

**Aus dem Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der
Universität Tübingen**

Direktor: Professor Dr. Dr. U. Wiesing

Binswangers Kuranstalt Bellevue 1896 – 1900

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

**der Medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen**

vorgelegt von

Ibolya Stollwerck, geb. Meszaros

aus Mor/Ungarn

-2007-

Dekan:	Professor Dr. I. B. Autenrieth
1. Berichterstatter:	Professor Dr. A. Hirschmüller
2. Berichterstatter:	Professor Dr. H.J. Gaertner

„Erst durch die Kraft, das Vergangene zum Leben zu gebrauchen und aus dem Geschehenen wieder Geschichte zu machen, wird der Mensch zum Menschen.“

Nietzsche

Meinen Eltern.

Inhalt

Inhalt	5
1. Einleitung.....	9
2. Hintergrund.....	13
3. Das Bellevue	23
3.1. Biographische Stationen von Ludwig Binswanger (1820-1880).....	23
3.2. Biographische Stationen von Robert Binswanger (1850-1910)	25
3.3. Bauliche Entwicklung des Bellevue: Vom Asyl zur Kuranstalt	26
3.4. Mitarbeiter des Bellevue 1896 -1900	35
4. Material und Methoden.....	42
4.1 Das Quellenmaterial	42
4.1.1. Die Krankenakten.....	43
4.1.2. Das Aufnahmebuch.....	47
4.1.3. Diagnosenkartei ("blaue Couverts")	49
4.1.4. Kopierbücher.....	51
4.1.5. Veröffentlichungen von Robert Binswanger	52
4.1.6. Briefe von Robert Binswanger an Otto Binswanger	54
4.2. Auswertungsmethoden	55
5. Quantifizierende Analyse.....	58
5.1. Administrative Informationen	58

5.1.1. Zahl der Patientenaufnahmen	59
5.1.2. Mehrfachaufenthalte.....	61
5.1.3. Verweilzeiten.....	61
5.1.4. Pensionssätze	67
5.2. Sozialdaten der Patienten.....	68
5.2.1. Verteilung nach dem Geschlecht	68
5.2.2. Verteilung nach dem Alter	68
5.2.3. Verteilung nach dem Familienstand	70
5.2.4. Verteilung nach der Konfession	73
5.2.5. Verteilung nach dem Herkunftsland	74
5.2.6. Verteilung nach Berufen.....	75
5.3. Diagnosen.....	79
5.4. Ausgang der Behandlung	85
5.5. Todesfälle	86
5.6. Aufnahme und psychiatrische Befunderhebung im Bellevue	86
6. Die Therapie im Bellevue	100
6.1. Einführung	100
6.2. Milieuthherapie	101
6.3. Psychotherapie: „Traitement moral“ und Suggestivtherapie	109
6.4. Arbeits- und Beschäftigungstherapie	112
6.5. Physikalische Therapie	117

6.5.1. Bäder.....	118
6.5.2. Andere hydrotherapeutische Anwendungen	121
6.5.3. Elektrotherapie	123
6.5.4. Massage.....	127
6.5.5. Ernährungstherapie.....	128
6.6. Medikamentöse Therapie	129
7. Ausgewählte Krankheitsbilder und Krankengeschichten.....	149
7.1. Suchtpatienten: Morphinisten und Alkoholiker	149
7.1.1. Zur Geschichte des Suchtbegriffs	150
7.1.2. Zeitgenössische Literatur	164
7.1.3. Die Krankengeschichten	177
7.2. Besondere Fälle.....	195
8. Vergleich mit den Vorzeiträumen	229
8.1. Die Patientendaten	229
8.2. Die Sozialdaten der Patienten	231
8.3. Diagnosen.....	233
8.4. Bauliche Entwicklung.....	235
8.5. Therapie.....	236
8.6. Zusammenfassende Betrachtung	236
9. Diskussion	238
10. Zusammenfassung.....	252

11. Dokumentarteil	257
11.1. Krankengeschichte Nr. 1403.....	257
11.2. Krankengeschichte Nr. 1610.....	272
11.3. Krankengeschichte Nr. 1494.....	299
11.4. Krankengeschichte Nr. 1676.....	303
11.5. Diagnoseschema Ludwig d. Ä. und Robert Binswanger	310
11.6. Anstaltsprospekt aus dem Jahre 1896.....	311
11.7. Reglement	313
12. Quellenverzeichnis	314
12.1. Ungedruckte Quellen aus dem Universitätsarchiv Tübingen (UAT)...	314
12.2. Ungedruckte Quellen aus dem Familienarchiv Binswanger (FAB)	315
13. Literaturverzeichnis	317

1. Einleitung

Mitte des 19. Jahrhunderts, im Jahre 1857, gründete der Arzt Dr. Ludwig Binswanger (1820-1880) in Kreuzlingen am Bodensee die Privatanstalt „Asyl Bellevue“, um hier Nerven- und Geisteskranke zu behandeln.

Durch die Aufklärung geprägt, war an der Wende zum 19. Jahrhundert ein anderes wissenschaftliches Denken entstanden. Mit diesem verbunden war erstmals die Vorstellung von der Heilbarkeit des „Irrseins“ durch den Einsatz gezielter therapeutischer Maßnahmen. Nachdem bis dahin die Aufgabe der Anstalten lediglich in der „Verwahrung“ der Kranken bestanden hatte, ohne einen therapeutischen Anspruch zu haben, fing man nun langsam an, den Anstalten eine Heilfunktion zuzuschreiben. So entstanden in jener Zeit zahlreiche Irrenheilanstalten, in denen die Unterbringung der Geisteskranken nicht mehr wie zuvor in Spitälern, Armenhäusern oder Gefängnissen zusammen mit Armen und Kriminellen erfolgte, neben den größeren, staatlich geführten Einrichtungen viele private Anstalten. Eine davon war Ludwig Binswangers Asyl. In den folgenden 123 Jahren, nämlich bis zur endgültigen Schließung des Bellevue im Jahr 1980, wurden hier psychiatrische Patienten von 4 Familiengenerationen behandelt.

Ludwig Binswanger, der Gründer der Anstalt, führte das Bellevue bis zu seinem Tod im Jahre 1880. Danach übernahm sein Sohn Robert Binswanger (1850-1910) die Klinikleitung. Nach dessen Tod ging im Jahr 1911 die Klinik auf den Sohn Ludwig Binswanger den Jüngeren (1880-1966) über. Im Jahr 1957 trat dieser schließlich die ärztliche Leitung an seinen Sohn Wolfgang Binswanger (1914-1993) ab. Im Jahr 1980 stand erstmals kein Familienangehöriger zur Klinikübernahme bereit. Zudem fehlten die erforderlichen finanziellen Mittel für die unabdingbar gewordene Modernisierung der Anstalt Bellevue. Die Klinik schloss somit 1980 endgültig ihre Pforten.

Im Jahr 1986 wurden zunächst das Klinikarchiv mit den Kranken- und Verwaltungsakten, der Nachlass Ludwig Binswangers des Jüngeren und schließlich im Jahr 2002 auch das umfangreiche Familienarchiv der Familie Binswanger dem

Universitätsarchiv Tübingen übergeben, wo sie heute der wissenschaftlichen Forschung zugänglich sind.

Im Rahmen eines Forschungsprojekts des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin mit dem Arbeitstitel „Erschließung und Auswertung des Binswanger-Archivs“ soll der Quellenbestand in einer fortlaufenden Reihe von Dissertationen erschlossen und unter verschiedenen psychiatrie- und sozialgeschichtlichen Fragestellungen wissenschaftlich ausgewertet werden.

Das Gesamtprojekt wurde, orientierend an den jeweiligen Direktorenschaften, zunächst in drei große Untersuchungszeiträume untergliedert. Der erste Zeitraum 1857 bis 1880 umfasst die Epoche des „Asyls“ unter der Leitung des Gründers Ludwig Binswanger. Die zweite Epoche der „Kuranstalt“ 1881 bis 1910 steht unter der Leitung Robert Binswangers und schließlich steht die letzte Epoche 1911 bis 1950 als Privatklinik unter der Leitung Ludwig Binswanger des Jüngeren.

Der Gesamtbestand an Krankenakten wurde dann zur weiteren Auswertung jeweils in Fünfjahreszeiträume untergliedert, wobei jedem Doktoranden ein solcher Untersuchungszeitraum zur quantifizierenden und qualitativen Analyse, zur Transkription und Interpretation zugeteilt wurde. Neben einer quantitativen Auswertung der Sozial- und Medizinaldaten sowie der administrativen Daten wird eine repräsentative Anzahl der im Untersuchungszeitraum vorhandenen Krankenakten vollständig transkribiert.

Als authentische und unmittelbare Zeugnisse vermögen sie uns ein lebendiges Bild zu vermitteln vom täglichen Anstaltsbetrieb, vom Umgang mit den Patienten und ihren Erkrankungen sowohl aus menschlicher, ärztlicher als auch administrativer Sicht. Auf ihre besondere Weise stellen sie eine sehr wertvolle Quelle zur Erweiterung, Ergänzung und Illustration unserer psychiatriegeschichtlichen Erkenntnisse dar.

Die Erschließung beginnt im Jahre 1857 mit der Anstaltsgründung und endet im Jahre 1950. Inzwischen liegen fertige Arbeiten aus den Zeiträumen 1861 bis 1865 von Claudia Stähler (2001), 1866 bis 1870 von Sandra Schweizer (2000), 1871 bis 1875 von Stefanie Weismann-Günzler (2004), 1886 bis 1890 von Kas-

par Domeyer (2004), 1891 bis 1895 von Amei Fischer (2004) und 1906 bis 1910 von Julia Gnann (2006) vor. Derzeit entstehen weitere Dissertationen über die Jahre von 1876 bis 1880 und die Zeiträume zwischen 1901 und 1905. Die vorliegende Arbeit knüpft mit den Jahren 1896 bis 1900 an das bereits abgeschlossene Werk von Amei Fischer an.

Ebenso wie in den bereits existierenden Dissertationen soll auch in der vorliegenden Arbeit, auf den Untersuchungszeitraum bezogen, die Patientenschaft anhand der Sozial- und Medizinaldaten sowie der administrativen Informationen untersucht werden. Daneben werden die Krankheitsbilder der Patientenschaft und das psychiatrische Konzept Robert Binswangers im Hinblick auf Diagnosestellung, Therapie sowie deren Erfolge aufgearbeitet. Hieraus sollen schließlich die diagnostischen Kriterien sowie die therapeutischen Methoden in bezug auf deren Wandel bzw. deren Konstanz erarbeitet und mit der damaligen Lehrmeinung und der gängigen Praxis verglichen werden.

Voraussetzung für eine Einordnung in die psychiatrische Landschaft ist ein gewisses Grundverständnis der psychiatriegeschichtlichen Zusammenhänge der damaligen Zeit. Aus diesem Grund soll dieser Arbeit zunächst eine kurze Darstellung der wichtigsten psychiatriegeschichtlichen Daten zum Ende des 19. Jahrhunderts vorangestellt werden.

Im Rahmen der Darstellung der Anstaltschronik werden im dritten Kapitel der Arbeit einige biographischen Angaben zu den Direktoren Ludwig Binswanger d. Ä. und Robert Binswanger dazu beitragen, eine zeitliche und thematische Einordnung der Untersuchungsergebnisse zu ermöglichen.

Das vierte Kapitel beinhaltet eine ausführliche Quellenbeschreibung, welche dem Zwecke dient, eine bessere Vorstellung vom herangezogenen Material zu ermöglichen. Diese wird durch die Erläuterung der angewandten Auswertungsmethoden ergänzt.

Im fünften Kapitel werden die Untersuchungsergebnisse der quantifizierenden Analyse in Form von Tabellen und Diagrammen dargestellt und erläutert. Gegenstand der Auswertung sind neben den administrativen Daten die Sozialdaten der Patienten und deren Diagnosen und Krankheitsbilder. Der zweite Ab-

schnitt dieses Kapitels befasst sich im Rahmen einer qualitativen Auswertung des Quellenbestandes mit den Diagnosen und der psychiatrischen Befunderhebung.

Das sechste Kapitel ist den verschiedenen, in der Kuranstalt zur Anwendung kommenden Therapieformen gewidmet. Neben Binswangers Behandlungsphilosophie werden die verschiedenen Therapiekonzepte und deren praktische Umsetzung erarbeitet und anhand von Beispielen aus den transkribierten Krankengeschichten vertieft.

Im siebten Kapitel, dem eigentlichen Hauptteil der Arbeit, werden einige ausgewählte Krankengeschichten abgehandelt. Diese sollen dem Leser eine genauere Vorstellung von den hier bearbeiteten Krankenakten geben und damit den Ausführungen dieser Arbeit Plastizität verleihen.

Das achte Kapitel befasst sich schließlich mit dem Vergleich der Untersuchungsergebnisse dieser Arbeit mit vorangegangenen Zeiträumen. Ziel ist es, Tendenzen und Entwicklungen aufzuzeigen.

In der Diskussion im neunten Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die hier gewonnenen Erkenntnisse über die Anstalt Bellevue mit den Verhältnissen der damaligen Zeit übereinstimmen oder sich von ihnen unterscheiden. Ebenso stellt sich damit auch die Frage, ob das vorliegende Quellenmaterial und dessen Auswertungsergebnisse repräsentativ sind für die Psychiatrie am Ende des 19. Jahrhunderts, oder ob und inwieweit es Besonderheiten aufweist.

