Unrecht, dass bei der Behandlung der Geisteskranken die Anstalt selbst eine Medizin darstellt“: Zum Alltag zwischen Überfüllung und mangelndem Ansehen der Anstaltspsychiatrie . . . . .	113
3.6 Epistemische Räume: Verbindungen zwischen (Anstalts-)Psychiatrie und Rechtsprechung . . . . .	121
3.6.1 <i>Weder gesund noch krank: Die weitreichenden Folgen einer neuen Kategorie</i> . . . . .	123
3.6.2 <i>Forderungen nach neuen Formen institutioneller Versorgung und der Einführung der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“</i> .	130

3.6.3	<i>Exkurs: Der biopolitische Zugriff auf die „minderwertigen Psychopathen“: Der Ruf nach „sichernden Maßnahmen“ und die in diesem Zusammenhang gestellten, eugenisch motivierten Forderungen . . . . .</i>	138
4.	Zur Konstituierung der Grenze. Materialität und Medialität von Krankenakten in der Anstaltspsychiatrie . . . . .	143
4.1	Zu den Akten. Quellenmaterial und historische Analyse . . . . .	145
4.2	Zum Aufzeichnen psychiatrischer Beobachtungen und ihrer strukturellen Bedeutung im Aufnahmeverfahren . . . . .	150
4.3	Das Deckblatt der Krankenakte: Materielle Informationsspeicherung und Kodierung . . . . .	154
4.4	Die „Kranken-Geschichte“ . . . . .	162
4.5	Exkurs: Die Archivierung der Krankenakten: Produkte eines administrativen Vorgangs oder Sammeln psychiatrischer Verdattungen? . . . . .	170
5.	Wissen in Bedrängnis? Zu den Veränderungen in der Anstaltspsychiatrie während des Ersten Weltkrieges und der Nachkriegszeit . . . . .	175
5.1	Öffentlich-rechtliche Erwartungen an die Psychiatrie. Die Entmündigungsordnung von 1916 . . . . .	176
5.2	Kriegsbedingte strukturelle Veränderungen und Versorgungskrise am Steinhof . . . . .	187
5.3	„Der Weltkrieg, der Kriegsausgang und die Psychiatrie“: Der Umgang mit der schwierigen Versorgungslage, die administrativen Änderungen am Steinhof und die Hoffnungen auf einen Neubeginn . . . . .	196
6.	Ein- und Ausschlussverfahren der Anstaltspsychiatrie in den 1920er-Jahren . . . . .	211
6.1	Forderung nach Reformen im „Roten Wien“ . . . . .	211
6.2	Alkoholismus als „der wunde Punkt der Irrenpflege“ . . . . .	215
6.3	Der Ausbau der offenen Fürsorge . . . . .	235
6.4	Arbeitstherapie oder „Zimmer-Industrie“: Professionalisierung der Beschäftigungstherapie? . . . . .	243
6.5	Fürsorge oder medizinische Behandlung? Der institutionelle Fokus auf die Epilepsie . . . . .	249

7. Zusammenfassung . . . . .	261
8. Quellen- und Literaturverzeichnis . . . . .	277
Publizierte Quellen . . . . .	278
Sekundärliteratur . . . . .	293
Personenregister . . . . .	317

## 6. Ein- und Ausschlussverfahren der Anstaltspsychiatrie in den 1920er-Jahren

### 6.1 FORDERUNG NACH REFORMEN IM „ROTEN WIEN“

Im Wiener Verein für Psychiatrie und Neurologie plante man bereits vor Ausbruch des Ersten Weltkrieges Reformen für das ‚moderne Anstaltswesen‘. Zu diesem Zeitpunkt war der Aus- und Neubau zahlreicher zeitgemäßer psychiatrischer Anstalten in fast allen österreichischen Kronländern zwar bereits vollzogen, doch die Zahl der Behandlungsplätze war noch immer zu gering. Vor allem aber galt es, die Aufgaben der psychiatrischen Betreuung weiter zu fassen. So forderte Josef Starlinger, ebenso wie auch viele andere Vertreter seines Standes, 1914 in seinem Referat „Über den gegenwärtigen Stand des Schutzes und der Fürsorge für Geisteskranke“ zusätzliche Versorgungskapazitäten für eine differenzierter zu behandelnde Patientenschaft: Demnach fehlte es in der gesamten Monarchie an öffentlichen Anstalten für „Alkoholiker, Epileptiker, Schwachsinnige, Psychopathen und Kriminelle“.<sup>707</sup>

Derartige Sub-Institutionen waren zwecks Weiterentwicklung der ‚modernen Anstaltspsychiatrie‘ seit einigen Jahren bei den zuständigen Verwaltungen immer wieder eingeklagt worden. Eine fachlich organisierte Fürsorge, sowohl, um prophylaktisch Internierungen zu vermeiden, als auch Kranke nach ihrer Entlassung weiter betreuen zu können, sollte die nun verstärkt sozialpsychiatrisch orientierte Anstaltspsychiatrie ergänzen. Dazu zählten längst nicht nur ein Hintanhalten der Internierungen beziehungsweise umgekehrt die Unterstützung von Rekonvaleszenten, sondern auch Einrichtungen zur Bekämpfung des Alkoholismus, wie Trinkerberatungsstellen, Vereine zur Förderung der Alkoholabstinenz und Trinkerheil- und Trinkerversorgungsanstalten. Das Fehlen spezieller Einrichtungen eigens für „Epileptiker und Schwachsinnige“ galt als große Belastung für Angehörige wie für die Kranken selbst. Die Unterbringung psychisch Kranker, die mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren, blieb, wie im dritten Kapitel ausgeführt, eine sowohl in psychiatrischen als auch juristischen Fachkreisen unverändert breit diskutierte Thematik. Die Frage der Behandlung der angeblich stetig steigenden Zahl der „Psychopathen“ galt als eine in der Natur dieser besonderen

---

<sup>707</sup> Starlinger 1914, 50. Diese Forderung nach speziellen Heimen für „Psychopathen, Alkoholiker und Epileptiker“ findet sich wiederholt in den Quellen. Bloß beispielsweise: Dreikurs 1925, 258.

Erkrankungsart liegende, folglich auch gesondert zu behandelnde, vor allem aber als gänzlich ungelöste Problematik.<sup>708</sup>

Thema der nachfolgenden Abschnitte sind die *Am Steinhof* in den 1920er-Jahren durchgeführten Reformen, die einerseits Folgen der seit der Jahrhundertwende debattierten, eingeforderten und partiell umgesetzten Entwicklungen waren, in die andererseits der sozialreformerische Geist jener Zwischenkriegsepoche hineinwirkte.

Nach Kriegsende kam es, wie im vorhergehenden Kapitel ausgeführt, zu einem generationenbedingten Wechsel in der Leitung. Zudem ging die Verwaltung der Anstalt von der Niederösterreichischen Landesregierung auf das nun eigenständige Bundesland Wien über. Diese Umbrüche in der Anstaltsorganisation gingen einher mit Veränderungen gesamtgesellschaftlicher Natur. Der Erste Weltkrieg gilt als Geburtshelfer des modernen Wohlfahrtsstaates, da er diverse sozialpolitische Reformen und institutionelle Neuerungen nach sich zog.<sup>709</sup> Zu Letzteren zählte vor allem das unmittelbar nach Kriegsende neu gegründete Staatsamt beziehungsweise das – ab 1920 umbenannte – Bundesministerium für Soziale Verwaltung. Dieses setzte seine Prioritäten zunächst im Bereich der Arbeiterschutzbewegung und den Mitbestimmungsrechten für Arbeiter; Armenwesen und öffentliche Fürsorge hingegen waren wichtige Agenden der kommunalen Fürsorgepolitik. Das nach Kriegsende Selbstständigkeit erlangende Bundesland Wien konnte aufgrund der politischen Machtverhältnisse im Vergleich zu den stark agrarisch geprägten Bundesländern eine Sonderrolle einnehmen.<sup>710</sup> Der Durchbruch der modernen Massendemokratie erlaubte es der Wiener Sozialdemokratischen Partei, eine auch im internationalen Vergleich einzigartig starke und stabile politische Majorität zu erlangen, die sie bis zum gewaltsamen Ende der Ersten Republik halten konnte.<sup>711</sup>

Das Fürsorgewesen im „Roten Wien“ unterschied sich von den Reformbewegungen anderer österreichischer Bundesländer durch seinen konzeptionellen Ansatz und seine diversifizierte institutionelle Ausbildung. Die regierenden Sozialdemokraten propagierten die Kommunalpolitik der Gemeinde Wien immer wieder als anschauliches Beispiel für die praktische Überlegenheit sozialistischer Politik – und nicht zuletzt erhoffte man, mithilfe des Erfolgs dieser Reformen die österreichweite Parlamentsmehrheit zu erlangen. Die Schwerpunkte lagen im Bereich der Fürsorge, im Sozial- und

708 Starlinger 1914, 50–52.

709 Vgl. allg. zu den Auswirkungen des Ersten Weltkriegs auf die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates in Deutschland, welche mit der herkömmlichen Armenpflege nicht mehr zu bewältigen waren, zugleich aber der staatlichen Interventionspolitik eine neue Dimension gaben: Sachße, Tennstedt 1988.

710 Melinz, Ungar 1996, 22.

711 Vgl. zu den finanziellen Rahmenbedingungen zur Realisierung der kommunalpolitischen Reformen: Konrad 2008, 230f.

Gesundheitswesen sowie in der Wohnbaupolitik.<sup>712</sup> Julius Tandler, zunächst Unterstaatssekretär im Volksgesundheitsamt und ab 1919 Stadtrat für Wohlfahrt und Gesundheit, prägte maßgeblich das in großem Stil umgesetzte Programm der Kommunalpolitik, welche den Fürsorgebedürftigen ein Recht auf Fürsorge zuerkannte.<sup>713</sup> Sein Fürsorgekonzept orientierte sich am Leitbild eines produktiven, leistungsfähigen „Volkskörpers“ als Ganzem. Dieses Leitbild war keineswegs vage Utopie: Effizienz war dabei ein zentrales Kriterium der Umsetzung, und zwar sowohl auf ökonomische Faktoren als auch auf einzelne Personen bezogen. Der Großteil der Investitionen in die Fürsorge einzelner Personen zielte auf zukünftige Kostenersparnisse und eine kostengünstige wie erfolgsorientierte Verwaltung des „Volkskörpers“, den man in einer sehr radikalen Ökonomisierung des Denkens als „organisches Kapital“ ansah.<sup>714</sup>

Dieser Logik folgend, favorisierte Tandlers präventiv ausgerichtetes Konzept die Jugendfürsorge. Soziales Elend und „körperliche und geistige Minderwertigkeit“ sollten, so sein Programm, bereits im Keim erstickt werden. Hierbei zielte die neue Politik im „Roten Wien“, im Gegensatz zur früheren traditionell repressiven Armenpolizei und der paternalistischen Ausrichtung christlich-sozialer Wohltätigkeit, nun explizit auf normierende gesellschaftliche Integration und Verhaltensanpassung. Die Legitimation der zahlreichen, von oben verordneten, gesundheitspolitischen Präventionsstrategien war ein integratives und gleichzeitig nutzenorientiertes Erziehungsziel: Fürsorgebedürftige sollten zu nützlichen Mitgliedern der Gesellschaft gemacht werden. Julius Tandler differenzierte hierbei klar zwischen „lebenstüchtig“ und „lebensuntüchtig“. Die Budgetpolitik des Wiener Gemeinderats war zumindest unerschwerlich von diesem dualistischen und zugleich ökonomistischen Denken des Volkswohls bestimmt und fand ihren Niederschlag in der Unterscheidung zwischen „bevölkerungspolitisch produktiven“ und „bevölkerungspolitisch unproduktiven“ Ausgaben.<sup>715</sup>

712 Der Schwerpunkt der Gemeinde Wien auf die Wohnbaupolitik ist deutlich erkennbar in: Gemeinde Wien, *Das Neue Wien* 1926. Mit der 1920 neu organisierten Geschäftseinteilung unterstanden die Wohlfahrtsanstalten, somit auch die Verwaltung der Anstalt *Am Steinhof*, der Magistratsabteilung 9. Nach dem Ende der sozialdemokratischen Gemeindeverwaltung wurde 1934 die geschlossene Fürsorge von der Magistratsabteilung 16 übernommen. In: Melinz, Ungar 1996, 51 f.