Im letzten Kapitel werden die wesentlichen Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst.

2. Hintergrund

Auf den folgenden Seiten sollen einige psychiatriegeschichtliche Entwicklungen und die jeweiligen Persönlichkeiten, die diesen Entwicklungen und Strömungen ihre Prägung gaben, dargestellt werden, um dem Leser einige Hintergrundinformationen an die Hand zu geben, mit denen ein besseres Gesamtverständnis für die weiteren Ausführungen über die Binswangersche Anstalt Bellevue möglich werden soll.¹

Von der Psychiatrie als einer medizinischen Spezialdisziplin kann man erst seit der Epoche der Aufklärung Ende des 18. Jahrhunderts sprechen. Zwar haben Ärzte seit der Antike über Form und Verlauf psychischer Krankheiten geschrieben. Der Umgang mit dem „Irren“ war jedoch von größter Hilflosigkeit geprägt.

Ein irisches Parlamentsmitglied im Jahre 1817 gibt dazu folgende Beschreibung:

“[...] Werden ein kräftiger Mann oder eine Frau von den Beschwerden [einer psychischen Erkrankung] befallen, bleibt [den Familienmitgliedern] nichts anderes übrig, als ein Loch in den Boden der Hütte zu graben, nicht so tief, als dass ein Mensch aufrecht darin stehen könnte, mit einem Lattengerüst darüber, damit er nicht herausklettern kann. Das Loch ist ungefähr einen Meter fünfzig tief; dort hinein reichen sie dem bedauernswerten Wesen die Mahlzeit, und dort stirbt es im allgemeinen.“²

Auch *Anton Müller*, 1798 Leiter der Irrenanstalt im königlichen Julius-Hospital zu Würzburg, wusste über zahlreiche schauderhafte Schicksale zu berichten. So findet man unter anderem die Beschreibung eines 16-jährigen Jungen, welcher über viele Jahre im Schweinestall seines Vaters angekettet war.³ Solche Berichte machen die düstere Situation im Umgang mit den Geisteskranken deutlich. Wir wissen heute, dass Menschen, die an einer Geistesstörung litten, ihr Leben auf diese oder ähnliche Weise in der häuslichen Obhut, zumeist in

¹ Bei folgenden Ausführungen dieses Kapitels wurde im Wesentlichen auf Edward Shorter, *Geschichte der Psychiatrie* zurückgegriffen.

² Zitiert von Shorter (1999), S. 13 f., welcher von William P. Letchworth zitiert, *The Insane in Foreign Countries*, New York 1889, S. 172.

³ Vgl. Shorter (1999), S. 15.

Ketten oder eingesperrt fristeten oder aber aus dieser vertrieben, in Gefängnissen, Armenhäusern oder Verwahranstalten untergebracht waren. Aber auch diese Unterbringungen waren nicht minder grausam. So wurden hier die Kranken unter unmenschlichen Bedingungen eingesperrt, oftmals gefesselt oder in Ketten gelegt.⁴ Eine therapeutische Zuwendung gab es kaum. Die zu jener Zeit existierenden Anstalten dienten ausschließlich der Verwahrung. Der Umgang mit Menschen, durch ihr Verhalten nicht mit den vorherrschenden rigiden Normen korrespondierten, geistig retardiert oder auf irgendeine erdenkliche Art „verhaltensauffällig“ waren, war grausam und menschenunwürdig.

Anfänge der Psychiatrie und Entstehung von Irrenheilanstalten

Mit dem Zeitalter der Aufklärung und der Reformbewegung Ende des 18. Jahrhunderts und dem davon geprägten wissenschaftlichen Denken entstand eine ganz neue Idee: Irrsein ist heilbar! Diese Vorstellung hatte nun eine wesentliche Bedeutung für die Frage nach der Funktion von Anstalten.

An dieser Stelle sei zunächst der englische Mediziner *William Battie* (1703-1776) erwähnt, der als erster Psychiater den therapeutischen Nutzen von Anstaltsaufenthalten beschwor und in seinem 1758 verfassten Werk „*Treatise on Madness*“ den Anstalten ausdrücklich therapeutische Aufgaben zuwies. Battie war davon überzeugt, dass Geisteskrankheiten heilbar seien:

„Irrsein ist [...] ebenso behandelbar wie viele andere Unpässlichkeiten, die gleichermaßen schrecklich und hartnäckig sind und dennoch nicht als unheilbar betrachtet werden; diese unglücklichen Subjekte dürfen keinesfalls aufgegeben werden, und schon gar nicht darf man sie wie Kriminelle oder gesellschaftliche Übel in ekelerregenden Gefängnissen zum Schweigen verurteilen.“⁵

William Battie, Gründer von zwei großen Privatanstalten in England sowie des Londoner St. Luke's 1751, gilt als „führender Psychiater der damaligen Zeit“⁶.

⁴ Vgl. Shorter (1999), S. 16.

⁵ Zitiert von Shorter, S. 25 f; aus William Battie, „*A Treatise on Madness*“, London 1758, S. 93.

⁶ Zitiert von Shorter S. 25; aus Hunter und Macalpine, „*Three Hundred Years of Psychiatrie*“, S. 402 (nach Shorter „das Standardwerk der britischen Psychiatrie“).

Aber auch der italienische Irrenarzt *Vincencino Chiarugi* (1759-1820) soll nicht unerwähnt bleiben. Er war es, der im Alter von 29 Jahren die Eröffnung einer der ersten Irrenheilanstalten im Jahr 1788 in Florenz bewirkte. In seinem dreibändigen Werk „Über den Irrsinn“ aus den Jahren 1793 und 1794 betonte er, dass die Aufgabe der Anstalten in der Heilung und nicht in der Absonderung der Geisteskranken liege.⁷

Auch in Deutschland vollzog sich der Paradigmenwechsel. So schrieb der Ordinarius für Medizin in Halle, *Johannes Christian Reil* (1759-1813), in seinem im Jahr 1803 erschienenen Buch „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen“, endlich seien die Schrecken der Gefängnisse und Kerker vorüber.⁸ Reil zählte zu denjenigen Ärzten, welche die Psychiatrie als eigenständige Disziplin propagierten, wobei er zunächst kaum Erfahrung auf diesem Gebiet hatte. Vielmehr war er auf dem Gebiet der Anatomie des Nervensystems und der Inneren Medizin zu Hause, und in welchem Maße er überhaupt Kontakt zu Geisteskranken hatte, so Shorter, sei bis heute unklar. Dennoch erstellte er eine Liste der „für die Cur der Irren erforderlichen Eigenschaften“, die seiner Meinung nach einen guten Irrenarzt ausmachten. Hierzu zählte er Scharfblick, Beobachtungsgabe, Intelligenz, guten Willen, Beharrlichkeit, Geduld, Erfahrung, eine imposante Statur und ein Gesicht, das Respekt gebot. Reil war es auch, der im Jahre 1808 den Begriff „Psychiaterie“ prägte und im Jahre 1816 zu „Psychiatrie“ verkürzte.⁹

Der Pariser Irrenarzt *Philippe Pinel* (1755-1826) wurde als „großer Befreier der Irren“ gefeiert.¹⁰ Obwohl er die Ankettung der Kranken abschaffte, hielt er den Gebrauch ärztlich verordneter Zwangsmaßnahmen für erforderlich und ersetzte die Ketten durch die Zwangsjacke, den Drehstuhl oder die sogenannte Douche. In seinem im Jahre 1801 veröffentlichten einflussreichen Lehrbuch „*Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale*“ ist zu lesen:

⁷ Vgl. Shorter (1999), S. 26.

⁸ Ebenda, S. 24.

⁹ Vgl. Mechler (1963), S. 105 f.

¹⁰ Vgl. Shorter (1999), S. 28.

„Es gibt wohlbegründete Hoffnung, dass man Individuen, die als hoffnungslose Fälle gelten, in die Gesellschaft zurückführen kann. Unsere emsigste und unermüdlichste Aufmerksamkeit muss jenen unzähligen gemütsgestörten Patienten gelten, die konvaleszieren oder wenigstens lichte Momente haben; diese Gruppe sollte in einer abgetrennten Abteilung des Hospizes untergebracht werden... und einer psychologischen Behandlung [institution morale] unterzogen werden, welche dem Zwecke dient, die Fähigkeiten ihres Verstandes zu entwickeln und zu schärfen.“¹¹

Die praktische Umsetzung seiner Ideen gelang ihm mit Hilfe seines Pariser Schülers *Jean-Etienne Esquirol* (1772-1840), der heute als Vorgänger der späteren Sozialpsychiatrie gilt.

In welcher Weise unterschied sich das Konzept der Heilanstalt von dem der bisherigen Irrenhäuser? Die Reformpsychiater schrieben den therapeutischen Nutzen der Heilanstalt im wesentlichen einerseits dem Rahmen selbst mit seiner Routine und dem Gemeinschaftsgeist sowie der besonderen Arzt-Patienten-Beziehung, der „moralischen Therapie“¹² zu. Hierzu gehörten strenge Regeln, strukturierte Tagesabläufe und Selbstdisziplin, eingebettet in ein angenehmes Ambiente mit dem reichen Angebot sinnvoller Beschäftigungsmaßnahmen.

Reil selbst verstand unter der „psychischen Curmethode“ eine „methodische Anwendung solcher Mittel auf den Menschen, welche zunächst auf die Seele desselben und auf diese in der Absicht wirken, damit dadurch die Heilung einer Krankheit zu Stande kommen möge. Es ist daher in Rücksicht ihres Begriffs gleichgültig, ob sie eine Krankheit der Seele oder des Körpers heilen; ob das erregte Spiel der Seelenkräfte, zum Behuf der Heilung, durch mitgetheilte Vorstellungen und Begriffe, oder durch körperliche Mittel, z.B. durch Ruthen, Douchen, Kanonendonner erregt worden ist.“ Sein Behandlungssystem beinhaltete dabei psychische und physische Elemente, die der sinnlichen Anregung dienen sollten. Zu diesem Zwecke sollte beispielsweise ein Theater in der Anstalt ein-

¹¹ Vgl. Shorter (1999), S. 28, Vgl. auch Philippe Pinel, *Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2. Aug., Paris 1809, S. 252 f.

¹² Zeitgenössischer Begriff aus Frankreich („le traitement moral“) u. Großbritannien („moral therapy“), welcher nicht als Moral im gebräuchlichen Sinne zu übersetzen gilt, sondern vielmehr als „Gemütstherapie“ verstanden werden muss.

gerichtet werden oder die männlichen Patienten sollten Prostituierte empfangen können und den Kranken der Beischlaf gestattet werden.¹³

„Männern kann man durch eine öffentliche Dirne, Weibern schwerer genügen, weil sie schwanger werden, und ihr Uebel auf die Frucht forterben können.“

Aber die Mittel, die außerdem zur Anwendung kommen sollten, waren teilweise haarsträubend: Peitschen mit Brennesseln, glühende Eisen, brennender Siegellack (zur Erzeugung einer psychischen Wirkung), Haarseile oder Niesmittel. Um dem Kranken helfen zu können, so Reil, war es hilfreich als Erlöser vor dem Patienten aufzutreten, indem man ihm zunächst absichtlich Schmerz, Hunger und andere Qualen zufügte, um ihn anschließend wieder davon zu befreien: „[...] Wir lassen ihn frieren, hungern, dursten; erwärmen ihn dann, und laben ihn mit Speise und Trank.“¹⁴ Ebenso waren Zwangsmaßnahmen wie die Zwangsjacke, der Drehstuhl oder das Zwangsstehen, aber auch das Übergießen mit kaltem Wasser und das Einsperren wichtige Bestandteile des therapeutischen Vorgehens.

In ganz Europa wurden im 19. Jahrhundert zahlreiche Irrenheilanstalten gegründet, in denen versucht wurde, das Konzept der „moralischen Therapie“ praktisch umzusetzen. Auch auf die Entwicklung in Deutschland nahmen die Ideen von Reil und Pinel spürbaren Einfluss. Im Zuge der Maßnahmen, die das beschlossene Ziel verfolgten, in ganz Preußen die Reformen von Reil und Pinel durchzusetzen, wurde im Jahre 1825 die vorbildhafte Modellanstalt Siegburg in der Nähe von Bonn, eröffnet, die unter der Leitung von *Karl Wigand Maximilian Jacobi* (1775-1858) zum Wegweiser der mitteleuropäischen Reform wurde.¹⁵ Jacobi hatte großes Vertrauen in die Prinzipien der Gründerväter Reil und Pinel und war sehr darauf bedacht, die Vorgaben der „moralischen Therapie“ genauestens zu befolgen. Sein im Jahre 1834 veröffentlichtes Werk „Über die Anlegung und Einrichtung von Irrenheilanstalten, mit ausführlicher Darstellung der Irren-Heilanstalt zu Siegburg“ veranlasste Ärzte aus zahlreichen Ländern, dort-

¹³ Vgl. Reil, *Rhapsodien* (1803), S. 27 f, S. 185 ff. und 190 ff.

¹⁴ Ebenda, S. 187.

¹⁵ Vgl. Shorter (1999), S. 66.

hin zu reisen und sich den Anstaltsbetrieb aus der Nähe anzusehen. Neben den gängigen medizinischen Therapiemaßnahmen wie Aderlass, Einläufen und Medikamentenverordnungen, betonte er die Bedeutung von Wasserbehandlungen, unterstützt durch „entsprechende Ernährung, gutes Klima, angenehme Raumtemperaturen und körperliche Betätigung.“¹⁶

Einige weitere Kliniken, die in Deutschland im Rahmen der Reformpsychiatrie ihre Pforten öffneten, waren beispielsweise im Jahre 1830 der Sachsenberg unter der Leitung von Karl Flemming (1799-1880) und die Anstalt Winnenthal unter Ernst Albert von Zeller (1804-1877); im Jahr 1836 folgte unter Heinrich Damerow (1798-1866) die Anstalt in Halle.

Das Scheitern der Irrenheilanstalten

Im Laufe des 19. Jahrhunderts kam es zu einer offenbar drastischen Zunahme der Einweisung von Patienten, so dass die Anstalten regelrecht überschwemmt wurden. Diese waren dem neuen Ansturm nicht gewachsen und sahen sich in Anbetracht dieser Patientenflut nicht mehr in der Lage, die hohen Ideale der Reformer zu erfüllen. Zunehmend gerieten die Heilanstalten wieder zu Verwahranstalten.¹⁷ Die Ursachen für diese Patientenzunahme sind bis heute in der Psychiatriegeschichte umstritten.¹⁸ Ein Erklärungsmodell besagt, dass Geisteskrankheiten als solche überhaupt nicht existieren und lediglich eine, in jener Zeit zunehmende, gesellschaftliche Intoleranz gegenüber Menschen, die den gängigen Normen nicht entsprachen, zu dieser Internierungswelle geführt hat. Eine andere Gruppe vertritt die Auffassung, dass Geisteskrankheiten eine recht konstante Prävalenz über Raum, Kultur und Zeit zeigen und die scheinbare Zunahme nur durch soziale Faktoren zu erklären ist.

Der dritte Ansatz geht davon aus, dass die jeweils herrschenden sozialen Bedingungen Verstand und Gehirn beeinflussen und damit ihre wechselnde Häufigkeit bedingen.

¹⁶ Vgl. Jacobi (1834), S. 16 f.

¹⁷ Vgl. Shorter S. 78 f.

¹⁸ Vgl. Shorter (1999), S. 81 f.

Shorter selbst sieht die Gründe zum einen in einer Umverteilung von Kranken durch die neuorganisierten Pflegestrukturen (Verlegung von Kranken aus der Familie oder den Armenhäusern in die Anstalten) und zum anderen aber auch in einem tatsächlichen Zuwachs an psychischen Krankheiten, wie beispielsweise der Neurosyphilis oder der Trinkerpsychosen.¹⁹

Ätiologie der Geisteskrankheiten

„Psychiker“ und „Somatiker“

Über die Ursachen von Geisteskrankheiten herrschte Anfang des 19. Jahrhunderts Uneinigkeit, wobei sich zwei gegensätzliche Ansätze voneinander abhoben, und zwar die der „Psychiker“ auf der einen Seite und die der „Somatiker“ auf der anderen. Die Psychiker galten dabei als die Hauptvertreter der „romantischen Psychiatrie“. Sie gingen von einer Erkrankung der körperlosen Seele und einem Eigenverschulden des Kranken selbst aus. Die „religiösen Psychiker“, als deren Vertreter *Johann Nepomuk von Ringseis* (1785-1880) und *Johann Christian August Heinroth* (1773-1843) zu nennen sind, betrachteten Schuld, Moral und Sünde als ursächlich, wobei die Krankheit als eine Strafe Gottes zu sehen war und folglich durch das Gebet und die heiligen Sakramente der Heilung zugeführt werden konnte. Heinroth selbst, geprägt durch eine fundamentalistisch-protestantische Weltanschauung, gilt als bedeutendste Figur der romantischen Psychiatrie in Deutschland. Im Gegensatz dazu sahen die „ethischen Psychiker“ die Wurzel des Übels in einer gesteigerten Individualität sowie in übermäßigen Leidenschaften. Sie machten damit Moral und sittliches Handeln für die Entstehung von Geisteskrankheiten verantwortlich. In diesem Sinne vertrat der vorrangig literarisch tätige *Karl Wilhelm Ideler* (1795-1860) die These, dass Geisteskrankheiten lediglich Verirrungen des Geistes infolge von „Ausschreitungen der Leidenschaften“ seien.

Im Gegensatz dazu waren die Somatiker der Auffassung, dass die körperlose Seele selbst nicht erkranken könne, und sahen in den Geisteskrankheiten vielmehr die Folge rein organischer Leiden. Hauptvertreter dieses „biologisch“ ori-

¹⁹ Ebenda, S. 82 f.

entierten Ansatzes waren *Christian Friedrich Nasse* (1778-1851) und *Maximilian Jacobi*. Für letzteren stellten Geistesstörungen lediglich Symptome körperlicher Erkrankungen dar. Jacobi sah den Arzt als Naturforscher, der als solcher die psychischen Erscheinungen, sofern sie Naturerscheinungen waren, als ein organisches Phänomen beobachtete.²⁰

Wilhelm Griesinger

Wilhelm Griesinger (1817-1868), einer der renommiertesten Psychiater des 19. Jahrhunderts, soll an dieser Stelle ebenfalls erwähnt werden. Griesinger, der heute als „Vater der Neuropsychiatrie“ gilt, begann seine medizinische Laufbahn zunächst als praktischer Arzt in Friedrichshafen am Bodensee. Nach einer zweijährigen Tätigkeit als Sekundärarzt unter Ernst Albert von Zeller in der 1834 eröffneten Nervenheilanstalt im Württembergischen Winnenthal trat er im Jahr 1843 eine Assistenzarztstelle an der Medizinischen Klinik Tübingen an, wo er sich im selben Jahr für Pathologie und Therapie habilitierte. Im Jahr 1847 wurde er außerordentlichen Professor. Den Ruf des Reformers und Vordenkers brachte ihm das im Jahr 1845 veröffentlichte Werk „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ ein, das große Verbreitung fand und mit dem es ihm gelang, die Psychiatrie auf eine wissenschaftliche Grundlage zu stellen.

Griesinger befasste sich nicht nur mit der Erforschung der Ursachen von Geistesstörungen, sondern war darüber hinaus um eine klinisch brauchbare Klärung des Krankheitsbegriffs in der Psychiatrie bemüht. Bei der Frage, welchem Organ das Irrsein zuzuordnen sei, suchte Griesinger nach einer exakten naturwissenschaftlich orientierten Erklärung und plädierte für eine empirische und experimentelle Herangehensweise. Er unternahm den Versuch, seelische Störungen durch klinische, physiologische und pathologische Betrachtung zu erklären. Griesinger sah Geisteskrankheiten als Symptome einer Erkrankung des Gehirns an, wobei er psychologische Ursachen als die „häufigsten und ergiebigsten Quellen des Irrseins“²¹, als einem „intensiven Irritationszustand des Ge-

²⁰ Vgl. Jacobi (1830), S. 2.

²¹ Vgl. Griesinger (1861), S.169.

hirns²² oder einer „directe[n] Überreizung des Gehirns“²³ hervorgerufen durch bestimmte Emotionen in seine Betrachtung mit einschloss. Er folgte damit weder den Lehren der Somatiker, die Geisteskrankheiten lediglich als eine Folge organischer Krankheiten sahen, noch denen der Psychiker, deren romantische, auf Moral und Sünde fixierte Sichtweise er sogar heftig angriff.

Degenerationslehre

Benedict Morel (1809-1873) prägte 1857 das Konzept der Degeneration, indem er die These aufstellte, dass Erbfehler oder negative Umwelteinflüsse für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich waren, in der Form, dass sich pathologische Organmerkmale früherer Generationen in den Kranken wiederholten und diese somit das ganze Gewicht generationenalten Irrseins mit sich herumtrugen.²⁴ Hierin sah er wiederum eine Gefahr, nicht nur für die Familie, sondern für die ganze Gesellschaft. Diese These aufgreifend, war es schließlich *Richard von Krafft-Ebing* (1840-1902), Professor für Psychiatrie in Straßburg, Graz und ab 1889 in Wien, der Ende der 60-er Jahre die Degeneration zu einer möglichen Ursache für angeborene Kriminalität erklärte und das Irrsein als das letzte Glied einer Kette psychopathischer Anlagen oder Degenerationsveranlagungen bezeichnete.²⁵

Forderung eines Klassifikationsschemas der Geisteskrankheiten

Eine Klassifikation der Geisteskrankheiten nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten ist seit dem 19. Jahrhundert zwar immer wieder versucht, aber letztlich aus Mangel an eindeutigen Befunden nicht erreicht worden.

Eine zentrale Rolle in den folgenden psychiatriegeschichtlichen Entwicklungen Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts sollte dem in Norddeutschland geborenen *Emil Kraepelin* (1856-1926) zukommen. Er war ordentlicher Professor der Psychiatrie an den Universitäten in Dorpat (1886), Heidelberg (1891)

²² Ebenda, S.171.

²³ Ebenda, S.171.

²⁴ Vgl. Shorter (1999), S. 149.

²⁵ Ebenda, S. 150.

und München (1903). Kraepelins Interesse galt weniger der anatomisch orientierten Psychiatrie als vielmehr der Psychologie und den psychologischen Dimensionen psychischer Krankheiten. Er befasste sich, ausgehend von einer psychologischen Betrachtungsweise, mit der klinischen Beobachtung von Krankheitsbildern, deren Entwicklung und Verlauf, und versuchte eine Differenzierung der verschiedenen Erkrankungen anhand der klinischen Erscheinungsbilder und des Verlaufs. Dafür legte er für jeden seiner Patienten eine Karteikarte an, auf welcher er die Krankengeschichte sowie den Zustand zum Zeitpunkt der Entlassung dokumentierte. Seine Ideen publizierte er u.a. in einem Lehrbuch der Psychiatrie, dessen erste Auflage im Jahr 1883 erschien. Insgesamt sechs Auflagen, ständig erweitert und revidiert, erschienen bis zum Jahr 1899, zwei weitere bis zu Kraepelins Tod. Die darin enthaltene Klassifikation von Krankheiten bildete die Grundlage für das bis heute gültige Standardwerk der Psychiatrie, nämlich das „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der Amerikanischen Psychiatric Association. In seiner Klassifikation nahm Kraepelin eine Zuordnung der Geisteskrankheiten in insgesamt dreizehn Gruppen vor, wobei er jedoch erstmalig eine Unterteilung von Psychosen ohne erkennbare organische Ursache (endogene Psychosen) in zwei Gruppen vornahm: Er unterschied *Psychosen mit einer affektiven Komponente*, die eine gute Prognose hatten, von *Psychosen ohne affektive Komponente* mit schlechter Prognose. Diese nannte er „Dementia praecox“.²⁶

²⁶ Eugen Bleuler (1857–1939), Professor der Psychiatrie in Zürich, schlug 1911 für Dementia praecox den Namen „Schizophrenie“ vor.

3. Das Bellevue

3.1. Biographische Stationen von Ludwig Binswanger (1820-1880)²⁷

25. Juni 1820: Geboren als fünftes Kind des jüdischen Hausierhändlers Moses Binswanger in Osterberg in Bayern.

1840: Abitur mit Auszeichnung in Augsburg.

1840-1845: Beginn mit dem Philosophie-Studium in Erlangen. Ab 1841 Medizinstudium in München und Heidelberg.

1845-1846: Assistent am Augsburger Krankenhaus und Leitung der Irrenabteilung.

1846: Abschluss des Medizinstudiums mit der Note 1,0 und Promotion mit der Dissertationsarbeit „Die pharmakologische Würdigung der Borsäure, des Borax und anderer borsauerer Verbindungen in ihrer Einwirkung auf den gesunden und kranken thierischen Organismus.“

Wegen seiner jüdischen Abstammung bleibt ihm der Eintritt in den Staatsdienst als Arzt verwehrt. Ludwig folgt einer Einladung Wilhelm Griesingers (1817-1868) zur Mitarbeit am „Archiv für physiologische Heilkunde“ in Tübingen.

1848: Veröffentlichung der Arbeit „Das Chloroform in seiner Wirkung auf Menschen und Thiere“ zusammen mit Aloys Martin.

März: Tritt im Rahmen einer öffentlichen Kundgebung in München mit einer Rede für die Emanzipation der Juden ein.

8. März 1848-1849: Assistenzarzt an der Medizinischen Klinik in Tübingen unter Carl Wunderlich. Abhalten von Vorlesungen im Rahmen einer Privatdozentur.

²⁷ Für detailliertere Ausführungen zum Leben und zur Person Ludwig Binswangers sei an dieser Stelle auf die bereits vorliegenden Dissertationen von Sandra Schweizer und Claudia Stäbler verwiesen. Bei den hier vorliegenden Angaben ist teilweise auf diese Arbeiten zurückgegriffen worden, wobei alle Informationen auf der Auswertung des Binswanger-Archivs im Universitätsarchiv Tübingen beruhen.

24. Juli: Heirat mit Jeanette Raphaela Landauer (1825-1891). Aus der Ehe gehen die fünf Kinder Anna (1849), Robert (1850), Gustav (1851), Otto (1852) und Louise (1858) hervor.

1850:

10. Februar: Ernennung zum Direktor der Irren- und Pflegeanstalt in Münsterlingen/Thurgau auf Empfehlung Wilhelm Griesingers. Zur weiteren Ausbildung dreimonatiger Aufenthalt in Winnenthal bei Winnenden/Württemberg unter Ernst Albert von Zeller (1804-1877) und in Siegburg/Rheinland unter Maximilian Jacobi (1775-1858).