713 Löscher 2002a und 2002b; die 1983 erschienene, von Sablik verfasste Biografie Julius Tandlers ist weitgehend deskriptiv und auch in der jüngst veröffentlichten zweiten Auflage in keinsten Weise kritisch gegenüber den eugenischen Bestrebungen der maßgeblichen Person des Wiener Wohlfahrtswesens dieser Zeit: Sablik 2010. Tandler war vor seiner Tätigkeit im Bereich des Wohlfahrtswesens Professor für Anatomie und von 1914 bis 1917 Dekan der Medizinischen Universität Wien.

714 Tandlers Sichtweisen waren maßgeblich beeinflusst von Rudolf Goldscheids „Menschenökonomie“. Vgl. Fleischhacker 2002. Vgl. allg. zur Eugenik in Österreich: Baader, Hofer, Mayer 2007.

715 Melinz, Ungar 1996, 30–33.

Ausgehend von den Forschungsarbeiten zum Wohlfahrtswesen im „Roten Wien“ stellt sich erstens die Frage, inwieweit die stationäre psychiatrische Versorgung und die Forderungen ihrer Vertreter nach Reformen mit der neuen Ausrichtung der Wohlfahrtspolitik korrespondierten oder nicht doch zumindest partiell autonome, primär auf innerwissenschaftliche oder innerinstitutionelle Diskussionen zurückzuführende Bestrebungen waren. Viele der Änderungsvorschläge bezogen sich, wie eingangs festgehalten, auf eine differenziertere institutionelle Klassifikation der Anstaltsinsassen wie auch die Etablierung präventiver Maßnahmen. Dies lässt erneut nach dem Einfluss der Anstaltspsychiatrie im gesellschaftspolitischen Kontext fragen. Prägten mit der Wissenschaftlichkeit ihres Vorgehens argumentierende sozialdemokratische Initiativen und Wünsche einer Neukonzeptionierung der Gesellschaft die stationäre Versorgung psychisch Kranker?

Tatsächlich wurde Wissenschaft, die wertfrei, objektiv, universell war und einer internen Logik folgte, als ideales Grundprinzip einer demokratischen Gesellschaft angesehen. Moralisch weit über allen anderen sozialen Unternehmungen stehend, sollte sie das Fundament politischer und ethischer Bewertungen bilden. Dabei ging es längst nicht nur um wissenschaftliches Wissen oder Informationen an sich, sondern auch darum, eine wissenschaftliche Denkweise zu vermitteln und Wissenschaft zu einer gemeinsamen Funktionsbasis der Gesellschaft werden zu lassen.<sup>716</sup> Die Verwissenschaftlichung des neuen Wohlfahrtswesens explizierte Julius Tandler folgendermaßen: „Aus der Freiwilligkeit ist Verpflichtung, aus dem Gutdünken des einzelnen ist wissenschaftlich begründete Praxis geworden.“ Für die meisten damaligen Sozialdemokraten war der Glaube an Wissenschaftlichkeit mit dem Glauben an deren sozialen Nutzen und daraus folgendem gesellschaftlichen Fortschritt verbunden. Die „wissenschaftlich begründete Exekutive der Bevölkerungspolitik“ war ein wesentliches Instrument der effizient zu gestaltenden „Bewirtschaftung des organischen Kapitals“.

„Nicht nur in der Ausbildung zur sozialen Fürsorge und der Wohlfahrtspflege, sondern auch für die Durchführung der täglichen Arbeit sei die Wissenschaft eine grundlegende Prämisse. In jeder Erhebung, jeder Anamnese, hinter jeder Frage und Antwort soll ein fürsorgerischer Zweck stehen, die Antworten sollten die soziale Wahrheit aufdecken. Die Gabe der Beobachtung sei zu wenig, eine Unzahl wissenschaftlicher Voraussetzungen müssten im gegebenen Fall von der Theorie in die Praxis übersetzt werden können.“<sup>717</sup>

<sup>716</sup> Felt 2002, hier: 52.

<sup>717</sup> Tandler 1929, hier: 7f. Diese Schrift wurde sogar ins Französische (1929) und ins Englische (1930) übersetzt.

Im Folgenden sind Auswirkungen und Grenzen dieses Programms für die angestrebte Neuausrichtung der Anstaltspsychiatrie in den Blick zu nehmen. Die sogenannte „Alkoholfrage“ und zahlreiche daran geknüpfte, sowohl gesetzliche als auch dem Wohlfahrts- und Gesundheitsbereich zuzuordnende Regelungen nahmen bereits innerhalb des sozialdemokratischen Parteiprogramms einen zentralen und deutlich ideologisch geleiteten Stellenwert ein.<sup>718</sup> Konnten die Ansprüche der Wohlfahrtspolitik des „Roten Wien“ *Am Steinhof* in ein konkretes, wissenschaftlich fundiertes Programm überführt werden? In welchem quantitativen Verhältnis standen die sowohl stationären als auch die seitens der Anstalt initiierten Reformen im Bereich der Fürsorge zu ihrer Verwirklichung? Lassen sich zwischen der sozialdemokratischen und eugenisch motivierten Politik und dem Ausbau der offenen Fürsorge und der Beschäftigungstherapie Zusammenhänge erkennen? Welche Heilungserwartungen wurden an die in den späten 1920er-Jahren initiierte Forschungstätigkeit bei Epilepsiekranken geknüpft? Oder basierten Fortschrittsoptimismus und Reformen gar nur schlicht auf einem technizistischen Einteilungsdenken?

#### 6.2 ALKOHOLISMUS ALS „DER WUNDE PUNKT DER IRRENPFLEGE“<sup>719</sup>

Im Verein für Psychiatrie wurde die Problematik des weitverbreiteten Alkoholismus erstmals 1874 unter dem Aspekt etwaiger rechtlicher Maßnahmen zur Beschränkung des Alkoholkonsums erörtert.<sup>720</sup> Hinsichtlich dieser Sucht hatten sich im späten 19. Jahrhundert zwei, in der zeitgenössischen Literatur als antagonistisch beschriebene Sichtweisen herausgebildet. Die sogenannten „Abstinenten“, Anhänger des absoluten Alkoholenthaltungsimperativs, reklamierten die „Wissenschaftlichkeit“ ihrer Theorien für sich. Vor allem Emil Kraepelins (1856–1926) Laborversuche gaben der neuen Bewegung wissenschaftliche Begründungen an die Hand.<sup>721</sup> Ihre Verfechter beriefen sich auf psychophysiologische Testverfahren, Nachweise herabgesetzter Widerstandsfähigkeit bei Infektionen und statistische Korrelationen des

<sup>718</sup> Vgl. zu den gesetzlichen Regelungen betreffend der Alkoholabgabe und -besteuerung, den Forderungen der Antialkoholbewegung und insbesondere der maßgeblich dafür engagierten Sozialistischen Partei in der Ersten Republik: Eisenbach-Stangl 1991, 284–314. Siehe auch: Tandler, Kraus 1936. Die Abstinenzbewegung war ein wichtiges Einfallstor eugenischer Ideen in der Sozialdemokratischen Partei: Hubenstorf 2002, 279 f.

<sup>719</sup> Tilkowsky 1902, 204.

<sup>720</sup> Gauster 1874.

<sup>721</sup> Als das erste, breiter angelegte medizinische, statistische, historisch-soziale Kompendium gilt das Buch des Sanitätsrates und Oberarztes des Gefängnisses Berlin-Plötzensee: Baer 1878. Vgl. auch Spode 1993, 203 f.

Auftretens von Alkoholismus und progressiver Paralyse. Vor allem aber wurden die negativen Auswirkungen des Alkohols auf die Nachkommenschaft betont. Ihnen entgegen stünden nach Ansicht der Psychiatrie die „Laien der Heilkunde“, welche „durch vorzeitige Verallgemeinerungen, Übertreibungen und allgemeine Phrasen“ eine systematische Bekämpfung der Trunksucht verunmöglichten.<sup>722</sup> Neben Kraepelin zählten der Leiter der Anstalt Burghölzli in Zürich, Auguste Forel (1848–1931), und auch sein Nachfolger, Eugen Bleuler (1857–1939), zu den wichtigsten frühen Vertretern der Abstinenzbewegung. Sie untersagten in ihren Institutionen jegliche Verabreichung von Alkohol. Ihrem Beispiel waren die Leiter der beiden niederösterreichischen Anstalten in Kierling-Gugging und Klosterneuburg schon früh gefolgt. Hintergrund der unterschiedlichen Standpunkte war einerseits die Frage, ob bei Kranken, die wegen ihrer Entzugserscheinungen stationär behandelt wurden, Alkohol in geringen Dosen verabreicht werden sollte, andererseits, ob dieser in psychiatrischen Anstalten generell nicht mehr eingesetzt werden dürfe. Denn bis dato wurde Alkohol aus therapeutischen Gründen, beispielsweise bei Infektionskrankheiten, Erschöpfungs- und Schwächezuständen, bei „Melancholie, Anämie und Chlorose“, als Schlafmittel und Hypnotikum, aber auch, relativ unhinterfragt, arbeitenden Pflegelingen zur „Erfrischung und Erhöhung der Arbeitslust“ gegeben. Eine von Adalbert Tilkowsky, Direktor der Wiener Anstalt *Am Brünnefeld*, erstellte Umfrage an 128 Anstalten und Kliniken des deutschen Sprachraumes zeigt, dass um 1900 nur zehn dieser Institutionen eine „Totalabstinenz“ für nötig hielten.<sup>723</sup> In den niederösterreichischen Anstalten war – als den ersten im deutschen Sprachraum – die Abgabe von Alkohol nur über eine ärztliche Verordnung als Medikament möglich. Auch waren entsprechende Naturalbezüge an das Personal eingestellt und durch Lohnzulagen ersetzt worden.<sup>724</sup>

August Forels 1892 erschienene Schrift über die Trinkerasylo prägte maßgeblich das ab der Wende zum 20. Jahrhundert verstärkt einsetzende Engagement von Medizinerinnen gegen den Alkoholismus, die diesen nicht mehr als „lasterhafte Willensschwäche“, sondern vielmehr als behandlungsbedürftige Krankheit ansahen.<sup>725</sup> Der

722 Lilienstein 1901.

723 Tilkowsky 1902, 207. Vgl. dazu auch die Stellungnahmen einzelner Anstaltsleiter: Psychiatrische Wochenschrift 3 (1901/02), 328 f. Bericht der Wanderversammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien im Oktober 1901. Kontroverse Stellungnahmen dazu: Hoppe 1901/02; Schlöß 1902/03.