1. Juli: Amtsantritt als Leiter der Irren- und Pflegeanstalt in Münsterlingen. Damit verzichtet Ludwig Binswanger auf eine akademische Karriere.

1852: Nach der Geburt des Sohnes Otto lassen Ludwig und Jeanette ihre Kinder im evangelisch-reformierten Glauben taufen. Ludwig selbst und seine Frau Jeanette treten erst im Jahr 1856 respektive 1865 zum christlichen Glauben über.

1857:

28. Januar: Erwerb der Villa Bellevue, einer ehemaligen Emigrantendruckerei, in Kreuzlingen am Bodensee.

27. März: Das Asyl Bellevue öffnet seine Pforten. Eintritt der ersten fünf Patienten.

1861: Reise nach Schweden und Norwegen. Besuch von Professor Virchow in Berlin.

1863: Einweihung der Bahnlinie Schaffhausen-Konstanz. Bemühungen Ludwigs um die Fortsetzung der Bahnstrecke bis Romanshorn, um für Kreuzlingen einen eigenen Bahnhof zu erhalten.

1866: Erhalt der Gemeinde- und Kantonsbürgerrechte von Thurgau.

1873: Reise nach Bayern und Besichtigung der Weltausstellung in Wien.

1874-1877: Erwerb des Landguts Brunnegg und Ausbau der Villa zu einem schlossähnlichen Gebäude.

1877: Reise nach Italien und Frankreich mit Besuch der Städte Turin, Genua, Rom, Venedig, Mailand, San Remo, Nizza und Paris.

6. August 1880: Tod Ludwig Binswangers in Kreuzlingen.

3.2. Biographische Stationen von Robert Binswanger (1850-1910)

12. Mai 1850: Geboren als zweites von fünf Kindern von Ludwig und Jeanette Binswanger in Tübingen.

Bis 1874: Besuch der Schule in Egelshofen, dann des Gymnasiums in Konstanz und kurze Zeit später Wechsel in die Kantonsschule in Frauenfeld.

1870-1874: Beginn des Medizinstudiums in Zürich, nach dem Physikum Hauptstudium in Tübingen, Straßburg und Basel, wo er das Staatsexamen ablegt.

1874: Robert und sein Bruder Otto Binswanger arbeiten gemeinsam als Assistenten bei Ernst Victor von Leyden (1832-1910) in Straßburg.

1875: Promotion in Straßburg mit der Dissertationsarbeit „Über die Entstehung der in der Kindheit erworbenen halbseitigen Gehirnatrophie“.

1875-1876: Einjährige Assistenzzeit bei Ludwig Meyer (1827-1900) in Göttingen.

30. Dezember 1876: Heirat mit Berta Hasenclever (1874-1896), der Schwester des Verlobten von Roberts jüngerer Schwester Anna. Aus der gemeinsamen Ehe gehen die fünf Kinder Anna (1877), Ludwig (1881), Otto (1882), Bertha (1884) und Robert (1892) hervor.

1. Januar 1877: Roberts Eintritt ins Bellevue.

1880: Mit dem Tod des Vaters werden nach dem ausdrücklichen testamentarischen Wunsch Ludwig Binswangers die beiden Söhne Robert und sein jüngerer Bruder Otto gemeinsam Eigentümer des Asyls. Während Robert die Leitung der Klinik übernimmt, entscheidet sich Otto für die akademische Laufbahn und lässt dem Bruder freie Hand sowohl bei der administrativen und baulichen als auch bei der medizinischen Gestaltung der Anstalt.

1892: Vortrag Robert Binswangers auf dem XI. Kongress für Innere Medizin in Leipzig über die Erfolge der Suggestivtherapie.

1894: Veröffentlichung seiner Arbeit „Karl Stauffer-Bern. Eine psychiatrische Studie.“

1896: Tod seiner Frau Bertha an Brustkrebs.

1897: Heirat mit Marie-Louise Reiners geb. Meyer (1871-1941). Dieser zweiten Ehe Roberts entstammen die zwei Söhne Eduard (1898) und Herbert (1900).

1898/99: Das Bellevue geht gegen Auszahlung des Bruders Otto mit 40.000 Franken in den Alleinbesitz Robert Binswangers über.

6. Dezember 1910: Tod Robert Binswangers in Kreuzlingen.

Sein Sohn Ludwig Binswanger der Jüngere tritt die Nachfolge an und übernimmt die Leitung der Kuranstalt.

3.3. Bauliche Entwicklung des Bellevue: Vom Asyl zur Kuranstalt

Nach dem Tod Ludwig Binswangers im Jahre 1880 tritt sein Sohn Robert Binswanger die Nachfolge des Vaters an und übernimmt die Leitung des Sanatoriums Bellevue, welches zu diesem Zeitpunkt aus den 4 Gebäuden Bellevue, Dépendence (auch Mittelbau genannt), Harmonie und Landegg besteht.

1857-1880: Die Anstalt vor der Klinikübernahme durch Robert Binswanger

Am 28. Januar 1857 erwirbt Ludwig Binswanger die im schweizerischen Kanton Thurgau gelegene Villa Bellevue in Kreuzlingen zu einem Preis von 32.142 Franken, um hier ein Privatasyl für Gemütskranke zu gründen. Über die Beweggründe des Vaters schreibt sein Sohn Robert rund 30 Jahre später folgendes:

„Die Sorge für seine Familie u. die Erziehung seiner Kinder bewog ihn, eine Privatanstalt in der Nähe einer Stadt zu errichten u. so erwarb er die 5 Minuten von

Konstanz entfernte auf Schweizer Gebiet (Ct. Thurgau) gelegene Villa Belle-vue, welche für seine Zwecke sich sehr geeignet zeigte.²⁸

Die Villa Bellevue, ehemals eine Emigrantendruckerei für vormärzliche Schriften (1843-1847), scheint Ludwig Binswanger wegen ihrer freien Lage inmitten von Wiesen und ausgedehnten Garten- und Parkanlagen besonders geeignet.²⁹ Das Haus verfügt über „sehr große hohe Zimmer u. Salons mit sehr schönem Blick auf See und Gebirge.“³⁰ Außerdem ist ein Anbau mit einem Speisesaal und weiteren Räumen im Souterrain vorhanden, welche „sich nicht zu schwer zu Isolierzimmern umbauen ließen“.³¹ Das 2-stöckige Gebäude bietet neben dem Arzt mit seiner Familie zunächst Raum für etwa 15 Kranke.

Am 27. März bezieht die Familie die Villa Bellevue, und noch am selben Tag tritt der erste Patient ein.

Ludwig Binswangers Anstaltskonzept sieht eine offene Behandlung der Kranken in Kombination mit einer Familienpflege vor:

„Sein ganzes Leben stand im Dienste seiner Kranken u. er widmete sich denselben mit der größten Opferfreudigkeit, verlangte aber dieselbe auch in vollem Maaße in erster Linie von seiner eigenen Familie u. dann von Allen, welche dazu berufen waren, an der Behandlung u. Pflege der Patienten mitzuwirken. Wenn derselbe schon gezwungen war, dem eigenen Familienverkehr für einige Zeit zu entsagen, so hielt mein Vater es für die erste Pflicht ihm denselben nach Kräften zu ersetzen u. er bildete dann aus der ganzen Anstalt einen großen Familienkreis, dem er als wahrhafter Patriarch vorstand.“³²

Trotz zahlreicher Umbaumaßnahmen in den folgenden Jahren bleibt das Mutterhaus Bellevue stets der Mittelpunkt des Asyls.

Die Dépendence stellt den ersten Neubau des Asyls im Jahre 1869 dar und kann im Jahre 1870 bezogen werden.³³ Im Tagebuch Ludwig Binswangers findet sich folgender Eintrag: „Trotz gesundheitl. Einschränkungen Bau der Dépendence“.

²⁸ FAB 307.

²⁹ Ebenda.

³⁰ Ebenda.

³¹ Ebenda.

³² FAB 307.

³³ Vgl. Geh. Finanzbuch, S. 15r.

In seiner Beschreibung des Bellevue aus dem Jahr 1890 bewertet Robert Binswanger dies folgendermaßen:

„Durch diese Dépendence war es möglich geworden vorübergehend unruhige Kranke zu isolieren. In erster Linie diente sie aber nicht gesellschaftsfähigen Kranken, meistens Pfleglingen als passende Wohnung.“³⁴

Der Ankauf des benachbarten Rieglhauses von Johann Rutishauser-Wyler, Harmonie, erfolgt am 8. November 1873.³⁵ Die Fertigungskosten belaufen sich auf 31.000 Franken.³⁶ Zu diesem Kauf findet sich folgender Tagebucheintrag von Jeanette Binswanger:

„Kauf des Nebenhauses, von dem Rutishauser, als Erweiterung des Bellevue für 31.000 frs. ohne Reparaturen, zur Zeit überflüssig, aber für die nahe Zukunft, wenn die Söhne ausstudiert, u. Familienwohnung sehr erwünscht.“ Robert erklärt den Kauf folgendermaßen: „Dieser rasche Zuwachs machte den Ankauf eines Nachbarhauses nothwendig, das 1873 zum Asyl kam.“³⁷

Das im Jahre 1873 erbaute, jenseits der Hauptstraße gelegene Nachbarhaus Landegg kommt im Jahre 1879 als viertes und letztes Haus unter Ludwig Binswanger zum Asyl hinzu.³⁸

Schließlich erwirbt Ludwig Binswanger im Jahre 1874 das Landgut „Unter-Gyrsberg“ im 20 Minuten entfernten Ort Emmishofen als Wohnhaus für seine Familie. Der dortigen Quellen wegen wird es in Brunnegg umbenannt. Das alte Langhaus wird in den Jahren 1876-1877 zu einem „neuzeitlichen schlossartigen Gebäude“³⁹ umgebaut.

Die Zahl der Patienten steigt mit der Vergrößerung des Asyls von zunächst rund 15 Kranken im Jahr 1857 auf durchschnittlich 25 Kranke im Jahr 1870 und schließlich auf 40 Kranke im Jahre 1880.

³⁴ FAB 307: Bericht R. Binswanger über d. Bellevue ca. 1890. Anm.: Das Gebäude wurde bereits am 28. April 1870 durch Brandstiftung von dem „geisteskranken Pensionär M. de P.“ (Nr. 235) zerstört. Der Schaden konnte bis Juni weitgehend behoben werden. Tagebucheintrag Jeanette Binswanger am 28.4.1870.

³⁵ Kreuzlinger Mosaik 1991, S. 151.

³⁶ Geheimes Finanzbuch, S. 17v.

³⁷ FAB 307.

³⁸ FAB 307 u. Kreuzlinger Mosaik 1991, S. 151.

³⁹ Kreuzlinger Mosaik 1991, S. 152.

Ausbau des Bellevue zur „Kuranstalt für Nerven- und Gemütskranke“ 1880-1895

Im wesentlichen an den Prinzipien des Anstaltsgründers festhaltend, weicht Robert Binswanger nach der Klinikübernahme nicht von dem leitenden Grundsatz des Vaters ab, der besagt, „dass ein möglichst enger Anschluss der Kranken an die Familie des Arztes, diesem die beste Gelegenheit gäbe, sie [die Kranken] nicht nur in allen ihren Eigenheiten genau zu beobachten, sondern auch seine eigene psychotherapeutische Einwirkung von den Seinigen unterstützen zu lassen und zu verbreitern.“⁴⁰

So also zieht auch Robert Binswanger jedes Familienmitglied, das über „die nötigen geistigen Fähigkeiten und Neigungen zum psychiatrischen Hilfsdienst“⁴¹ verfügt, zu dieser Aufgabe heran. Neben der Einbindung gesunder „Laienelemente“ in die Therapie sieht er zugleich die Notwendigkeit, „auch häusliches Behagen [...] zu vermitteln.“⁴² Der bedeutendste Schritt hierfür ist die Durchführung einer Trennung von Geistesgestörten und Nervenkranken. So schreibt Robert Binswanger selbst zehn Jahre später folgendes:

„Die Aufgabe, welche ich mir nach Uebernahme des Asyls gestellt, bestand in erster Linie darin, eine möglichst scharfe Trennung von leichteren u. schwereren Kranken durchzuführen. Ich wollte auf der einen Seite den gesellschaftsfähigen Theil der Pensionäre von jeglichem Eindruck des anstaltsmäßigen Aufenthaltes befreien u. andererseits den eigentlichen Geisteskranken eine Unterkunft bieten, welche den Anforderungen einer modernen Anstalt durchaus entsprach. Zu der Ausführung des Planes gehörte eine große räumliche Ausdehnung u. ließ sich dieselbe in dem Rahmen des sogenannten Pavillonsystems, welche ja bereits in den Anfängen gegeben war, gut verfolgen.“⁴³

Neben der rein äußeren Ausgestaltung der Anstalt ist Robert Binswanger stets darum bemüht, den Betrieb auf den modernen Stand der damaligen Zeit zu bringen. Er begründet dies damit, dass „der Kranke dieser Zeit nicht mehr in erster Linie ein Asyl und Liebe verlangte, sondern entsprechend dem Fortschritt der Psychiatrie als Wissenschaft, Behandlung.“

⁴⁰ FAB 351 Biographie Robert Binswanger v. Dr. Smidt 1920.

⁴¹ Ebenda.

⁴² Ebenda.

⁴³ FAB 307 ca. 1980.