724 Gerényi 1908/09, 397.

725 Fischgrafe 1931, 6 f. Als deren Beginn gilt die Gründung des „Deutschen Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke“ (1883), dessen vorrangiges Ziel es war, gesetzliche Änderungen zu erlangen und ein Bewusstsein für die Problematik in der Bevölkerung zu schaffen. 1903 wurde der Verband der Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebietes gegründet; 1905 existierten 31, 1912 bereits 48 Trinkerheil-

1901 in Wien tagende „VIII. Internationale Congress gegen den Alkoholismus“ zielte auf die Aufklärung weiter Kreise der Bevölkerung. Die in dieser Frage Engagierten waren sich vor allem in einer Sache einig, nämlich der Bedrohung der Gesellschaft durch den Alkoholismus. Der Hauptvortrag August Forels zur „Alkoholfrage als Cultur- und Rasseproblem“ stellte diese, maßgeblich von der Degenerationstheorie gestützten Annahmen einer Gefährdung in den Mittelpunkt seiner Ausführungen: „Die Entartung durch Schädigung des Keimplasmas der Erzeuger“ bezeichnete er unter Berufung auf viele andere Autoren als die Hauptursache von Epilepsie oder Idiotie, und er zog auch direkte Verbindungen zwischen dem Alkoholismus und dem Begehen von Straftaten.<sup>726</sup>

Die Niederösterreichische Landesverwaltung begann 1898, „notorisch Trunksüchtige“ in der Gesamtbevölkerung erstmals statistisch zu erfassen. Zu deren institutioneller Versorgung wurden um die Jahrhundertwende zwei unterschiedliche, aber einander ergänzende Modelle diskutiert. Erstens sollten Trinkerheilanstalten eingerichtet werden, die, wie deren Bezeichnung bereits verrät, prinzipiell dem Konzept der Heilbarkeit verpflichtet waren. Hinsichtlich ihrer Konzipierung war man sich jedoch uneins, nämlich, ob die Aufnahme der Alkoholiker zwangsweise oder, wie vor allem von August Forel vertreten, freiwillig erfolgen sollte.<sup>727</sup> Erste Pläne und auch konkrete finanzielle Zusagen des Landtages zur Einrichtung einer niederösterreichischen Trinkerheilanstalt waren 1893 mangels Möglichkeit der zwangsweisen „Trinkeranhaltung“ gescheitert.<sup>728</sup> Diese außerhalb der Kompetenz von Verwaltung und Psychiatrie stehende und gänzlich ungelöste Frage verband sich nach Wagner-Jauregg mit dem Problem der Leitung einer solchen Einrichtung. Er war der Ansicht, dass die schwierige Führung einer Trinkerheilstätte nur über persönliches Engagement und Enthusiasmus zu erbringen, folglich diese Einrichtung der katholischen Kirche zu überantworten sei.<sup>729</sup> In Niederösterreich war bereits einige Jahre zuvor eine „im religiösen Geiste“ geleitete Trinkerheilstätte begründet worden. Diese war aber nicht nur sehr klein und, wie am Internationalen Congress wiederholt kritisiert wurde, inmitten eines Weinbaugebietes gelegen, sondern auch zu einem Zeitpunkt

---

stätten in Deutschland. Vgl. Sournia 1990; zum Alkoholismus als ein im ersten Drittel des 19. Jahrhunderts erkanntes Krankheitsbild und der Klassifikation alkoholbedingter Krankheiten: Madden 1995; Brown 1995.

726 Wlassak 1902, 29–35.

727 Neben den benannten Schriften siehe auch: Anonym, Die Trinkerfrage 1899.

728 Tilkowsky 1902, 202 f. Vgl. dazu auch die vorbereitenden Arbeiten: Wlassak 1893; Gerényi 1893.

729 Wagner-Jauregg, Diskussionsbeitrag. In: Wlassak 1902, 244. Rudolf Wlassak wandte sich dezidiert gegen diesen Standpunkt. In: ebd., 246 f.

eröffnet worden, als die Abstinenzbewegung noch keinerlei relevanten gesellschaftlichen Rückhalt besaß.<sup>730</sup>

Von Trinkerheilstätten streng unterschieden und einhellig von allen Beteiligten des besagten Kongresses vehement eingefordert, war zweitens die Einrichtung von „Trinkerasylen“. Diese zur Unterbringung „versorgungsbedürftiger unheilbarer Trunksüchtiger“ zu konzipierenden Anstalten sollten nach Fedor Gerényi „ein Mittelding zwischen Versorgungs- und Zwangsarbeitsanstalt“ sein und dazu dienen, „die dem Laster der Trunksucht unrettbar verlorenen, an Jahren vorgerückten kriminellen Trunkenbolde zu ihrem eigenen Besten und dem Schutze der Gesellschaft unter Entzug von Alkohol dauernd zu verwahren“.<sup>731</sup> Die Bedeutung dieses Versorgungsmodells wurde somit nicht nur mit den individuellen Nachteilen der Sucht für die Betroffenen begründet, sondern auch mit der von ihnen ausgehenden angeblichen „Gemeingefährlichkeit“, sowohl hinsichtlich erhöhter Verbrechensquoten als auch bezüglich der Gefahr für deren Nachkommenschaft. Die Chancen einer Entwöhnung wurden bei Unterbringung in „Trinkerasylen“ als sehr gering angesehen.<sup>732</sup>

In psychiatrischen Anstalten hingegen sollten lediglich Alkoholranke, die akute Delirien, Halluzinationen oder Geistesstörungen anderer Art zeigten, aufgenommen werden. Zwar galten die chronischen Alkoholiker als die besten Arbeiter im Anstaltsbetrieb, dennoch wurden sie aber als besonders störend beurteilt:

„Sie sind das schwer zu beaufsichtigende, zur Opposition geneigte Element, welches alle Freiheiten beansprucht, die anderen Kranken gewährt werden, sie am häufigsten missbraucht, das alle Zubaßen anderer Kranken haben will und nie zufrieden ist, das auch häufig am meisten Rohheit in die Anstalt einschleppt.“<sup>733</sup>

Keine der oben benannten Forderungen wurde vorerst umgesetzt. Alkoholiker wurden in Österreich, wie auch in anderen Ländern, weiterhin in psychiatrischen Anstalten untergebracht und waren dort nicht nur ein beständiger Stein des Anstoßes, sondern machten in der Tat einen relativ hohen Anteil der Insassen aus.<sup>734</sup>

730 Niederösterreichischer Landesausschuss 1899. Die Einrichtung war für zehn Patienten konzipiert, die Kosten für den sechsmonatigen Aufenthalt übernahm das Land Niederösterreich. Sie musste ihren Betrieb während des Ersten Weltkrieges einstellen. Gerényi bezeichnete diese Einrichtung wegen des Zeitpunktes ihrer Eröffnung als „einen Schlag ins Wasser“, an dem er selbst mit schuld gewesen sei. In: Wlassak 1902, 242 f.

731 Gerényi 1902, 371.

732 Gauster 1889.

733 Ebd., 341. Mit „Zubaßen“ waren die den arbeitenden Kranken gewährten Vergünstigungen gemeint.

734 Tilkowsky errechnete in der von ihm geleiteten Wiener Anstalt für psychisch Kranke für die Jahre 1885 bis 1900 den durchschnittlichen Anteil der Alkoholiker zwischen 24 und 40 Prozent: Tilkowsky 1902,

Als Ursache der ungeklärten Zuständigkeit für diesen Krankentyp machte man die mangelnde rechtliche Entscheidungsgrundlage aus, die Praxis operierte nach Ansicht der Anstaltsleiter in einer Grauzone:

„Gewohnheitstrinker werden oftmals bei mäßiger Intelligenzabschwächung durch ihr Leiden gerichtlich als blödsinnig erkannt; [...] dieselben aber werden, durch ihr degeneriertes Nervensystem, der Reizbarkeit und Willensschwäche alsbald nach ihrer Rückkehr in die Welt, dem Trunke verfallend, wieder gemeingefährlich.“<sup>735</sup>

Die „Alkoholikerfrage“ ging man in der Wiener Anstalt *Am Brünnefeld* mit zweifacher Strategie an. Diejenigen, die nur kurz interniert waren und nach Meinung der Experten Symptome psychischer Krankheit zum Zweck der Aufnahme bloß simulierten, wurden aufgrund verstärkter Anwendung polizeilicher Mittel erst gar nicht mehr aufgenommen. Die zweite – und quantitativ bedeutendere – Möglichkeit bestand in der ab 1897 praktizierten, möglichst raschen Entlassung von Alkoholikern. Das radikale Vorgehen der „Wiener Irrenärzte“ unter der Führung von Adalbert Tilkowsky traf allerdings auch auf Widerspruch. In der Psychiatrischen Wochenschrift wurde Tilkowskys Entscheidung entschieden missbilligt, da außer der verminderten Aufnahmezahl keinerlei Lösung der Problematik erreicht sei.<sup>736</sup>

Diesem simplen Hintanhalten der Unterbringung von Alkoholikern stand das, insbesondere von August Forel und Eugen Bleuler vertretene Modell einer psychiatrischen Behandlung entgegen. Die dieser Form der Versorgung stets als vorgelagert angesehene Schwierigkeit bestand, wie bereits erwähnt, in der mangelnden rechtlichen Grundlage der Anhaltung. Die Notwendigkeit einer Institution zur Betreuung alkoholsüchtiger Personen wurde in den verschiedenen Entwürfen zur Strafrechtsreform wiederholt mit eingebracht. Bei diesen Gesetzesvorlagen war aber stets die Frage der Verantwortlichkeit von Straftaten, die im alkoholisierten Zustand begangen wurden, wie auch die Unterbringung dieser Delinquenten, im Zentrum der Auseinanderset-

---

203. Die Zahl der Alkoholikerinnen wurde als wesentlich geringer angesehen und erst gar nicht statistisch erfasst.

735 Gauster 1889, 337.

736 Delbrück 1901/02, 312. Delbrück war Vorsitzender des Vereins und Direktor der Anstalt in Bremen. Diese Vorgangsweise wurde am VIII. Internationalen Congress gegen den Alkoholismus wiederholt kritisiert, unter anderem von August Forel. In: Wlassak 1902, 237. Julius Wagner-Jauregg stellte sich in dieser Angelegenheit hinter Tilkowsky und beschrieb dabei die Vorgehensweise anderer Anstalten, die mittels Verlegungen zum selben Resultat führten: „Sie [die Direktoren] haben es nur schlauer gemacht, weniger couragiert. Sie haben sie [die Patienten] nach Klosterneuburg geschickt, und der dortige Direktor hat sie entlassen.“ Die Zuhörerschaft [am Kongress; S. L.] reagierte darauf mit „lebhafter Heiterkeit“. Ebd., 246.

zungen verblieben.<sup>737</sup> Bei nicht unter Vormundschaft stehenden Personen wurde in der Praxis alternativ ein „moralischer Zwang“ ausgeübt. Den Betroffenen wurde nämlich entweder die Internierung in einer Zwangsarbeitsanstalt oder aber die Entmündigung selbst angedroht. Somit blieben Fragen des Umgangs mit Alkoholismus vorerst eng an die unfreiwillige Internierung gebunden. Zwar existierten im deutschen Sprachgebiet (nicht aber in Österreich) um die Jahrhundertwende über 40 Trinkerheilanstalten, die auf dem Prinzip eines selbstbestimmten Entzugs basierten. Dort aber konnte nur ein kleiner und – wie noch ausführlich gezeigt werden soll – bestimmter Teil der Betroffenen untergebracht werden. Im Organ der Anstaltspsychiater wurde hierzu resignierend festgestellt:

„Die größere Gruppe der Alkoholiker könne gar nicht in Trinkerheilanstalten gehalten werden. Sie sind es, die social am lästigsten sind, und vor denen sich die Gesellschaft in irgendeiner Weise schützen sollte. Sie sind es, die [in Deutschland; S. L.] zum neuen Entmündigungsgesetz Anlass gegeben haben. Sie sind es, die man in deutschen Irrenanstalten gerne los sein möchte und die man aus den Wiener Anstalten rausgeschmissen hat! Sie sind es aber auch, die zu einem größten Theile unheilbar sind, weil sie entweder zu willensschwach oder in anderer Beziehung in höherem Grade geistig defekt sind.“<sup>738</sup>

Den vielfachen und untereinander eng verknüpften Forderungen nach rechtlichen, institutionellen und auch therapeutischen Maßnahmen im Umgang mit der Problematik Alkoholismus war längere Zeit mit keinerlei konkreten Maßnahmen begegnet worden. Die Zahl der internierten Alkoholkranken wurde regelmäßig statistisch erfasst und deren häufige Wiederaufnahme besonders sorgsam registriert:<sup>739</sup> Die Anzahl der Alkoholiker *Am Steinhof* war in Relation zu den Gesamtaufnahmen starken Schwankungen unterworfen. In den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg lag deren Anteil zwischen 13 und 19 Prozent, während des Krieges sank dieser auf zwei bis drei Prozent, 1922 war das Vorkriegsniveau mit 14 Prozent in etwa wieder erreicht. Der bis 1925 auf knapp 36 Prozent angestiegene Anteil spiegelte – wie in zeitgenössischen Veröffentlichungen auch festgehalten – jedoch keineswegs nur den Anstieg des Alko-

737 Vgl. zur Frage der Unterbringung in einer Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher: Eder-Rieder 1985, 97f. Die Unterbringung in eine „Trinkerheilstalt“ von Straftätern und -täterinnen, welche unter dem Einfluss von Alkohol agiert haben, wurde 1919 als mögliche Maßnahme benannt, sollte aber erst im Jahre 1971 Eingang ins Gesetz finden.

738 Delbrück 1901/02, 314.

739 WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel ‚Anstaltsdienst‘ o. Z./1908. Die hierzu eigens erstellten Zählkarten waren an die für die Statistik verantwortliche Mag. Abt. 21 einzusenden, die wiederum einen Bericht für die k. k. Niederösterreichische Statthalterei zu verfassen hatte.

holismus in der Wiener Bevölkerung, sondern auch die erhöhte Aufmerksamkeit der Behörden gegenüber dieser Gruppe wider.<sup>740</sup> Heinrich Schluß erstellte akribisch Tabellen und sprach sich deutlich gegen die Unterbringung der von ihm sogenannten „Spitalsbrüder“ aus. „Diese Degenerierten“ wären seiner Ansicht nach in nicht-psychiatrischen Anstalten weitaus kostengünstiger zu verpflegen. Die Überfüllung der Institution *Am Steinhof* sollte mittels Transferierungen der „depravierten chronischen Alkoholiker und ähnlicher Elemente“ in die Landeszwangsarbeitsanstalt in Korneuburg behoben werden.<sup>741</sup> Aktive Maßnahmen beschränkten sich darauf, diese Patienten und ihre Angehörigen bei der Entlassung darüber zu belehren, dass der Rückfall bereits beim Genuss geringster Mengen von Alkohol sehr wahrscheinlich sei. Für alle Betroffenen gab es das Angebot, sich einem Abstinenzverein anzuschließen, beziehungsweise übermittelte gar die Anstaltsleitung die Anschriften der ehemaligen Patienten an den Zentralverband der österreichischen Alkoholgegner.<sup>742</sup>

Das erste, den Gesundheitsbereich regelnde Gesetz, welches „Trunksüchtige“ explizit mitbedachte, war die Entmündigungsordnung von 1916. Für „Verschwender“, „Trunksüchtige“ und dem „Nervengift Ergebene“ war die beschränkte Vormundschaft vorgesehen. Ungleich der vollen Entmündigung konnte diese Form des teilweisen Entzugs der Vollrechtsfähigkeit auch in Form einer Androhung ausgesprochen werden: Wenn „zu erwarten ist“, dass der zu Entmündigende „sich bessern werde“, konnte dieser Beschluss mit der Auflage einer Heilbehandlung von mindestens sechs und höchstens zwölf Monaten in einer Entwöhnungsanstalt hintangehalten werden.<sup>743</sup> Mit diesem Gesetz wurden Alkoholiker und Alkoholikerinnen erstmals der medizinischen Kontrolle unterworfen, doch im Unterschied zu geistig Kranken nicht durch polizeilich durchsetzbaren Zwang, sondern mittels Ausübung von Druck. Das Gericht konnte eine Entmündigung auch nur über den Antrag eines Verwandten, eines Staatsanwaltes, eines Vorstehers der Aufenthalts- oder Heimatgemeinde oder eines Armenpflegers einleiten.

Der Sonderstatus, den der Gesetzgeber dem Problem Alkoholismus beimaß, wurde in dem 1920 erlassenen Krankenanstaltengesetz noch deutlicher, denn dieses bestimmte Alkoholismus als eine regelrechte Erkrankung. Diese Regelung subsumierte Trinkerheilanstalten de jure dem medizinischen Bereich und legte fest, dass behandlungseinsichtige und behandlungswillige „Trunksüchtige“ in gesonderten Anstalten

740 Gemeinde Wien, *Das Neue Wien* 1927, 518 f. Die dort angegebenen Zahlen stimmen exakt mit den in den Direktionsakten dokumentierten Angaben überein: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 148/1926.

741 WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel ‚Anstaltsdienst‘ 78/1910.

742 WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, Faszikel ‚Kranken-Angelegenheiten‘ o. Z./1912.

743 Dies besagte der § 36 der Entmündigungsordnung. In: Eisenbach-Stangl 1991, 234 f.

und ohne Zwangsvorschriften therapeutisch zu betreuen sind.<sup>744</sup> Die grundsätzliche und als genuin ärztliche Aufgabe angesehene Maßnahme bestand in der Separierung „heilbarer“ und „nicht heilbarer Alkoholiker“. Dieses Vorgehen korrespondierte mit den gesetzlichen Vorgaben zum Umgang mit dem Alkoholismus.

Die medizinische Zuständigkeit und Behandelbarkeit von Alkoholismus war auch der zentrale Ansatzpunkt des Physiologen Rudolf Wlassak (1865–1930).<sup>745</sup> Er war Herausgeber der ab 1902 erschienenen Zeitschrift „Der Abstinente“ und Gründungsmitglied des 1905 initiierten Sozialdemokratischen Arbeiter-Abstinentenbundes in Wien. Der als einziger auch in einer Partei verankerte Abstinenzverein war zugleich der „Zentralverband der Alkoholgegner Österreichs“. Wlassak stellte sich in seinem Hauptwerk, dem „Grundriss zur Alkoholfrage“, ganz in die Tradition August Forels, der die Heilung vom Alkoholismus erstmals als ärztliche Aufgabe markiert hatte.<sup>746</sup> Ein Zuständigkeitsanspruch der Mediziner dieser bis dato gesellschaftlichen und sozialen Problematik war nur möglich, wenn man von einer prinzipiellen Heilbarkeit der Sucht ausging. In die Therapien wurden Elemente von Behandlungsversuchen durch Laien übernommen, beispielsweise die Grundsätze – nun in deutlicher fachlicher Abgrenzung – des „Schuhmachermeisters und Blaukreuzmitgliedes“ Heinrich Boßhardt. Dieser hatte schon länger die völlige Abstinenz von Alkohol propagiert wie auch die „seelische Beeinflussung“ der Süchtigen als das Mittel der Wahl angepriesen. Er galt auch als derjenige, der Forel erst die Möglichkeit einer etwaigen Heilung vor Augen geführt hätte.<sup>747</sup> Die für seine Zeit bahnbrechenden Leistungen des „Schuhmachermeisters“ wurden zwar anerkannt, dennoch drang man auf Professionalisierung: Laut Wlassak könne erst der „erfahrene Irrenarzt“ Grundsätze dieser Art vervollkommen. Der nun dezidiert wissenschaftliche Anspruch begründete sich schlicht darauf, dass, im Unterschied zu bisherigen Modellen des Entzuges, die bislang als „Gesinnung“ bezeichnete Haltung der totalen Abstinenz aller an der Behandlung Beteiligten nun zum zentralen und vor allem „ärztlichen Grundsatz“ wurde. Weitere Strategien der professionellen Abgrenzung zu früheren Modellen der Behandlung von Alkoholikern betrafen die strikte Ablehnung von offenbar weitverbreiteten, die Nebenwirkungen des Vorgehens mäßigenden „Trunksuchtmitteln“, die, nun wenig überraschend, als „Scharlatanerie“ verpönt wurden und die Ablehnung von „Ner-

744 Ebd.

745 Wlassak war von 1918 bis 1919 Volontärassistent bei Eugen Bleuler am Burghölzli in Zürich gewesen. Vgl. die Angaben zu seiner Person in: Gabriel 2007, 175 f.; Kreuter 1996, Bd. 3, 1597 f.

746 Wlassak 1922/1929. Die folgenden Verweise aus dieser Studie stammen aus der Ausgabe von 1929.

747 Wlassak 1922/1929, 183 f.

vensanatorien“, die ebenfalls Entzugskuren anboten, aber einen gemäßigten Genuss von Alkohol tolerierten.<sup>748</sup>

Wlassak sah die gesetzliche Regelung von 1916 – und die damit gegebene, neuartige Möglichkeit der beschränkten Entmündigung für Süchtige – als ein äußerst zweckmäßiges Mittel an. Alkoholiker, die wegen ihrer wiederholten Rückfälligkeit als unheilbar eingestuft wurden, wären hingegen in sogenannten „Trinkerasylen“ unterzubringen. Die letztere Form der Internierung dürfe seiner Ansicht nach keinesfalls vor dem Ablauf von zwei Jahren enden, da sie nicht nur aus einer medizinischen Notwendigkeit heraus begründet sei. Hierbei solle vielmehr die soziale Indikation, nämlich der Schutz der Familie und der Gesellschaft, im Vordergrund stehen. In der Frage der Anhaltung sollte die psychiatrische Kompetenz entscheidend sein. So stellte Wlassak fest, dass das rechtliche Verfahren auch ganz kurz gehalten werden könne, wenn die medizinische Voruntersuchung bei diesen Kranken bereits einmal stattgefunden habe. Die Entlassung aus einem „Trinkerasyll“ dürfe auch nur probeweise erfolgen, dabei verstehe es sich wohl von selbst, wie der maßgebliche Vertreter der Abstinenzbewegung meinte, dass es bei vielen Betroffenen zu einer Internierung auf unbestimmte Zeit käme.<sup>749</sup> Zudem müsse bei „deren Haltung und Disziplinierung auch eine viel schärfere Note angeschlagen werden, natürlich ohne irgendwie grausam zu werden“.<sup>750</sup> Sentimentale Gründe bei solch einem Verfahren würden sich, so Wlassak, angesichts des Unheils, welches durch Alkoholiker angerichtet werde, ohnehin verbieten:

„Nebenbei gesagt, spricht für eine derartige Anhaltung auch der rassenhygienische und kriminalpolitische Gesichtspunkt, da erstens die Zahl der Nachkommenschaft der Trinker durch diese Maßregel jedenfalls fühlbar herabgesetzt werden wird, zweitens eine Unzahl von Delikten unmöglich gemacht würde, da gerade unter den rückfälligen Trinkern sich eine große Zahl findet, die in irgendeiner Richtung kriminell veranlagt ist.“<sup>751</sup>

Einrichtungen wie diese müssten deutlich von Trinkerheilstätten zu differenzieren sein, bloß deren Existenz biete ein brauchbares Mittel zur Abschreckung behandlungsunwilliger Personen.<sup>752</sup>

748 Ebd.

749 Ebd., 200f.

750 Ebd., 201.

751 Ebd. Seine Sichtweise zu den „rassenhygienischen Pflichten“ der Gesellschaft findet sich noch deutlicher formuliert in: Wlassak 1910.