Sein Ziel ist der Ausbau des Asyls zur „Offenen Kuranstalt für Nerven- u. Gemütskranke“. Dabei soll das Konzept des medizinischen Apparats sowohl Asyl als auch Klinik umfassen. Das Asyl soll weiterhin den Grundsätzen des Vaters entsprechend, eine offene Abteilung bilden, die Klinik dagegen eine geschlossene Abteilung mit „geschultem Pflegepersonal, Dauerbad- und Bettbehandlung, Arbeitstherapie sowie einer erweiterten pharmakologischen Behandlung.“⁴⁴ Robert Binswanger sieht einen besonderen Vorteil darin, durch die Verbindung von Asyl und Klinik Kranke aus der „offenen Kuranstalt“ bei plötzlicher Verschlechterung des Gemütszustandes in die hauseigene „Klinik“ zu verlegen. So kann ein umständlicher und für den Patienten möglicherweise gefährlicher Transport in eine andere Irrenanstalt vermieden werden.

Bereits ein Jahr nach seiner Klinikübernahme im Jahre 1881 beginnt er mit ehrgeizigen Bauvorhaben zum Ausbau der Anstalt, welche ihren Höhepunkt in den Jahren 1899-1907 erreichen sollten. In den Jahren 1881 und 1885 entstehen nebenan, in einem abgelegenen Teil des Parks, die zwei Isolierpavillons Waldegg und Tannegg für Geisteskranke. Die Waldegg bietet Platz für 8-9 männliche Patienten, die Tannegg für 8-10 Frauen.

Darüber schreibt Robert selbst im Jahre 1890:

„Jetzt war jede nähere Berührung zwischen Geisteskranken u. Nervenkranken, um mit diesem Worte dem modernen Sprachgebrauch zu folgen, vermieden, jede Gefahr durch einen plötzlich in der Nachbarschaft entstandenen Lärm erschreckt zu werden, beseitigt.“⁴⁵

Zunächst nehmen in den Jahren 1880-81 die Patientenzahlen etwas ab (vgl. Abbildung 2). So schreibt Robert am 21.01.1882 nach Bilanzschluss für das Jahr 1881 folgendes an seinen Bruder Otto nach Jena:

„Die Aufnahmen haben eigentlich abgenommen [...]. Kurz, es fehlt die Solidität des Geschäfts, woran wir freilich nicht schuld sind; denn wir haben ja Alles verbessert. Eine Prachtskegelbahn pro 4800 frs., einen Isolirpavillon [Waldegg], der sehr schön wird. Freilich die Harmonie ist stets der wunde Punkt. Vor einigen

⁴⁴ UAT 443/125: vgl. Ludwig Binswanger zur Geschichte d. Heilanstalt Bellevue 1857-1957. Festschrift zum 100-jährigen Jubiläum d. Anstalt Bellevue.

⁴⁵ FAB 307 ca. 1980.

Monaten besah sich ein russischer General dieselbe, der seine Frau hierher thun wollte. Er zog ab und ward nie wieder gesehen.“⁴⁶

Trotz steigender Zahl der Patientenaufnahmen in den Jahren 1882 und 1883 von 20 auf über 30 Patienten sowie zahlreicher Anfragen kann er sich nicht zu weiterer Bautätigkeit entschließen. Er ist sogar gezwungen, Patienten aus Platzmangel abzuweisen. So schreibt er am 22. Juni 1883 an seinen Bruder Otto:

„Wahrlich wenn ich gesund wäre, so würde ich eine Neubaute aus dem Boden stampfen, denn in der Zeit der Aernte soll man nicht rasten.[...] Ich bin hier in der Ruhe u. Ueberlegung zum festen Entschlusse gekommen, *nicht* zu bauen. Ich glaube, dass ich Eile habe, einige Pfennige unter Dach zu bringen, denn ich sehe es zu klar ein, wie meine Resistenzlosigkeit wächst und dass ich ein schwachnerviger, ängstlicher Hypochonder zu werden anfangen. [...] Ich bin mir in Allem zu klar, um nicht zu sehen, dass der Stillstand, den ich jetzt in der Weiterentwicklung des Asyls dadurch eintreten lasse, dass ich nicht baue, einen Rückschritt bedeutet. Ich will darum wenigstens Geld zurücklassen, damit das Versäumniß nachgeholt werden kann in späterer Zeit.“⁴⁷

Im Jahre 1883 mietet er daher lediglich ein Stockwerk in der neben der Harmonie gelegenen Villa „Bodan“ an, welche über je zwei Salons, Schlafzimmer und Dienerzimmer verfügt und somit Platz für zwei Kranke bietet.⁴⁸ Erst im Jahre 1885 entsteht das nächste Gebäude, nämlich die Tannegg.

Die Zahl der Patientenaufnahmen steigt im Zeitraum 1880-1886 von 20 auf 63 an.

Im Jahre 1887 wird mit dem Bau des Hauses Felicitas begonnen, welches im Juni 1889 bezogen werden kann. Die Villa bietet Raum für eine Arztwohnung und ein Appartement für einen chronisch Kranken.⁴⁹ Im Jahre 1888 entstehen im Haupthaus Bellevue ein neuer Konversationssaal und neue Bäder.⁵⁰ Im Jahre 1889 ist die Zahl der Patientenaufnahmen weiter auf 70 angestiegen. So schreibt Robert am 9. Mai 1889 in einem Brief an seinen Bruder Otto folgendes: „Unser Platzmangel ist sehr groß“ und „zur Zeit [ist] absolut kein Platz vorhan-

⁴⁶ UAT 443/181 u. 443/198: Briefe Robert an Otto Binswanger, 1980-1906.

⁴⁷ UAT 443/181 u. 443/198: Briefe Robert an Otto Binswanger, 1980-1906.

⁴⁸ Erwerb 1910, vgl. FAB 211.

⁴⁹ Vgl. Schoop, S. 20 u. FAB 213.

⁵⁰ Vgl. FAB 220; Tagebuch Robert Binswanger (1898-1903), S. 12a.

den.⁵¹ Also wird noch im selben Jahr das Haus Emilia fertiggestellt, das mit zwei Betten für chronisch Kranke ausgestattet ist. Außerdem lässt Robert in den Jahren 1889/90 die „entlegene, dafür in aussichtsreicher Lage stehende Villa „Columba“⁵² in der Poststraße bauen, welche der Unterbringung von ruhigeren Patienten dienen soll. Daneben sind weitere Neubauten in Planung, so beispielsweise eine neue Harmonie und ein neues Gewächshaus.

Der Bau der „Neuen Harmonie“ wird im Jahre 1891 verwirklicht, über den Robert am 18. Mai 1891 in einem Brief an den Bruder berichtet: „Der Bau der neuen Harmonie geht so rasch vorwärts, dass es niemand für ächt hält.“⁵³ Ebenfalls im Frühjahr wird die Orangerie fertiggestellt.

Bereits im Jahre 1892 geht ein Neubau, welcher die Alte Harmonie ersetzen soll, in Planung. Dieses Haus soll auf den Namen Roberta getauft werden, nämlich „als Andenken für die Kinder an die stets so einigen Eltern! Eine Lüge mehr im Leben!“ (Vorausgegangen ist ein heftiger Streit des Ehepaars!). Tatsächlich wird im Jahre 1893 die Roberta als eine 3-stöckige Villa auf dem Gelände der Alten Harmonie (1892 abgerissen)⁵⁴ fertiggestellt, welches über 14 Betten für männliche Patienten verfügt. Ebenfalls im Jahre 1893 entsteht das Gartenhaus als Wohnhaus des Chefarztes.⁵⁵

In einem Brief an den Bruder vom 27. Dez. 1893 beklagt Robert Binswanger einen Rückgang der Patientenaufnahmen, sowie merkliche Einbußen in den täglichen Einnahmen (statt 1200 nun 800 Frs.)⁵⁶ Er sieht sich gezwungen, „Reclame“ für seine Anstalt zu machen: „Ich muss darin dick auftragen, wenn es wirken soll. Und dennoch wird die Wirkung nur klein sein.“⁵⁷ Robert Binswanger erkennt in der nahegelegenen Anstalt „Konstanzer Hof“ und in anderen neu entstehenden Anstalten für psychisch Kranke eine zunehmende Konkurrenz,

⁵¹ UAT 443/181 u. 443/198: Briefe Robert an Otto Binswanger (1980-1906).

⁵² Vgl. Kreuzlinger Mosaik, 1991, S. 153.

⁵³ UAT 443/181 u. 443/198: Briefe Robert an Otto Binswanger, 1980-1906.

⁵⁴ Vgl. Kreuzlinger Mosaik, 1991, S. 152: „Im Jahre 1892 durch ein Baukonsortium unter Architekt Martin auf Abbruch gekauft und neben der Villa „Columba“ im gleichen Umfange wieder aufgestellt.“

⁵⁵ Vgl. Kreuzlinger Mosaik, 1991, S. 152.

⁵⁶ UAT 443/181 u. 443/198: Briefe Robert an Otto Binswanger, 1980-1906.

⁵⁷ UAT 443/181 u. 443/198: Briefe Robert an Otto Binswanger, 1980-1906.

die seine eigenen Expansionsbestrebungen gefährden. „Wenn ich gewusst hätte, was ich jetzt weiß, hätten wir kleiner gebaut. Der Richtersche Bauplatz u. das Maschinenhaus können nun ruhen. Nur einen Schweinestall baue ich im Frühjahr. Schweinezucht ist zur Zeit eine der interessantesten Seiten meiner Thätigkeit.“⁵⁸

Die Zahl der Patientenaufnahmen steigt von 70 Aufnahmen im Jahr 1889 auf 81 Aufnahmen im Jahr 1893 an.

Die bauliche Entwicklung im Untersuchungszeitraum 1896-1900

Im Herbst des Jahres 1896 erwirbt Robert Binswanger das Gelände der kurz zuvor abgebrannten Helvetia mitsamt der angrenzenden Schöpfliwiese (wird später wieder verkauft).⁵⁹

Zum Kaufpreis von 140.000 Franken erfolgt am 27. Juli 1897 der Ankauf einer Bierbrauerei mit dem Gasthof „Zur Krone“. Der seit 1890 verpachtete Wirtschaftsbetrieb wird belassen, bis schließlich im Jahre 1890 die Bierbrauerei und der Gasthof mitsamt Scheune und Stallungen abgerissen werden. Stattdessen wird auf dem Hintergelände ein Maschinenhaus errichtet.⁶⁰ Ebenfalls im gleichen Jahr wird die Brunnegg durch den Anbau eines neuen Flügels erweitert und das Anwesen zu einem Mustergut ausgebaut.

Im Jahre 1899 entsteht das Haus Maria mit 12 Betten für weibliche Patienten, welches im Dezember bezogen wird.⁶¹

Während der Jahre 1899 bis 1900 wird der geplante Umbau des Hauptgebäudes Bellevue umgesetzt. Im Erdgeschoss des Bellevue befinden sich ein Empfangszimmer, ein Portierzimmer, eine Office, ein Billardzimmer, sowie der Speise- und der Konversationssaal. Das erste Stockwerk bietet neben der Wohnung von Robert Binswangers Mutter und seiner Schwester Raum für fünf Patienten-

⁵⁸ UAT 443/181 u. 443/198: Briefe Robert an Otto Binswanger, 1980-1906.

⁵⁹ Vgl. Kreuzlinger Mosaik (1991), S.152.

⁶⁰ Ebenda, S. 153.

⁶¹ Vgl. Schoop, S. 20. Architekt: Martin; FAB Nr. 220; Tagebuch R. Binswanger (1898-1903), S. 10v.

zimmer. Im zweiten Stock des Haupthauses können in acht Zimmern sechs weibliche Patienten untergebracht werden. Im Souterrain befinden sich außerdem die Zentralküche, die Wirtschaftsräume, drei Badezimmer, das Elektrizierzimmer und ein Labor. Im Zuge der Renovierung werden im März der Speisesaal und der Gesellschaftsraum in die Neue Harmonie verlegt. Nach Abriss des hinteren Gebäudeteils entstehen ein neuer Konversationssaal sowie neue Bäder.⁶² Nach Abschluss der Umbauarbeiten kann das Mutterhaus Bellevue im Juni 1900 wieder bezogen werden.⁶³ In den Jahren 1900/01 entsteht ein großes Ökonomiegebäude, wobei hierfür der Ostflügel der Dépendence (Mittelbau) abgerissen wird.⁶⁴ Ebenfalls um das Jahr 1900 herum wird die Parkvilla mit über 200 m² Wohnfläche für einen adligen Patienten (1160)⁶⁵ auf dessen Kosten errichtet und von ihm möbliert. Man hatte vertraglich vereinbart, dass das Bellevue sie zum halben Preis erwerben könne, falls der Patient die Anstalt verlässt. Das geschah nach dem 1. Weltkrieg.

Seit seiner Klinikübernahme im Jahre 1880 „verwandte Robert Binswanger alle verfügbaren Mittel dazu, der zunehmenden Frequenz entsprechend, fast von Jahr zu Jahr neue Räume der Anstalt durch Neubau oder Kauf hinzuzufügen.“⁶⁶ In den ersten 20 Jahren seines Wirkens vollbringt Robert Binswanger also eine außerordentliche Erweiterung der Kuranstalt. Zu den vier Villen, die Ludwig Binswanger d. Ä. 1880 hinterlassen hat, sind bis zum Jahr 1900 weitere 12 Villen zur Unterbringung von Patienten und Ärzten sowie ein Ökonomiegebäude, eine Orangerie und eine Kegelbahn hinzugekommen. Dadurch ist es möglich geworden, die Aufnahmen von 20 (1880) auf 80 (1900) Patienten zu steigern. Dabei ist es Robert Binswanger, wie aus dem nachfolgenden Zitat hervorgeht, offensichtlich von größter Wichtigkeit, die Anstalt nicht nur aus wirtschaftlichen Gründen zu vergrößern, vielmehr will er den verschiedenen Patienten mit ihren individuellen Bedürfnissen und Ansprüchen durch individuelle Versorgung auch

⁶² Vgl. FAB 221; Tagebuch R. Binswanger, S. 12a.