752 In Salzburg gab es ein psychiatrisch geleitetes Heim für Alkoholiker; eine ähnliche Institution gab es auch in Klosterneuburg. 1931 wurde in Kärnten von der evangelischen Stiftung „de la Tour“ ein – allerdings nicht von Mediziner geleitetes – Heim gegründet. In: Eisenbach-Stangl 1991, 255.

Sowohl die stationäre Behandlung in der Trinkerheilstätte als auch die ambulante Fürsorge könnten jedoch der Problematik des weitverbreiteten Alkoholismus nur unzureichend gerecht werden. Wlassaks Engagement zur Lösung der „Alkoholfrage“ erstreckte sich auch weit über medizinische Belange hinaus. Er forderte sowohl ein Trinkerfürsorgegesetz zur dauernden Versorgung der als unheilbar klassifizierten Alkoholiker<sup>753</sup> als auch die Einrichtung separierter Anstalten zur Versorgung von kriminellen Alkoholikern.<sup>754</sup> Wlassak war der Ansicht, dass Kriminalität und Alkoholismus zwar nicht selten gepaart aufträten, betonte hierbei aber explizit die multifaktorielle Genese dieser Sucht. So sprach er sich gegen die deutsche Gesetzgebung aus, welche vorsah, Alkoholiker erst in eine Trinkerheilstätte einzuweisen, *nachdem* sie eine Straftat begangen hatten. Wlassaks Ansatz beruhte im Unterschied dazu auf der Notwendigkeit einer nun auch prononcierteren medizinischen Behandlung, nämlich *bevor* es überhaupt zu einer kriminellen Handlung kommen könnte.<sup>755</sup>

Der Einschluss von Alkoholikern in den medizinischen Zuständigkeitsbereich basierte auf institutionellen und juristischen Vorentscheidungen. Der psychiatrische Erfolgsanspruch beruhte maßgeblich darauf, nur einen sehr kleinen Teil der Alkoholiker in die Behandlung zu übernehmen. Die weitaus größere Zahl der Betroffenen sollte – gewissermaßen als Kehrseite der neuartigen Expertise – rigorosen Beschränkungen unterworfen werden. Wlassak bezeichnete chronische Alkoholiker prinzipiell als geisteskrank, auch wenn unmittelbare Symptome wie Halluzinationen oder Delirien fehlten. Wie er meinte, stelle für einen psychiatrisch gebildeten Arzt der Alkoholismus, auch ohne jede Sinnestäuschung oder in einer Phase von Nüchternheit, eine Geisteskrankheit dar.<sup>756</sup> Als Beleg seiner Annahme zog er den Vergleich zu der Situation von Blutern: Menschen, die an Hämophilie litten, seien als potenziell krank zu definieren. Ähnlich gering der Gefahr, dass sie eine noch so kleine, für sie dennoch lebensgefährliche Verletzung vermeiden könnten, gelänge es, so sein Vergleich, einem Alkoholiker, sich selbstständig seiner Sucht zu entziehen. Polizei- und Gerichtsbehörden sei aber eben jene geistige Störung oft nicht verständlich. Behörden, die über eine Anstaltseinbringung zu entscheiden hätten, sollten sich

753 Wlassak 1929, 29 f.

754 Diese auch als Trinkerdetentionsanstalten bezeichneten Einrichtungen wurden schon um die Wende zum 20. Jahrhundert beispielsweise von Wagner-Jauregg beim Obersten Sanitätsrat als notwendig eingefordert: Wagner-Jauregg, Diskussionsbeitrag. In: Wlassak 1902, 243 f.

755 Ebd., 201 f. Wlassaks Vorstellungen von Anstalten für kriminelle Trinker entsprachen dem im Trinkerfürsorgegesetz von Zürich und St. Gallen bereits verankerten Versorgungsmodell; dieses hatte auch im englischen Gesetzesentwurf Eingang gefunden.

756 Diese Ansicht vertrat auch der Wlassak nachfolgende Leiter der Trinkerheilstätte: Gabriel 1933.

seiner Ansicht nach keinesfalls jener, als „Laienpsychiatrie“ bezeichneten Haltung beugen. Von dieser Analogie zur somatischen Erkrankung machte Wlassak einen Sprung in der Argumentation – denn maßgebende Gründe der Einweisung waren ihm wiederum soziale Indikationen, wie vor allem die Gefährdung der Angehörigen.<sup>757</sup> Eben an diese Stelle der auch in der Fachwelt vielfach als ungeklärt geltenden Fragen, nämlich, ob es sich nun um eine geistige Erkrankung handle oder nicht, ob eine Einweisung zum Entzug zwangsweise oder freiwillig oder ob es sich um eine medizinische oder soziale Indikation handle, trat nun die ‚psychiatrische Erfahrung‘, oftmals die Expertise einer einzelnen Person, die in der Praxis die für die Betroffenen essenziellen Fragen entschied.<sup>758</sup>

Im Oktober 1922 wurde *Am Steinhof* die Alkoholikerabteilung unter der Leitung von Rudolf Wlassak eröffnet. Die Abteilung für heilbare Alkoholiker, angegliedert an eine psychiatrische Heil- und Pflegeanstalt, war in dieser institutionellen Verbindung die erste ihrer Art in Europa. Die wenigen bis zu diesem Zeitpunkt bereits bestehenden Trinkerheilstätten waren selbstständige Institute und unterstanden nicht unbedingt einem Mediziner.<sup>759</sup> Insgesamt wurden an der neu etablierten Trinkerheilstätte pro Jahr etwa hundert Alkoholkranke aufgenommen.<sup>760</sup> Dieser Aspekt zeigt deutlich ein Auseinanderklaffen von Reformanspruch und – angesichts der bestehenden sozialen Problematik – der quantitativ wohl kaum befriedigenden Umsetzung des sozialistisch geprägten Reformprogramms. Die neue Abteilung wurde in den Räumlichkeiten der Aufnahmepavillons der Männerseite eingerichtet, die seit deren Verwendung zur Unterbringung verwundeter Soldaten nach dem Ende des Ersten Weltkrieges aus Ersparnisgründen ungenutzt geblieben waren. Die Aufnahmewilligen mussten sich verpflichten, ein halbes Jahr lang an der Station zu bleiben, eine Zeit-

757 Wlassak 1922/1929, 196.

758 Die Expertise der Abstinenzbewegung wurde auch medial untermauert: *Am Steinhof* wurde ein Propagandafilm gegen Alkoholmissbrauch und Geschlechtskrankheiten gedreht. Die Erlaubnis Julius Tanders zu den kinematografischen Aufnahmen: WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 138/1922. Die Angehörigen beziehungsweise die Kuratoren mussten die Teilnahme genehmigen, unklar ist, ob von den Kranken eine Zustimmung eingeholt wurde. Lediglich bei geschlechtskranken Patienten sollten Vorkehrungen getroffen werden, dass „nach Möglichkeit die Abgebildeten nicht zu erkennen sein sollten“. Ebd., 138/1922.

759 Die in Deutschland zu diesem Zeitpunkt bereits bestehenden Institutionen unterstanden der Leitung eines sogenannten Hausvaters und waren zumeist in größerer Entfernung von Städten gelegen, um den Zugang zu Alkohol zu minimieren. Ähnlich der Konzeption der Wiener Trinkerheilstätte bestanden in den psychiatrischen Anstalten in Illenau (Baden) und in Konstanz angeschlossene Abteilungen und eine eigenständige, aber ähnlich geführte Einrichtung in Fürstenwalde bei Berlin. In: Wlassak 1922/1929, 185.

760 Bis 1928 schwankte die Zahl der Aufnahmen zwischen 96 (1925) und 111 (1924). Eine exakte Auflistung findet sich in: Wlassak 1929, 28.

spanne, die unterhalb der im internationalen Vergleich üblichen Dauer lag, aufgrund der Übernahme der Verpflegungskosten durch die Stadtverwaltung aber als ein nötiger Kompromiss angesehen wurde.<sup>761</sup>

Die Etablierung der Trinkerheilstätte innerhalb einer Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke versprach mehrere Vorteile. Neben organisatorischen Gründen, wie die der bestehenden Verwaltung und Bewirtschaftung, wurde sowohl die medizinische Zuständigkeit für diesen Bereich an sich, als auch die bereits vorgegebene Selbstverständlichkeit der geordneten und disziplinierten Lebensführung – ein als wesentlich angesehener therapeutischer Aspekt für den Entzug – als vorteilhaft betrachtet. Die Patienten hatten alle eine sogenannte „freie Sperré“, mit dieser konnten sie sich innerhalb des Anstaltsgeländes autonom bewegen. Die Androhung der Versetzung auf eine psychiatrische Abteilung an Patienten, die sich nicht an die Bedingungen der Entzugskur hielten, war organisatorisch leicht durchführbar und galt Wlassak als ein ausgezeichnetes Mittel, um die Ordnung aufrechterhalten zu können. Die stadtnahe Lage der Trinkerheilstätte erlaubte einerseits, dass die Patienten häufig besucht und die Ärzte Kontakte zu den Angehörigen knüpfen konnten, andererseits die praktikable Organisation einer weitergehenden Fürsorge lange über die Entlassung hinaus. Als nachteilig für das Image der neuen Abteilung galten die bestehenden Vorurteile gegenüber der psychiatrischen Anstalt, doch diese seien, so meinte Wlassak zuversichtlich, mit verstärkter Aufklärung im Schwinden begriffen. Ohnehin dürfe, so die Regelung, zwischen den Patienten der unterschiedlichen Abteilungen keinerlei Kontakt bestehen, um die Möglichkeit der Beschaffung von Alkohol hintanzuhalten. Ebenso erfolgte auch die Arbeitstherapie streng getrennt von den übrigen Kranken in eigenen Werkstätten und Parkgebieten.<sup>762</sup>

Die örtlich nahe Verbindung der Trinkerheilstätte zu den Abteilungen für psychisch Kranke bot zudem die Möglichkeit der präzisen Auswahl der für eine Behandlung als geeignet angesehenen Alkoholiker. Die meisten dieser Patienten waren, wie die Krankenakten dokumentieren, bereits einige Tage in der Heil- und Pflegeanstalt, bevor sie auf die Trinkerheilstätte transferiert wurden. Innerhalb dieser Zeitspanne hatte Wlassak die Möglichkeit, Patienten, die zwangsweise interniert worden waren, für die – prinzipiell offene – Behandlung gezielt zu sondieren. Da *Am Steinhof* sehr viele Alkoholiker zur Aufnahme gekommen waren, für eine intensive Betreuung aber nur wenige Plätze zur Verfügung standen, traf man die Regelung, sämtliche Erstaufgenommene

761 Magistrat der Stadt Wien (Hg.), Die Verwaltung der Bundeshauptstadt Wien 1933, 975.

762 Wlassak 1922/1929, 187f.

auf der Trinkerheilstätte vorzustellen und dort auf ihre Eignung hin zu prüfen. Bereits einmal rückfällig gewesene Patienten waren nur in Ausnahmefällen aufzunehmen.<sup>763</sup>

Die Betreuung beschränkte sich in den ersten Jahren ausschließlich auf Männer. Lediglich einige Kriterien eines Ausschlussverfahrens wurden benannt: Als ungeeignet für eine Entziehungskur galten Patienten, die älter als 55 Jahre alt waren. Alkoholiker konnten auch als zu jung für eine solche Behandlung eingestuft werden, denn sie waren von vorneherein mit dem Stigma der Unverbesserlichkeit behaftet. Ebenfalls wenig Aussicht auf Erfolg bot den Verantwortlichen der „Typus eines einsam trinkenden Alkoholikers“, Personen, die als Autisten eingestuft wurden, ferner „schizoide Alkoholiker“ und diejenigen, die zudem an einem organischen Hirnleiden oder an einer psychischen Erkrankung litten. Neben diesen medizinisch definierten Kriterien waren es vor allem soziale Hintergründe, die Patienten als ungeeignet für eine Entzugskur erscheinen ließen. Dazu zählten Personen, die aus häuslich extrem zerrütteten Verhältnissen stammten, bei denen, wie angenommen wurde, auch eine weitere Fürsorge diesen Umständen nicht abhelfen könne. Insbesondere die Trennung einer Ehe galt als ungünstige Voraussetzung, da von den Frauen der seelische Beistand nach einer Entlassung erwartet wurde. Aber auch eine gegenüber der absoluten Abstinenz als einsichtslos angesehene Ehefrau war einer Aufnahme zur Entziehungskur hinderlich. Personen, die beruflich auf irgendeine Weise mit Alkohol zu tun hatten, wurde nur unter dem Versprechen, ihre Tätigkeit zu wechseln, Aufnahme in die Trinkerheilstätte gewährt.<sup>764</sup>

Als ein wichtiger Beleg für die Wahrhaftigkeit des Wunsches zur Entwöhnung galt die Einwilligung des Patienten, mindestens sechs Monate in der Trinkerheilstätte zu verbleiben.<sup>765</sup> Neben diesem grundsätzlich notwendigen Einverständnis war jedoch vor allem ‚ärztliche Erfahrung‘ entscheidend, ob ein Patient zur Entwöhnungskur als geeignet erschien: „Für die Beurteilung, ob ein Trinker heilbar ist oder nicht, gibt es einige Anhaltspunkte, die leider nicht verlässlich sind, so dass man sich im Allgemeinen bei der Stellung der Voraussage hauptsächlich auf den allgemeinen Eindruck, den der Trinker macht, und auf das eigene Gefühl verlassen muss.“<sup>766</sup>

Hierzu wurden keine medizinischen Kriterien benannt, erst die praktische ‚Erfahrung‘, ein im hohen Maße implizites Wissen, ermögliche die richtige Erfragung aller Umstände, wie beispielsweise der Trinkgewohnheiten. Lediglich eine psychiatrische Vorbildung ermögliche die „richtige Auswahl beziehungsweise die Abstoßung

763 WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 814/1928.

764 Wlassak 1922/1929, 185 f.

765 Wlassak 1929, 27.

766 Gabriel 1931, 241.

der ungeeigneten Fälle“.<sup>767</sup> Wie diese in der Praxis im Detail vonstattenging, ist jedoch der Dokumentation in den Krankenakten keineswegs zu entnehmen.<sup>768</sup>

Neben diesen als „geschlossen“ eingelieferten Patienten<sup>769</sup> hatten Alkohol Kranke auch die Möglichkeit zur „freiwilligen Aufnahme“. Dies bedeutete, dass die Verpflegungskosten privat oder aber von einer Krankenkasse übernommen wurden.<sup>770</sup> Da die Trinkerheilstätte Teil der psychiatrischen Anstalt war, ließen sich, gemäß der Ansicht ihres Leiters, anfangs immer wieder Patienten von einer freiwilligen Aufnahme abschrecken. Doch deren Anteil war mit der zunehmenden Anerkennung dieser Abteilung deutlich gestiegen. Im Jahr 1923 war es noch weniger als ein Sechstel, fünf Jahre später bereits mehr als ein Drittel aller Pfinglinge, die entweder über die von der Abteilung abgehaltenen Sprechstunden oder die Trinkerfürsorge vermittelt wurden. Unter ihnen waren auch Patienten, die aus anderen Bundesländern oder dem Ausland kamen.<sup>771</sup> Dem Leiter der Abteilung erschien es aber prinzipiell wünschenswert, dass die Patienten aus Wien stammten, da die nach der Entlassung andauernde Fürsorge einen wesentlichen Teil des Behandlungskonzeptes darstellte.

Von den zwei benannten Arten der Aufnahme wurde eine dritte unterschieden, nämlich Patienten, die vom Polizeikommissariat als „geschlossen“ eingeliefert wurden und bereits dort von sich aus den Wunsch äußerten, in die Trinkerheilstätte aufgenommen werden zu wollen.<sup>772</sup> Diese paradox anmutende „geschlossene Aufnahme auf eigenen Wunsch“ wurde mittels eines Erlasses der Sanitätsabteilung der Polizeidirektion vom März 1924 ermöglicht, welcher vorsah, Alkoholiker auch ohne bestehende Selbst- oder Fremdgefährdung auf die Trinkerheilstätte transferieren zu dürfen.<sup>773</sup> Andererseits gab es auch Fälle, die auf der – prinzipiell offenen – Trinker-

767 Wlassak 1922/1929, 188 f.

768 Im Jahr 1923 wurden über 32 Prozent der *Am Steinhof* aufgenommenen Alkoholiker auf die Trinkerheilstätte transferiert, in den folgenden zwei Jahren sank diese Zahl auf knapp 15 beziehungsweise knapp 12 Prozent. In: Gemeinde Wien, *Das Neue Wien* (Hg.) 1927, 518.

769 Behandelt wurden vorerst überwiegend Patienten, die primär in die psychiatrische Anstalt zwangsweise aufgenommen worden waren und dort ihren Heilungswillen bekundeten, somit aber nicht selbst ihre Behandlung finanzieren mussten. In: *WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 1023/1922*.

770 Dazu zählten die Wiener städtische Krankenfürsorgeanstalt, die Krankenversicherungsanstalt der Bundesangestellten und die Krankenkasse der Bundesbahnen. Der großen Anzahl der bei der Arbeiterkrankenkasse Versicherten wurde der Aufenthalt in der Trinkerheilstätte nicht bezahlt. Dies war von Wlassaks Nachfolger Ernst Gabriel mit dem Argument kritisiert worden, dass der Alkoholismus von der Gesellschaft mit verursacht sei. In: Gabriel 1931, 242.

771 Wlassak 1929, 27 f. Im Jahr 1928 wurde die Aufnahme von nicht nach Wien zuständigen Alkoholikern wegen des allgemein bestehenden Platzmangels in der Anstalt untersagt: *WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, 3187/1928*.

772 Wlassak 1929, 27 f.

773 Gemeinde Wien (Hg.), *Das Neue Wien* 1927, 519.

heilstätte als „geschlossen“ geführt wurden. Dieser Modus galt für Aufnahmesuchende, die keinen verlässlichen Eindruck machten, oder aber die Anhaltung aus anderen Gründen als notwendig erachtet wurde.<sup>774</sup>

Auf der Abteilung selbst galten für alle Kranken dieselben Prinzipien, sie mussten vor allem bereit sein, sich der strengen Hausordnung und Disziplin zu unterwerfen. Ziel war es, die Alkoholsüchtigen an eine geregelte Beschäftigung und eine geordnete Lebensführung zu gewöhnen, denn Unregelmäßigkeiten und häusliche Zwistigkeiten wurden als Gründe der erhöhten Reizbarkeit oder gar als Auslöser für den Alkoholismus angesehen. Leichte Gartenarbeit und der Aufenthalt an der frischen Luft wären, wie es hieß, auch den Kranken leicht als Heilmittel begreifbar. An die Trinkerheilstätte war eine, nur für diese Patienten bestimmte, Tischlerei angeschlossen. Das wichtigste – und unmittelbar bei der Aufnahme in die Trinkerheilstätte angewandte – Prinzip war jedoch der radikale Alkoholentzug und die Vermeidung der Gabe von Schlafmitteln oder Medikamenten zur Behandlung der verschiedenen typischen Symptome wie Schlafstörungen, Polyneuritis oder Gastritis. Wlassak verstand sich selbst als maßgebliches Vorbild, er wie auch alle anderen in der Trinkerheilstätte Angestellten waren überzeugte Antialkoholiker, sogenannte „Teetotale“.<sup>775</sup>

Waren die ersten Entzugserscheinungen abgeklungen, setzte die „psychische Behandlung“ der Patienten ein, deren Ziel es war, sie an die völlige Abstinenz zu gewöhnen und Rückfälle dauerhaft hintanzuhalten. Die „intensive Erziehung im Sinne der Alkoholgegnerschaft“ erfolgte, wie es hieß, bei jeder Gelegenheit, einzeln und in der Gruppe. An Sonntagen fanden Vorträge im Festsaal der Anstalt statt.<sup>776</sup> Zur Behandlung zählte auch die Belehrung der Ehefrauen, die ebenfalls völlig abstinent leben sollten. Sie wurden auch dazu verpflichtet, jegliche Rückfälle nach der Entlassung sofort der Trinkerheilstätte zu melden. Die auch schon während des stationären Aufenthaltes einsetzende Fürsorge umfasste die Regelung aller Angelegenheiten des täglichen Lebens, bis hin zu familiären und ökonomischen Belangen der Patienten. Als besonders gefährlich sah man die offenbar weitverbreitete Ansicht an, dass ein (ehemaliger) Alkoholiker sich an ein „mäßiges Trinken“ gewöhnen könnte. Erst der

774 Gabriel 1931, 242.

775 WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 262/1922. Schreiben vom 8. August 1922. Zur Einrichtung dieser Station war kein weiteres Inventar notwendig. Aufgrund der Schließung des Sanatoriums wechselte Dr. Falla von dort auf die Trinkerheilstätte.

776 Eine ausführliche Beschreibung der Behandlung in der Trinkerheilstätte findet sich bezeichnenderweise in: Wlassak 1928. Vgl. auch Praetorius 1930. Der Autor beschreibt auch die dem Wiener Modell folgenden Trinkerheilstätten in Wittenau (1926), Konstanz (1927) und Allenberg (1929).