⁶³ Ebeda, S. 14.

⁶⁴ Vgl. Schoop, S. 20. Architekt: Chirdera, Tschudi; FAB 221.

⁶⁵ Es handelt sich nicht um einen „russischen Großfürsten“, wie Schoop, l.c., S. 20 schreibt.

⁶⁶ Vgl. FAB 351, Abschnitt III: Biographie Robert Binswanger v. Hermann Smidt.

in der Art der Unterbringung gerecht werden:

„Das Ziel Robert Binswangers, das er sein Leben lang verfolgte, war nun, seine Anstalt nach dem Villensystem zu möglichst idealer Vollendung auszubauen, derart, dass jeder einzelne Kranke Wohnungsgelegenheit fände, die seiner eigenen Häuslichkeit soweit entspräche, als sein Gesundheitszustand nur irgend zulasse.“⁶⁷

Entsprechend hoch war die Anerkennung, sowohl bei seinen Patienten als auch in Fachkreisen, in denen das Bellevue „als das vornehmste, besteingerichtete Institut zur Behandlung von Nerven- und Gemütskranken“ galt.⁶⁸

Wohnräume der Familie Binswanger und der Ärzte

Robert und Bertha Binswanger bewohnen mit ihren Kindern das ausgebaute Schloss Brunnegg in Emmishofen, welches bereits der Vater in seinen letzten Lebensjahren zum Familienwohnsitz gemacht hatte. Seine Mutter, Jeanette Binswanger, und seine Schwester Louise hingegen teilen sich eine Wohnung im ersten Stockwerk des Haupthauses Bellevue.

Während Hermann Smidt und seine Familie die neben dem Bellevue gelegene Villa Harmonie bewohnen, stehen Otto von Holst und seiner Familie eine Mietwohnung in der gegenüberliegenden angemieteten Villa Alpina zur Verfügung.

3.4. Mitarbeiter des Bellevue 1896 -1900

Für die Umsetzung des Binswangerschen Therapiekonzeptes müssen zahlreiche Mitarbeiter in den verschiedensten Bereichen des Anstaltsbetriebes beschäftigt werden. Aber auch dem gewohnten, zuweilen hohen Lebensstandard der Kreuzlinger Klientel gilt es gerecht zu werden. So zählen neben den Ärzten und Pflegekräften (als Wärter bzw. Wärterinnen bezeichnet) auch Gesellschaftsdamen, Hausdamen (Hausfräuleins) sowie Haus-, Küchen-, Garten- und Ökonomieangestellte⁶⁹ zum Personal der Kuranstalt.

⁶⁷ Ebenda.

⁶⁸ Ebenda.

⁶⁹ Vgl. FAB 308, Manuskript einer Anstaltsbeschreibung, 1890.

Die Ärzte

Die nötige Unterstützung bei der ärztlichen Versorgung der Patienten findet Robert Binswanger in den festangestellten Ärzten Dr. Hermann Smidt und Dr. Otto von Holst. Hermann Smidt bekleidet als leitender Oberarzt das Amt des Stellvertreters von Robert Binswanger. Daneben sind als Assistenzärzte die Herren Dr. Meyer (1896-?)⁷⁰, Dr. Meier (1897-?)⁷¹ und Dr. Erwin Sostmann (1898-1907)⁷² im Bellevue beschäftigt.

Hermann Smidt aus Bremen, früherer Assistenzarzt bei Westphal an der Charité in Berlin, wirkt in den Jahren 1883 bis 1908 als festangestellter Arzt im Bellevue und wird im Jahre 1884 durch seine Heirat mit Hedwig Andrä, einer Halbschwester Bertha Binswangers, zum Schwager von Robert Binswanger. Offenbar ist die Anstellung Smidts durch eine Empfehlung des Jenenser Bruders Otto Binswanger zustande gekommen. Der Vorgänger Dr. Laopus (1881-1883 am Bellevue) beabsichtigte das Bellevue zu verlassen und Robert Binswanger war auf der Suche nach einem Nachfolger, und zwar diesmal nach einem „ganzen Mann, was er [Laopus] leider nicht ist, so gerne ich ihn habe“, wie es in einem Brief an den Bruder Otto heißt. „[...] und darum wünsche ich mir einen energischen Stellvertreter. Wenn du [Otto Binswanger] glaubst, dass Smidt passe, so bitte, frage ihn möglichst bald an.“⁷³

Ganz offenbar hat Robert Binswanger in Smidt tatsächlich seinen „ganzen Mann“ gefunden, denn dieser steht ihm 25 Jahre lang als sein engster Mitarbeiter und Vertrauter treu zur Seite. Ludwig Binswanger der Jüngere beschreibt Smidt in seinem Rückblick zum 100-jährigen Jubiläum mit folgenden Worten:

⁷⁰ FAB Nr. 219 u. 240.

⁷¹ FAB Nr. 240: „Eintritte Assistenten u. Angestellte“.

⁷² FAB Nr. 240: „Eintritte Assistenten u. Angestellte“ und FAB 134.

⁷³ Vgl. UAT 443/181 und 443/198, Brief Robert Binswanger an Otto Binswanger von 22.06.1883.

„[Hermann Smidt] war ein hochgebildeter wissenschaftlicher Biologe und Kunsthistoriker, der dank seiner außerordentlichen Geistesgaben gerade bei den kompliziertesten geistigen Persönlichkeiten Großes zu leisten imstande war [...].“⁷⁴

Otto von Holst aus Livland, der seine Ausbildung in Neuropathologie und Psychiatrie als Assistent an der Klinik bei Otto Binswanger in Jena erhalten hatte, tritt seinen Dienst am Bellevue im Jahre 1890 an und ist bis zu seinem Tod im Jahre 1910 ein treuer Mitarbeiter Robert Binswangers. Auch er wird zum Schwager desselben, und zwar durch seine im Jahr 1890 geschlossene Ehe mit Emma, geb. Andrä, die ebenfalls eine Halbschwester Berthas ist.⁷⁵ Ihn bedenkt Ludwig Binswanger d. J. mit den folgenden Worten:

„[Otto von Holst] war ein Arzt, dessen äußere Erscheinung schon den gütigen und liebenwürdigen Menschen verriet, der unermüdlich bei Tag und Nacht seinen Kranken beistand, ihr Leben zu dem seinen machte, und wo er eintrat, Licht, Freude und Mut verbreitete.“⁷⁶

Aber trotz aller Ergebenheit scheint Robert Binswanger durchaus Anlass zu Kritik zu finden. So heißt es in einem Brief aus dem Jahr 1891 an den Bruder weniger schmeichelhaft:

„Meine Schwäger tun nun gar nichts für die Reputation des Instituts. Denen sind bis heute die gebratenen Tauben ins Maul geflogen. Hermann sitzt nun in der neuen Harmonie, die ein Bijou geworden, u. strahlt vor Glückseligkeit. Zum wissenschaftl. Arbeiten *behauptet* er, kein Material zu haben. Holstchen war so spröde in Weimar, dass er meiner Ansicht nach den meisten gar nicht gesagt hat, dass er in Belle-vue Arzt ist.“⁷⁷

Allerdings ist anzunehmen, dass diese Zeilen wohl eher aus einer momentanen Frustration heraus entstanden sind. In Anbetracht der langjährigen Dienste der beiden Herren kann man wohl davon ausgehen, dass Robert Binswanger mit seinen Schwägern doch recht zufrieden gewesen sein wird.

⁷⁴ Vgl. Ludwig Binswanger jun. (1957): „Zur Geschichte der Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen“ anlässlich des 100-jährigen Jubiläums.

⁷⁵ Vgl. Stammbaum der Familie Binswanger (IGM).

⁷⁶ Vgl. Ludwig Binswanger jun. (1957): „Zur Geschichte der Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen“ anlässlich des 100-jährigen Jubiläums.

⁷⁷ Vgl. UAT 443/181 und 443/198, Brief Robert Binswanger an Otto Binswanger vom 30.12.1891.

Wartpersonal

Für Wart- und Pflegedienste stehen den Kranken im Untersuchungszeitraum etwa 25 Wärter und Wärterinnen, wie die Pflegekräfte genannt werden, zur Verfügung. Neben den pflegerischen Aufgaben zählt es zu ihren Pflichten, den Patienten Schutz zu bieten⁷⁸ und die Ärzte in ihrem therapeutischen Wirken zu unterstützen. Der pflegerische Aufwand und das Ausmaß der Betreuung hängt stark von der Art und Schwere der Erkrankung ab. In Fällen, in welchen die Anwesenheit des Wärters oder der Wärterin rund um die Uhr erforderlich ist, wird den Patienten ein sog. Privatwärter zugeteilt. So heißt es in einer Anstaltsbeschreibung aus dem Jahre 1890, dass es zur Regel gehöre, dass jeder Nervenranke, der unter Angstzuständen zu leiden hätte, nachts nicht alleine schlafen dürfe und ihm deshalb grundsätzlich zwei Räume zur Verfügung gestellt würden, wobei in einem davon der Wärter bzw. die Wärterin bei geöffneter Tür schlief.⁷⁹ Als Beleg hierfür kann folgendes Beispiel aus einem Patientenbrief angeführt werden:

„Während der schweren Zeit rief ich immer (Bursche) Wärter, der neben[an] im Zimmer schlief [...]“(1431).

Darüber hinaus steht es den Patienten offen, ihre eigenen Wärter oder Wärterinnen in die Anstalt mitzubringen. Über die genauen Pflichten gibt eine Wärterordnung⁸⁰ aus dem Jahre 1888 Auskunft.

Dass Robert Binswanger an die Pflegekräfte hohe Anforderungen stellt, sich bei ihrer Auswahl besondere Mühe gibt und bei Verstößen gegen die Anstaltsprinzipien hart durchzugreifen vermag, kommt in einem Brief an Otto aus dem Jahre 1885 zum Ausdruck. Hierin berichtet er, dass er einen der Wärter entlassen musste, weil dieser Kranke misshandelt hatte:

„So sehr ich mit Smidt und Rank zufrieden bin, so muss ich sie doch anklagen, dass sie sich nicht die nöthige Mühe geben, rechte Leute anzustellen. Die beiden Wärter, die sie angestellt, sind ungeschlachte Bauernlummel, die ich sofort zur

⁷⁸ Vgl. FAB 307, Manuskript einer Anstaltsbeschreibung (1890), Abschnitt II.

⁷⁹ Ebenda.

⁸⁰ Ein Exemplar der Wärterordnung aus dem Jahre 1888 findet sich im Rondenbuch, UAT 442/233.

Ökonomie verwendete. Tagelang habe ich Leute gemustert, die mir der Comissionär brachte.“⁸¹

Aber ebenso weiß Binswanger um die Notwendigkeit, dass die Angestellten, wenn sie ihre Aufgabe gut machen sollen, entsprechende Einweisungen in ihr Aufgabengebiet benötigen:

„Meine Herren geben sich auch nicht Mühe genug, frische Leute richtig zu instruieren. Ich trage mich jetzt mit dem Gedanken, einen Oberwärter anzustellen.“

Dabei schwebt ihm ein „etwas imponierender Mensch“ vor. Was hier deutlich zum Ausdruck kommt, ist, dass es Binswanger offenbar ein besonderes Anliegen ist, gutes Pflegepersonal einzustellen, dass es aber nicht leicht ist, solches zu finden. So heißt es in der Rede Bleulers anlässlich des 75-jährigen Bestehens der Anstalt:

„Wie erfolgreich die Bestrebungen der Leiter sind, nur tüchtiges Pflegepersonal herbeizuziehen, kann jeder sehen, der Gelegenheit hat, hier mit Patienten und Pflegern persönlich zu verkehren.“⁸²

Wie die Patienten selbst die Wärter wahrnehmen, ist höchst unterschiedlich. Während der eine Patient fast täglich Grund zur Beschwerde hat und seinen Wärter als „furchtbar grob“ und „furchtbar wütend“ (1431) beschreibt, weiß eine andere Patientin über die ihr zugeteilte Pflegerin nur Gutes zu berichten: „Ich hatte gleich eine sehr nette Wärterin, die mich in alle Kindergeheimnisse nun eingeweiht hat.“⁸³ Hier mögen neben sachlich angebrachter Kritik auch persönliche Sympathie und Antipathie sowie die Erkrankung mit ihren jeweiligen Ausprägungen eine Rolle spielen.

Wie viele und vor allem welche Wärter im Untersuchungszeitraum ihre Dienste taten, lässt sich heute kaum mehr rekonstruieren, da hierzu im Quellenmaterial keine Personallisten existieren. Auch die Ehrentafel langjähriger Mitarbeiter, welche eine Auflistung der Angestellten mit entsprechenden Jahreszahlen enthält, kann wenig Aufschluss geben. Lediglich zwei Pfleger lassen sich dem Un-

⁸¹ Vgl. UAT 443/181 und 443/198, Brief vom 16.05.1885.

⁸² Vgl. UAT 443/129: Rede von Bleuler zur 75jährigen Jubiläumsfeier vom 28.12. 1932.