„Geist der Heilstätte“, die Mitarbeit und das Vorbild aller Beteiligten ermögliche, so das Ziel, die Wirksamkeit aller Prinzipien.<sup>777</sup>

In den ersten zwei Monaten des Aufenthaltes an der Trinkerheilstätte durfte diese nicht verlassen werden. An diese Zeit anschließend wurden bei ordnungsgemäßer Führung zwölf Ausgangsstunden pro Woche gewährt, die Ehefrau oder ein Angehöriger mussten den betreffenden Patienten abholen und auch wieder zur Heilstätte zurückbegleiten. Im vierten Monat wurden diese Ausgänge auf zwanzig Stunden und im letzten Monat auf 36 Stunden verlängert. Kam ein Patient alkoholisiert zurück, so wurden diese Ausgänge gesperrt.<sup>778</sup> Im Anschluss an die Entlassung sollten die vom Alkohol Entwöhnten zwecks einer weitergehenden Fürsorge und auch Kontrolle einem Abstinenzverein beitreten, zumindest aber den dauernden Kontakt zur Heilstätte pflegen. Die Krankenakten belegen die regelmäßige Korrespondenz über die Zeit der Internierung hinaus, hier finden sich zahlreiche Briefe und Postkarten beziehungsweise umgekehrt auch Durchschriften von Sendungen an die Entlassenen. Es war vorgesehen, dass die ehemaligen Patienten und auch ihre Angehörigen regelmäßig die Abteilung besuchen und zu den, sowohl der Unterhaltung als auch einer weiteren Belehrung dienenden Veranstaltungsnachmittagen kamen. Diese enge Verzahnung der stationären Pflege mit einer weiteren Fürsorge zeigte sich auch an dem 1926 von Wlassak gegründeten Abstinenzverein namens „Zukunft“, über den ehemalige Insassen der Heilstätte und Patienten einander kennenlernen und unterstützen sollten, um ein alkoholfreies Leben gestalten zu können.<sup>779</sup>

Das Engagement seitens der Trinkerheilstätte schien innerhalb der Anstaltspsychiatrie nicht ganz unumstritten gewesen zu sein. Denn die Frage der Wirtschaftlichkeit dieser Einrichtung wurde an der Heilungsrate gemessen. Dementsprechend wichtig war die Auswahl zur Entwöhnung als geeignet erscheinender Patienten, die Rate der Erfolge beziehungsweise Misserfolge bedurfte eingehender Rechtfertigungen. Die anlässlich des zehnjährigen Jubiläums der Trinkerheilstätte erstellten Nachweise ihrer Arbeit lauteten wie folgt: Als „geheilt“ galten diejenigen, die mindestens zwei Jahre lang völlig abstinent lebten, dies waren über 30 Prozent. Zu den knapp 15 Prozent der „gebesserten Fällen“ zählten Patienten, die nach der Entziehungskur ihrem Beruf wieder nachgehen konnten, dem Alkohol nicht völlig entsagten, dabei aber nicht exzessiv wurden. Die Rate derjenigen, die bereits während ihres Aufenthaltes in der Heilstätte oder bald danach wieder rückfällig wurden, war am größten. Zu diesen zählten gar einige Todesfälle oder auch Patienten, die als „unbekannt“ verblie-

777 Wlassak 1922/1929, 189 f.

778 Wlassak 1929, 28.

779 Gabriel 1931, 243.

ben, da sie sich einer weiteren Kontrolle oder Nachsorge der Heilstätte entzogen hatten. Bei Letzteren nahm man an, dass die Behandlung erfolglos war.<sup>780</sup>

Die stationäre Versorgung und Behandlung von Alkoholikern stellte jedoch nur einen Teil des im „Roten Wien“ umgesetzten Konzeptes dar. Das Engagement für eine ambulante Trinkerfürsorge setzte im Vergleich zu anderen Bereichen der öffentlichen Wohlfahrtspflege relativ spät ein. Die Bekämpfung des Alkoholismus blieb lange Zeit ein Anliegen verschiedener privater Vereine von Alkoholgegnern und Abstinenten: 1911 wurde eine Trinkerfürsorgestelle vom katholischen Wohltätigkeitsverband, 1917 die „Österreichische Vereinigung für Trinkerfürsorge“ begründet.<sup>781</sup> Neben dem bereits erwähnten „Zentralverband der österreichischen Alkoholgegner“ engagierten sich auch einige weltanschauliche Vereine, wie das bereits seit 1901 bestehende katholische „Kreuzbündnis“ und der internationale Orden der „Guttempler“. Diese Vereinigungen hatten jedoch nur eine geringe Zahl an Mitgliedern, die weitaus mitgliederstärkste Vereinigung war der bereits erwähnte Arbeiter-Abstinentenbund.<sup>782</sup>

Auf Anregung und unter der Beratung Rudolf Wlassaks wurde 1925 eine Trinkerfürsorgestelle zur ambulanten Betreuung alkoholkranker Menschen im städtischen Gesundheitsamt in der Rathausstraße im ersten Wiener Gemeindebezirk eingerichtet.<sup>783</sup> Der Vorteil von deren Eingliederung in die Organisation der städtischen Fürsorge sah Wlassak darin, dass die Einrichtung auch nach außen hin deutlich als eine medizinische erkannt werde.<sup>784</sup> Diese Stelle wurde mit einem Arzt und einer Fürsorgerin und ab 1927 mit einer zweiten hauptamtlich angestellten Fürsorgerin und einer Kanzleihilfskraft besetzt.<sup>785</sup> Die zweimal wöchentlich abgehaltenen Sprechstunden wurden von Beginn an stark frequentiert. Zielgruppe waren ambulant zu behandelnde Süchtige; diese Einrichtung diente explizit nicht als Nachbetreuung für die aus der Trinkerheilstätte Entlassenen. So erstreckte sich ihr Aufgabengebiet vorrangig auf die Beratung von Alkoholsüchtigen und deren Angehörige, die eventuelle Vermittlung zu einem stationären Entzugsaufenthalt oder an Abstinenzvereine sowie

780 Gabriel 1932, 501.

781 Ein kurzer Überblick zu einigen österreichischen Abstinenzvereinen: 1996.

782 Vgl. dazu auch: Anonym, Geschichte des Arbeiter-Abstinentenbundes 1964.

783 WStLA, Mag. Abt. 209, A 1, A 805/1925. Schreiben vom 3.6.1925. Gerhard Melinz hat leider weder diese noch die im folgenden Abschnitt zu analysierende „Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke“ als einen wichtigen Teil der Erwachsenenfürsorge der Stadt Wien in seine Studie mit aufgenommen. Melinz 2003.

784 Wlassak 1922/1929, 203.

785 Die Fürsorgerinnen hatten unter anderem die Aufgabe über alle ihre Erhebungen Bericht zu erstatten und von den betreuten Personen Akten zu führen: Vgl. Noe-Nordberg 1930, hier: 266. Noe-Nordberg war der Leiter dieser städtischen Einrichtung.

Anzeigen bei den zuständigen Magistratsabteilungen zwecks Teilentmündigung, wenn beispielsweise die „Aberkennung der väterlichen Gewalt“ nötig erschien.<sup>786</sup>

Vorrangige Aufgabe dieser speziellen Fürsorge war es nach Wlassak, so viele Informationen wie möglich über die Alkoholiker zu ermitteln. Zu diesem Zweck wurde ein Fragebogen erstellt, welcher insbesondere weniger erfahrenen Fürsorgerinnen als Hilfsmittel dienen sollte. Aufgabe des Arztes war es, zu eruieren, welcher „Alkoholiker-Typus“ vorliege; von diesen sollten „Psychopathen“ unterschieden und der „Psychopathenfürsorge“ – beziehungsweise geistig Kranke einer psychiatrischen Anstalt – zugewiesen werden. Denn die ärztlicherseits als gänzlich aussichtslos angesehenen Fälle sollten die ambulante Betreuung der Alkoholiker keineswegs unnötig belasten. Diejenigen Alkoholiker, die bereits schriftlich vorgeladen, aber nicht erschienen waren, sollten in ihren Wohnungen aufgesucht werden. Zweck dieser Besuche war es, relevante Informationen über die häuslichen Verhältnisse zu erlangen und die Ehefrauen über ein abstinentes Leben zu informieren. Wurden diese als unbelehrbar eingestuft, so galten die betroffenen Familien als hoffnungslose und nicht weiter zu betreuende Fälle. Den Alkoholikern wurde angeboten, sich der Überwachung der Fürsorgestelle zu unterstellen und sich dort einmal wöchentlich zu melden. Die stark geschlechtsspezifisch ausgerichtete Fürsorge arbeitete über Beratung und Belehrung. Die Fürsorgerinnen sollten Ansprechpartnerinnen für die Ehefrauen sein und über diese ermitteln, ob der Rat zur Enthaltbarkeit auch wirklich eingehalten werde. Als aussichtsreich eingestufte Kandidaten wurden einem Abstinenzverein zugewiesen, schwierigere Fälle wurden dazu bewogen, die Aufnahme in die Heilstätte anzustreben.<sup>787</sup> Im Durchschnitt wurden pro Jahr etwa 200 – zumeist männliche – Alkoholiker von der Fürsorgestelle betreut. Deren Ergebnisse konnten aufgrund des häufigen Wechsels der Klientel – und mangels Möglichkeiten von deren Registrierung – erst gar nicht statistisch erfasst werden. Die Gefahr von Rückfällen in die Sucht war ständig gegeben, als Erfolge wurden demnach auch länger andauernde Zeiten der Abstinenz bewertet.<sup>788</sup>

Die Heilbehandlung der Trinkerfürsorge wurde nur als ein Teil ihres Aufgabengebietes definiert. In den vielen Fällen, in denen es gar nicht gelang, direkt zu helfen, sollten vor allem die betroffenen Familienmitglieder geschützt werden. Dazu zählte

<sup>786</sup> Brunner 1996, 455 f.

<sup>787</sup> Wlassak 1922/1929, 203 f. Die mittels Fragebögen ermittelten Informationen dienten nicht als Material zu wissenschaftlichen Zwecken.