⁸³ Vgl. Akte Nr. 1482.

tersuchungszeitraum zuordnen. Dies sind Pflegerin Ursula Reck (1893-1940) und der Pfleger Johann Neher (1894-1909 und 1914-1932). Anderen Quellen zufolge sind eine gewisse Lisbeth Schnauffer als Oberwärterin (1897-1905) und eine Wilhelmine Linner⁸⁴ beschäftigt. In den transkribierten Krankengeschichten findet außerdem ein „Wärter August“ [Griesbach oder Geisenberger]⁸⁵ Erwähnung.

In dem von Robert Binswanger verfassten Manuskript einer Anstaltsbeschreibung aus dem Jahre 1890 heißt es, dass das Wartpersonal aus durchschnittlich 25 Wärtern bzw. Wärterinnen bestehe, wobei durchschnittlich auf zwei Kranke ein Wärter bzw. Wärterin käme.⁸⁶ In jenem Jahr befanden sich 76 Kranke in der Anstalt. Da die durchschnittliche Patientenzahl im Untersuchungszeitraum 1896 bis 1900 mit 81 Patienten nur geringfügig höher ist, kann man davon ausgehen, dass sich auch hier mehr als 30 Wärter und Wärterinnen die Versorgung der Patienten teilten.

Gesellschaftsdamen und Hausdamen

Wie aus zahlreichen Krankenakten hervorgeht, finden die Damen der Ärztefamilien bei ihrer Fürsorge für die Patientinnen in der Gesellschaftsdame Elfriede von Natzmer (1891-1904) die nötige Unterstützung. Daneben ist es durchaus üblich, dass Patientinnen ihre eigenen Gesellschaftsdamen in die Anstalt mitbringen. Zusätzlich sind zwei Hausdamen („Hausfräulein“) mit der Aufsicht über die verschiedenen Haushaltszweige betraut:⁸⁷ Fräulein Marie Griesbach (1893-1918)⁸⁸ und eine Frau Frey (1890-1897)⁸⁹ sind genannt.

⁸⁴ Findet in einem Brief in der Akte Nr. 1395 Erwähnung.

⁸⁵ Akte Nr.1431, 1896. Vermutlich handelt es sich um Griesbach, der ein Verwandter des Frl. Griesbach (1893-1918) sein könnte.

⁸⁶ Vgl. FAB 308.

⁸⁷ Ebenda.

⁸⁸ Vgl. FAB 240; UAT 443/125, S. 42.

⁸⁹ Ebenda.

Sonstige Mitarbeiter

Weitere Mitarbeiter, die der „Ehrentafel langjähriger Mitarbeiter im Sanatorium Bellevue“ zu entnehmen sind und sich im Untersuchungszeitraum am Bellevue befinden, sind der Obergärtner Georg Studer (1882-1915), der Concierge Franz Fink (1886-1924) und der Obermaschinist Heinrich Vogler (1899-1940).

Dem Tagebuch Robert Binswangers sind außerdem die Namen der Köche um 1900 zu entnehmen: Mettler (vor 1899) und Widmer (ab 1900).⁹⁰

⁹⁰ Vgl. Tagebuch Robert Binswanger, S. 10v.; UAT 443/125, I.c.

4. Material und Methoden

4.1 Das Quellenmaterial

Das gesamte Binswanger-Archiv, welches von der Familie Binswanger dem Universitätsarchiv Tübingen zur wissenschaftlichen Nutzung und Auswertung zur Verfügung gestellt wurde, umfasst neben dem Familienarchiv mit persönlichen Tagebüchern und Korrespondenzen sowie dem Nachlass von Ludwig Binswanger dem Jüngeren, die Verwaltungs- und Krankenakten.

Für die Untersuchung und Auswertung des Zeitraums 01.01.1896 bis 31.12.1900 ist im Besonderen auf folgende Quellen zurückgegriffen worden:

- Krankenakten⁹¹
- Aufnahmebuch⁹²
- Krankengeschichten diagnostisch geordnet und Diagnosekartei („Blaue Couverts“)⁹³
- Kopier-Bücher⁹⁴
- Veröffentlichungen von Robert Binswanger⁹⁵
- Briefe von Robert Binswanger an Otto Binswanger⁹⁶

Im Mittelpunkt der Arbeit steht dabei die Untersuchung und Auswertung der Krankenakten. Für den dieser Arbeit zugrundeliegenden Untersuchungszeitraum existieren leider keine Eintragungen im sogenannten Physiotherapie-⁹⁷ oder im Rondenbuch.⁹⁸ Im Physiotherapiebuch sind Verordnungen einzelner Patienten festgehalten. Diese beginnen im Jahr 1887 und enden etwa fünf Jahre später. Das Rondenbuch wurde im Juli 1885 angelegt und bis ins Jahr 1892

⁹¹ UAT 441/1379 – 441/1784.

⁹² UAT 442/4.

⁹³ UAT 442/10.

⁹⁴ UAT 442/61 – UAT 442/65.

⁹⁵ UAT 443/148.

⁹⁶ UAT 443/181 und UAT 443/198.

⁹⁷ UAT 442/221.

⁹⁸ UAT 442/233.

geführt. Obwohl das Buch zu diesem Zeitpunkt erst zu etwa zwei Dritteln gefüllt ist, hören die Aufzeichnungen auf. Nachfolgebände gibt es keine.

4.1.1. Die Krankenakten

Im Untersuchungszeitraum 1896 bis 1900 wurde im Prinzip für jeden Patienten eine Krankenakte angelegt. Für diesen Zeitraum sind 405 Patientenaufnahmen dokumentiert, im aktuellen Bestand sind jedoch nur 305 Akten vorhanden. Diese Differenz lässt sich dadurch erklären, dass für diejenigen Patienten, welche zum wiederholten Mal in die Anstalt eintraten, keine neue Akte angelegt, sondern vielmehr die alte Akte, die bei der Erstaufnahme angelegt worden war, fortgeführt wurde. In den meisten Fällen findet sich ein Vermerk in der Krankengeschichte, aus dem eindeutig hervorgeht, dass es sich um eine Wiederaufnahme des Kranken handelt: „II. Aufnahme [...]“⁹⁹ oder „Aufnahme 5 [...]“¹⁰⁰. Lediglich bei 14 Patienten existieren überhaupt keine Krankenakten.¹⁰¹ Ob diese fehlenden Akten an andere Einrichtungen oder Kliniken verliehen wurden und nicht mehr an das Bellevue zurückgingen oder ob sie im Laufe der Jahre einfach „verloren“ gingen, lässt sich heute nicht mehr klären.

Die Krankenakten bestehen jeweils aus braunen kartonierten Klappordnern, welche, falls noch erhalten, mit Hilfe eines Stoffbändchens verschlossen werden können. Auf der Vorderseite befindet sich ein Etikett, auf welchem handschriftlich Vor- und Nachname des Patienten sowie oftmals auch Aufnahme- und Austrittsdatum vermerkt sind. Auf dem Aktendeckel selbst ist mit großen Lettern die Aufnahme Nummer des Patienten festgehalten. Je nach Inhalt, Aufnahmehäufigkeit und Aufenthaltsdauer variiert die jeweilige Aktendicke. In diesen Mappen sind verschiedene Schriftstücke enthalten, die als Hauptquelle für die vorliegende Arbeit dienen und hier kurz dargestellt und erläutert werden:

1. Krankengeschichte
2. Sonstige zur Krankheit gehörende Dokumente

⁹⁹ Akte Nr.1113/1, 1560/1.

¹⁰⁰ Akte Nr.1610/1.

¹⁰¹ Akte Nr. 1504, 1523,1536, 1544, 1550, 1566, 1608, 1627, 1648, 1662, 1663, 1689, 1706, 1713.

3. Korrespondenz

4. Sonstiges

1. Krankengeschichte

Im gesamten Untersuchungszeitraum existieren vorgedruckte, einheitliche Anamnese- bzw. Aufnahmebögen im Folio-Format, die meist als Doppelbögen vorliegen und somit 4 Seiten umfassen. Die Eintragungen sind in der Regel handschriftlich und stammen aus der Feder des jeweils behandelnden Arztes. Im Untersuchungszeitraum sind dies vor allem Dr. von Holst und Dr. Smidt. Bei allen 31 transkribierten Fällen sind solche Vordrucke verwendet worden.

Ganz oben links auf der ersten Seite des Aufnahmebogens steht zunächst „No“, hinter dem die Aufnahmeummer des Patienten einzutragen ist. Unter der nun folgenden Überschrift „Curanstalt Bellevue bei Konstanz“, sind verschiedene Rubriken aufgedruckt. So steht in der ersten Zeile „Name:“, „Stand:“, in der zweiten Zeile „Alter:“ und „Wohnort:“, in der dritten Zeile „Tag der Aufnahme:“ und „Tag des Austritts“. Darunter folgten dann die Rubriken „Diagnose:“, „Erblichkeit:“ und schließlich „Bisheriger Krankheitsverlauf:“.

So konnten mit Hilfe der vorgegebenen Rubriken jeweils persönliche sowie medizinisch relevante Patientendaten einheitlich erfasst werden. Unter der Rubrik „Stand“ wird in der Regel der Beruf des Patienten, bei verheirateten Frauen der Beruf des Ehemanns, bei ledigen Frauen der Beruf des Vaters angegeben.

Das Alter der Patienten erfolgt unter Angabe von Jahren zum Zeitpunkt der Aufnahme. Das Geburtsdatum wird an dieser Stelle in der Regel nicht erfasst. Beim Wohnort wird lediglich die Stadt notiert, bei ausländischen Städten gelegentlich zusätzlich auch das jeweilige Land. Der Tag der Aufnahme und der Tag des Austritts wird unter Angabe von Tag, Monat und Jahr erfasst.

Bei den 31 transkribierten Fällen sind die Rubriken Name, Wohnort sowie Aufnahme- und Austrittsdatum vollständig erfasst. Stand und Alter werden bei 30 Patienten angegeben. Bei einem Patienten ist zusätzlich das Geburtsdatum notiert, bei einem weiteren Patienten wurde nachträglich das Geburtsjahr hinzugefügt.

Bei der hier aufgeführten Diagnose handelt es sich meistens um die Diagnose, welche dem Einweisungsschreiben entnommen ist, also eine Aufnahmediagnose. Manchmal sind Diagnosen später von anderer Hand und mit anderer Tinte modifiziert (1573) oder geändert (1519) worden (Entlassungsdiagnose).

Unter der Rubrik „Erblichkeit“ findet man Angaben über Erkrankungen und Todesursachen von Familienangehörigen. Lediglich bei 12 der transkribierten Fälle findet sich ein solcher Eintrag.

Unter dem Feld „Bisheriger Krankheitsverlauf“ wird die Anamnese des Patienten wiedergegeben, die in ihrer Ausführlichkeit sehr unterschiedlich ausfallen kann. Meist beginnt die Beschreibung mit der Kindheit des Patienten, Erkrankungen, Besonderheiten während dieser Zeit. Dann folgen die Erkrankungen jüngeren Datums mit eventuellen Therapien, welche bereits unternommen worden waren sowie andere Anstaltsaufenthalte, oftmals mit Datum, behandelndem Arzt, Therapiemaßnahmen, -verläufe, -erfolge und Therapieausgänge. Schließlich folgt der aktuelle Aufnahmegrund, die aktuellen Beschwerden und das gegenwärtige Befinden des Patienten.

Unter der auf der zweiten Seite des Aufnahmebogens sowie auf den folgenden Seiten aufgedruckten Überschrift „Krankengeschichte:“ ist Raum für eine kontinuierliche Dokumentation. Diese Seiten sind dafür jeweils in drei Spalten unterteilt, wobei die erste schmalere Spalte die Überschrift „Datum“ und die dritte schmale Spalte die Überschrift „Ordo“ trägt. In der mittleren großen Spalte beginnt die Dokumentation der Krankengeschichte meist mit einem mehr oder minder ausführlichen internistischen und neurologischen Untersuchungsbefund, welcher bei der Aufnahme erhoben wurde. Mit wenigen Abweichungen handelt es sich hierbei um eine recht einheitliche Befunderhebung. Bei 20 Patienten findet man einen sehr ausführlichen Untersuchungsbefund, bei weiteren 4 einen etwas knapper gefassten, und bei 6 Patienten ist kein Untersuchungsbefund festgehalten. Zum Teil erfolgte die Befunderhebung noch am Aufnahmetag (in 5 Fällen), in 2 Fällen am Folgetag, in jeweils einem Fall erst nach 2 und nach 5 Tagen. In zwei Krankengeschichten scheint der Befund lediglich abgeschrieben worden sein, wobei sich keine Originale in der Akte finden lassen. In 12 Fällen

lässt sich aufgrund fehlender Datumsangabe nicht feststellen, wann die Untersuchung stattgefunden hat.

Im Anschluss an die Untersuchungsbefunde folgen Angaben über den Krankheitsverlauf während des Anstaltsaufenthalts im Bellevue mit Datum der Eintragung in der ersten Spalte, ergänzt durch Verordnungen, ärztliche Anweisungen, oftmals auch Angaben zu Gewichtsverläufen oder auch Laborbefunden unter der Überschrift „Ordo“ in der dritten Spalte. Festgehalten werden die Stimmung, das Schlafverhalten, der Appetit sowie das körperliche und seelische Befinden der Patienten. Außerdem sind gelegentlich Gespräche aus der ärztlichen Visite, das Verhalten der Patienten gegenüber den Ärzten, dem Pflegepersonal, den Mitpatienten und gegenüber den Angehörigen dokumentiert.