<sup>788</sup> Von den bis Ende des Jahres 1929 zur Anmeldung gelangten 1.010 Fällen waren 83 Personen ohne jegliche Rückfälle völlig abstinent geblieben. 59 weitere Fälle konnten als gebessert angesehen werden, da sie trotz einiger Rückfälle wieder in ein geordnetes Arbeitsleben zurückkehren konnten. In: Noe-Nordberg 1930, 267.

auch ein Lenken der Aufmerksamkeit der Polizei auf betroffene Familien, die Beratung in Ehescheidungs- oder Wohnungsangelegenheiten, in dringenden Fällen auch die Abnahme der Kinder und deren Übergabe an die städtische Fürsorge, die gegebenenfalls notwendige Internierung in eine psychiatrische Anstalt oder auch die Beantragung der Entmündigung, um weitere wirtschaftliche Schäden abzuwenden. Der „halbamtliche Charakter“ der Trinkerfürsorgestelle wurde, so ihr Leiter Noé-Nordberg, im Laufe ihres Bestehens zunehmend von öffentlichen Ämtern und auch privaten Unternehmen anerkannt. Ersichtlich werde dies mit deren Überweisungen von betroffenen Angestellten oder Arbeitern an die Fürsorge; auf diese Weise konnten Entlassungen zumindest temporär verhindert werden.<sup>789</sup>

Neben der Gesundheitsbehörde entfaltete in Wien ab 1922 auch die Polizei ihre Fürsorgetätigkeit für Alkoholiker. Die rechtliche Möglichkeit einer bedingten Verurteilung bot dazu Anlass und Rechtfertigung. Alkoholikern, die gegen das Gesetz verstoßen hatten, konnte die Weisung erteilt werden, sich einer polizeilichen Schutzaufsicht zu unterstellen. Diese Tätigkeit der Bezirkspolizeikommissariate wurde jedoch seitens der Psychiatrie äußerst kritisch beurteilt, da an diesen Stellen keineswegs ‚erfahrene‘ und nicht selbst der Abstinenz verpflichtete Ärzte und Fürsorger arbeiteten.<sup>790</sup>

Sowohl die vom *Steinhof* aus initiierte Alkoholikerfürsorge als auch der Betrieb der Trinkerheilstätte war eng an die Person Rudolf Wlassak gebunden. Nach seinem Tod im Jahre 1930 wurde die stationäre Einrichtung für die Dauer eines Jahres gesperrt, da die Aufnahmezahlen der restlichen Anstalt zudem stark angestiegen waren und die Räume der Trinkerheilstätte ihrem ursprünglichen Zweck rückgewidmet werden mussten.<sup>791</sup> Die Überlegung, eine eigenständige Heilstätte unabhängig von der psychiatrischen Anstalt einzurichten, wurde nach einem Jahr doch zugunsten von deren Wiedereröffnung entschieden. Diese Ernst Gabriel (1899–1978) unterstellte Abteilung wurde in einem der beiden Pavillons des Wirtschaftsgebäudes untergebracht und nun auch Frauen zugänglich gemacht.<sup>792</sup> In den neuen Räumlichkeiten konnte die

789 Noe-Nordberg 1930, 267. Die Einrichtung der Trinkerfürsorge schien angesichts der Problematik des weitverbreiteten Alkoholismus jedoch nur ein Tropfen auf dem heißen Stein gewesen zu sein. Sie änderte auch nichts an der weiterhin bestehenden Forderung nach einer Institution für chronische Alkoholiker. Vgl. dazu: Dreikurs 1925, 258 f.

790 Eisenbach-Stangl 1991, 256 f. In Wien gab es zwanzig solche Stellen. Eine weitere Trinkerfürsorgestelle wurde seitens der Caritas eingerichtet. Zudem wurden ein Frauen-, ein Jugend- und ein Akademiker-abstinentenverein begründet. In: Brunner, Über den Wandel im Umgang mit Armut, Krankheit und Abweichung, 456.

791 Die Sperre dieser Abteilung dauerte von April 1930 bis Mai 1931.

792 Wlassak 1922/1929, 194. Alkoholsüchtige Frauen sollten keinesfalls kürzer als ein Jahr lang stationär bleiben, da, so die Vorannahme, bei ihnen die Krankheit besonders tief verwurzelt sei.

Beschäftigungstherapie besser ausgeübt und auch der Belegraum von 45 auf 61 Betten erhöht werden.<sup>793</sup>

Die psychiatrisch geprägte Abstinenzbewegung erstreckte ihr Engagement oftmals weit über medizinische und fürsorgliche Aspekte hinaus. Die eingangs benannte Problematik des Verhältnisses des Alkoholismus zu psychischen Krankheiten wurde auch noch 1932 von Ernst Gabriel als „eine alte Wunde“ bezeichnet.<sup>794</sup> Dabei zielte er insbesondere darauf, ob ein Alkoholiker geisteskrank sei oder nicht. Dahinter verbarg sich nämlich die weiterhin ungelöste Frage der Anhaltung der Alkoholkranken, die nämlich vielfach als Voraussetzung für weitergehende Maßnahmen gegen den Alkoholismus gefordert wurde. Die Praxis war trotz der vielen Neuerungen in einer medizinisch-rechtlichen Grauzone verblieben. Sowohl das Entmündigungsgesetz von 1916 als auch die Etablierung der Trinkerheilstätte und deren Aufnahmeformalitäten konnten die Problematik der Anhaltung gegen den Willen der Betroffenen nicht lösen. Wenn ein Alkoholiker mit seiner Entziehungskur einverstanden war, bedurfte er einer Bestätigung der Gerichtskommission über das Vorliegen einer Geisteskrankheit. Alkoholische Psychosen wie Beziehungsideen, Halluzinationen oder Depressionen klangen im Verlauf einer Entziehungskur oft relativ rasch ab und stellten somit keine ausreichende Begründung für die geforderte Halbjahresfrist in einer psychiatrischen Anstalt dar. Die weithin angewandte Praxis der verantwortlichen Gerichtspsychiater, diese Patienten zur Ermöglichung einer Entwöhnungskur als „latent geisteskrank“ einzustufen, erfuhr jedoch Kritik. Die Tätigkeit der Trinkerheilstätte wäre ohne Hilfsmaßnahmen dieser Art grundsätzlich gefährdet gewesen, Entziehungskuren wären nur mehr über „freiwillige Aufnahmen“ (Patienten, die ihre Verpflegungskosten entweder selbst oder über eine Versicherung bezahlen konnten) möglich gewesen. Das Wohlfahrtsamt der Gemeinde Wien gewährte für „wirklich geeignete und erfolgversprechende Fälle“ Freiplätze, konnte aber auf diesem Wege die zugrundeliegende Problematik der sich auch während des Entzugs immer wieder neu stellenden Frage des Anhalterechtes auch nicht lösen.<sup>795</sup> Der Rückgriff auf die Psychiatrie, der Versuch der Eingliederung eines neuen Tätigkeitsbereiches in die psychiatrische Disziplin ereignete sich somit an einer spezifischen, nämlich der von ihren Vertretern selbst als „wunden Punkt“ bezeichneten Stelle. Die fachliche Kompetenz – die viel

793 Mauczka 1932, 495. Der andere dieser Pavillons wurde zu einer offenen Abteilung für Frauen umfunktioniert. Vgl. zu Ernst Gabriel: Czech 2003, 49 f., beziehungsweise die von seinem Sohn verfassten biografischen Angaben: Gabriel 2007, 173; WStLA, Personalakte Ernst Gabriel. In Letzterer ist zudem verzeichnet, dass Ernst Gabriel im September 1939 der stellvertretende Direktor der Heil- und Pflegeanstalt *Am Steinhof* wurde.

794 Gabriel 1932, 14.

795 Ebd., 14 f.

zitierte ‚psychiatrische Erfahrung‘ – sollte – für „geeignete Fälle“ – eben jene Lücke schließen, implizierte aber stets auch die Kehrseite, nämlich weitergehende Forderungen nach rigorosen rechtlichen Maßnahmen für die Vielzahl der als nicht therapierbar angesehenen chronischen Alkoholiker.

### 6.3 DER AUSBAU DER OFFENEN FÜRSORGE

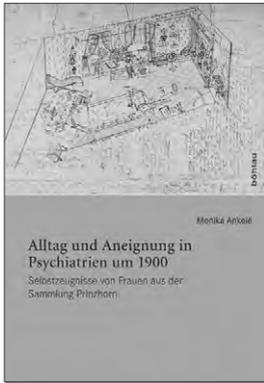
Analog zu dem sowohl durch Ein- als auch durch Ausschlussverfahren geprägten Modell der Versorgung von Alkoholikern, entwickelte die Anstaltspsychiatrie zu Beginn der 1920er-Jahre alternative Formen zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Diese Strategie umfasste nun weniger Reformen innerhalb der Institution, sondern zielte vielmehr auf eine Öffnung zur städtischen Bevölkerung ab. Dabei sollten die Grenzen der Anstaltsmauern in zweifacher Hinsicht überwunden werden. Einerseits setzte man es sich zum Ziel, die Zahl der stationären Aufnahmen hintanzuhalten und die Entlassung von Anstaltsinsassen zu forcieren, andererseits sollte längerfristig ein neuartiges Erfassungssystem von als pathogen angesehenen Merkmalen etabliert werden. Die offene Fürsorge, als Teil eines funktional differenzierten Versorgungsangebots, schloss auch soziale Aspekte der Problematik im Umgang mit Geisteskranken mit ein und sollte nicht zuletzt zur Wahrung des ärztlichen Heilanspruchs auf organisatorischem Weg beitragen.<sup>796</sup>

Die Idee, psychisch Kranke jenseits der traditionellen stationären Betreuung unterbringen zu können, war bereits Teil des Konzeptes der 1902 eröffneten Anstalt in Mauer-Öhling. Damit hoffte man nicht zuletzt auf ein verbessertes Image der traditionell hermetisch abgeschlossenen Institutionen. Zu den alternativen Betreuungsmodellen zählte sowohl die eher in ländlichen Gebieten als realisierbar geltende „Familienpflege“<sup>797</sup> als auch die sogenannte Außenfürsorge. Letztere umfasste die Beratung und Hilfeleistung bei Aufnahme und Entlassung, aber auch eine weitere Betreuung von psychisch Kranken, und beruhte auf Spendengeldern wie der Mitarbeit sogenannter „Vertrauensmänner“.<sup>798</sup> Von der Wiener Anstalt *Am Brünnefeld* wurde ab 1905 den Angehörigen mittelloser und unheilbarer Kranker eine – jeweils

796 Vgl. dazu ausführlicher und im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland: Roelcke 2007, hier: 396.

797 Fedor Gerényi sah in der Einführung der Familienpflege ein deutliches Signal für das Ende des Baus groß dimensionierter Anstalten. In: Starlinger 1914, 60 f.; als deren prinzipielle Schwierigkeit erwies sich jedoch die allgemein bestehende Wohnungsnot und die Armut weiter Bevölkerungskreise. In: Dreikurs 1925, 254.

798 Starlinger 1914, 60 f.; vgl. dazu auch Abschnitt 2.2 der vorliegenden Arbeit.



MONIKA ANKELE

**ALLTAG UND ANEIGNUNG IN  
PSYCHIATRIEN UM 1900**SELBSTZEUGNISSE VON FRAUEN AUS  
DER SAMMLUNG PRINZHORN

Anhand von Krankenakten und Selbstzeugnissen (textile Arbeiten, Zeichnungen, Briefe, Objekte) aus der Sammlung Prinzhorn geht Monika Ankele in ihrem Buch den alltäglichen Handlungsweisen von Patientinnen psychiatrischer Anstalten zu Beginn des 20. Jahrhunderts nach. Mit dem Fokus auf Formen der Selbstgestaltung, auf Essverhalten oder Arbeitsgewohnheiten zeigt sie, welche Bedeutung Alltagspraktiken für die Patientinnen einnehmen konnten.

2009. 306 S. 15 FARB-ABB. BR. 170 X 23 MM | ISBN 978-3-205-78339-8

Die 1907 vor den Toren Wiens eröffnete psychiatrische Anstalt Am Steinhof war die größte Institution ihrer Art in Europa. In ihrem ästhetisch und technisch bis dato unbekanntem Anspruch verkörperte sie die Reformbewegung der ‚modernen Anstaltspsychiatrie‘. Die wissenshistorische Studie rekonstruiert die alltägliche Praxis und konzeptuelle Entwicklung dieser architektonisch verwirklichten Utopie.