Teilweise sind die Einträge täglich oder zumindest regelmäßig vorgenommen worden. Bei sehr langen Verweilzeiten sind sie hingegen nur sporadisch oder nur im Falle besonderer Vorkommnisse gemacht worden. Insgesamt kann man keine vollständige und lückenlose Dokumentation über den gesamten Aufenthalt hinweg feststellen. Die Eintragungen sind teilweise sehr detailliert und lebendig, teilweise jedoch nur sehr knapp und recht lückenhaft.

2. Sonstige zur Krankheit gehörende Dokumente

Hierzu zählen Gewichtstabellen und Tagespläne, die regelmäßig in den Krankenakten zu finden sind. In einigen Fällen ist auch ein Autopsiebericht vorzufinden, sofern der Kranke in der Anstalt verstorben ist. Diese stammen jeweils von einem der behandelnden Ärzte.

3. Korrespondenz

Die Korrespondenz umfasst ärztliche Einweisungsschreiben, ärztliche Gutachten sowie Briefe, welche die Patienten an Angehörige, Freunde usw. während ihres Klinikaufenthaltes versandt haben und die von diesen wieder an die Anstaltsleitung zurückgeschickt wurden. Ebenfalls in den Krankenakten gesammelt wurden Briefe, welche die Patienten erhielten. Ferner findet sich den Patienten betreffende Korrespondenz von Angehörigen, Freunden, behandelnden Ärzten, Vorgesetzten, öffentlichen Behörden usw. mit dem behandelnden Arzt

oder Robert Binswanger selbst. Außerdem sind regelmäßig Briefe des Patienten an den jeweils behandelnden Arzt oder an Robert Binswanger nach der Entlassung aus der Anstalt vorzufinden.

4. Sonstiges

Gelegentlich enthalten die Akten eigene Aufzeichnungen der Patienten. In einigen Akten finden sich Fotografien von Patienten oder Angehörigen.

4.1.2. Das Aufnahmebuch

Im Bellevue wurde jeweils für einen festgelegten Zeitraum ein sogenanntes Aufnahmebuch geführt. Die Aufnahmen des Untersuchungszeitraums 1896 bis 1900 mit den dazugehörigen Aufnahmeummern 1379 bis 1784 sind im Aufnahmebuch IV enthalten, welches den Aufnahmezeitraum 01.01.1895 bis 31.12.1911 mit den Aufnahmeummern 1304 bis 3002 umfasst. Es handelt sich um ein gebundenes, etwa 2,5 cm dickes, 403 Seiten umfassendes, inzwischen stark abgegriffenes Buch mit einer Breite von 18 cm und einer Höhe von 22 cm. Auf der Vorderseite des Buches befindet sich ein nur noch unvollständig erhaltenes Etikett mit der handschriftliche Aufschrift „Aufnahme-[buch] No 1304 – [3002]. Jan. 1895 – Dez. [1911]“.

Die Eintragungen stammen aus der Feder von Hermann Smidt. Die Eintragungen aus den Jahren 1896-1900 befinden sich auf den Seiten 22 bis 114, beginnend mit dem ersten Eintrag am 21.1.[18]96 Patient Nr. 1379 und endend mit dem letzten Eintrag am 30.11.[19]00.

Es findet sich in den Aufnahmebüchern auf linierten Seiten eine handschriftliche, tabellarische Auflistung der Patientenaufnahmen unter Berücksichtigung folgender persönlicher Angaben mit den jeweiligen Rubriküberschriften, welche in 11 Spalten vermerkt sind:

1. Spalte: „Eintritt“: Tag, Monat, Jahr der Aufnahme.
2. Spalte: „No“: Aufnahmeummern, die fortlaufend vergeben sind. Jeder Patient erhielt somit bei der Aufnahme ins Bellevue eine Aufnahmeummer, wobei

Patienten, die mehrmals ins Bellevue eintraten, jedes Mal eine neue Aufnahme­nummer erhielten.

3. Spalte: „Name“: Name und Vorname des Patienten.

4. Spalte: „Wohnort“

5. Spalte: „Alter“: Angabe in Jahren zum Zeitpunkt der Aufnahme. Das Geburtsdatum wurde nicht vermerkt.

6. Spalte: „Conf[ession]“: Für die Konfessionen wurden die Abkürzungen „prot.“[estantisch], „ev.“[angelisch], „ref.“[ormiert], „kath.“[olisch], „gr.“[iechisch] kath.“[olisch], „mos.“[aisch] verwendet.

7. Spalte: „Ehe“: Unter dieser Spaltenüberschrift, die Auskunft über den Familien­stand geben soll, wurde jeweils ein „ja“ für verheiratet, ein „nein“ bzw. ein „-“ für unverheiratet und „verw.“ bzw. „Wwe.“ für verwitwet notiert.

8. Spalte: „Stand“: Beruf des Patienten; bei verheirateten Frauen wurde der Beruf des Ehemannes, bei unverheirateten Frauen der des Vaters angegeben.

9. Spalte: „Austritt“: Hier wurde das Austrittsdatum mit Tag, Monat und Jahr vermerkt. Außerdem findet man in dieser Spalte noch die Diagnose des Kranken. Ist der Patient in der Anstalt verstorben, so findet man ein † notiert.

10. Spalte: „Bemerkungen“: In dieser Rubrik findet man Namen von behandelnden oder einweisenden Ärzten mit deren Anschrift, sowie Namen und Anschrift von Angehörigen. Begleitpersonen, die ebenfalls in der Anstalt untergebracht und mitverpflegt wurden, erhalten ebenfalls eine Aufnahme­nummer. In der Spalte „Bemerkungen“ findet sich dann auch der Eintrag „Begleiter“¹⁰².

11. Spalte: „Abgang“: Entlassene Patienten wurden hier in durchnummerierter Form von 1) bis X), unter Angabe der Aufnahme­nummer, des Namens und des Entlassdatums festgehalten.

Zusätzlich findet man für jeden Jahreswechsel über eine Doppelseite hinweg eine Darstellung des Patientenbestands, jeweils getrennt nach Geschlechtern,

¹⁰² Akte Nr. 1615.

mit Aufnahmenummer, Patientennamen, Zahl der „Damen“, der „Herren“ und Gesamtzahl der Patienten zum jeweiligen Stichtag.

Die beiden letzten Doppelseiten enthalten zusätzlich noch genauere Angaben zum Bestand. Die vorletzte Doppelseite besteht dabei aus einer Tabelle, in der jedes der Jahre 1895 bis 1911 aufgelistet ist und folgende Angaben zu jedem dieser Jahre gemacht werden: Angaben zum Bestand am ersten Januar dieses Jahres, zur Zahl der Aufnahmen, zur Zahl der Behandlungstage, zum täglichen Durchschnitt, zur Summe, zur Zahl der Entlassungen in diesem Jahr, sowie zur Anzahl der Todesfälle. Die Rubriken „Behandlungstage“ und „tägliches Durchschnitt“ sind jeweils wieder in durch Buchstaben gekennzeichnete Untergruppen aufgeteilt. Dabei steht ein „N“ für „nervenkrank“, ein „G“ für „gesellschaftsfähige Geistesranke“, ein „Gx“ für „zeitweise gesellschaftsfähige Geistesranke“, ein „U“ für „unruhige, unreinliche, überhaupt nicht gesellschaftsfähige Geistesranke“ und ein „P“ für „Paralytiker“.¹⁰³ So kann man der Tabelle u.a. für das Jahr 1896 exemplarisch entnehmen, dass sich am 1.1. 43 Patienten in der Anstalt befanden und über das ganze Jahr verteilt 126 Patienten aufgenommen, sowie 85 entlassen wurden. Dabei sind für dieses Jahr 4 Todesfälle registriert; im zweiten Jahr starben 6 und in den letzten 3 Jahren jeweils 2 Patienten. Auf der allerletzten Doppelseite ist der Bestand eines jeden Jahres am ersten Tag eines jeden Monats dieses Jahres angegeben und am Ende ein Jahresdurchschnitt errechnet worden. Dieser Jahresdurchschnitt beträgt im Jahr 1896 45,3 Patienten, im Jahr 1900 sind es 49,4.

4.1.3. Diagnosenkartei („blaue Couverts“)¹⁰⁴

Dieses Quellenmaterial mit der Bezeichnung „Krankengeschichten diagnostisch geordnet“, beinhaltet eine Darstellung und Erläuterung der im Bellevue verwendeten drei Diagnoseschemata [„Diagnosentafel“], die jeweils unter den Klinikleitern Ludwig Binswanger d. Ä., Robert Binswanger und schließlich Ludwig Binswanger d. J. Anwendung fanden. Patienten mit den Nummern 428 bis 2640,

¹⁰³ Vgl. Fischer (2004), S. 33; Gnann (2005), S. 17f.

¹⁰⁴ „Blaue Couverts“. Ohne Signatur.

somit also auch die Patienten des Untersuchungszeitraums, finden sich im zweiten, also in Robert Binswangers Diagnoseschema wieder.

In Anlehnung an die oben beschriebene Quelle existiert für jede Aufnahme- nummer von 1- 6162 ein entsprechendes Karteikärtchen. Geordnet nach den Aufnahmeummern stecken jeweils 100 Kärtchen in einem blauen Briefum- schlag, daher auch die Bezeichnung „blaue Couverts“. Die Umschläge selbst sind in zwei Schuhkartons einsortiert. Diese von Hermann Smidt retrospektiv erstellte Kartei diente dem Versuch einer Systematisierung der Krankheitsbilder unter einheitlichen Gesichtspunkten. Hierzu hat Smidt versucht, allen Kranken- geschichten aus den Jahren 1857 bis 1908 nachträglich eine Diagnose zuzu- ordnen. Es sind jeweils Aufnahmeummer, Name, Geschlecht, eine Diagnose (mit einem Diagnoseschlüssel) und Bemerkungen, teils maschinengeschrie- ben, teils handschriftlich in Bleistift festgehalten. Einige Kärtchen tragen zwei Kreuzchen, mit denen Smidt auf besonders interessante „Fälle“, beispielsweise aufgrund des Krankheitsbildes, bestimmter Begebenheiten oder Vorfälle wäh- rend des Krankenaufenthaltes oder aufgrund der Person des Patienten selbst hinweist. Mit Hilfe der Smidtschen Diagnosekartei ist es möglich, die Diagnose auch von denjenigen Patienten festzustellen, bei denen in den Krankenakten oder Aufnahmebüchern keine Diagnose dokumentiert ist oder Unstimmigkeiten bestehen. Somit wird auf der Basis der Smidtschen Diagnosen, neben einem Vergleich über die verschiedenen Zeiträume hinweg, auch die Erstellung einer Diagnosestatistik mit einem Vergleich zwischen den Epochen Ludwig Binswan- ger I und Robert Binswanger möglich.

Mit der Smidtschen Diagnosekartei steht uns eine besonders wertvolle Quelle zur Verfügung. In Anbetracht der Uneinheitlichkeit des nosologischen Systems des 19. Jahrhunderts sowie der Problematik des Diagnosenwandels, wäre eine retrospektive Diagnosezuordnung aus heutiger Sicht extrem schwierig. Her- mann Smidt hingegen war, als Robert Binswangers langjähriger und engster Mitarbeiter, zum einen mit den damaligen Diagnoseschemata bestens vertraut, zum anderen kannte er viele der Patienten und ihre Krankheitsgeschichten per- sönlich. Da Smidt darüber hinaus die zur Verfügung stehenden Quellen angibt,

können bei Unstimmigkeiten oder voneinander abweichenden Diagnosen diese stets überprüft werden.

4.1.4. Kopierbücher

Die ausgehenden Briefe, welche die Ärzte des Bellevue an Angehörige, behandelnde Ärzte oder an ehemalige Patienten selbst verfasst haben, finden wir als Direktkopien in den sogenannten Copie-Büchern wieder. Die Korrespondenz des Untersuchungszeitraums 1896 bis 1900 ist in fünf solchen Büchern, nämlich in den Bänden 10 bis 14 enthalten, wobei im Band 10 der erste Brief vom 3. Sept. 1895 ist und im Band 14 der letzte Brief das Datum 2. Mai 1901 trägt.

Bei den Bänden selbst handelt es sich um etwa 5 cm dicke Bücher in einem festen Einband. Sie haben jeweils eine Länge von 39 cm und eine Breite von 24 cm. Während die Bände 10,11,13 und 14 einen schwarzen Einband besitzen und lediglich der Buchrücken und die Ecken durch einen hellen Leinenstoff verstärkt sind, handelt es sich bei dem 12. Band um ein ganz in Leinen gefasstes Buch.

Auf dem Etikett auf der Vorderseite eines jeden Bandes liest man, sofern noch erhalten, als Aufdruck „Copie-Buch No“, hinter welchem handschriftlich, mit Tinte geschrieben, eine römische Ziffer in fortlaufender Nummerierung Auskunft über die jeweilige Bandnummer gibt. Leider befindet sich auf dem 12. Band kein solcher Aufdruck, da dieser zu einem späteren Zeitpunkt einen neuen Einband erhalten hatte. Somit unterscheidet er sich von den anderen einheitlich gebundenen Kopierbüchern. Zusätzlich liest man, von Hand geschrieben, auf dem Buchrücken der einzelnen Bände die Bandnummer, sowie jeweils das Datum des hierin enthaltenen ersten bis letzten Briefes.

Die recht schweren, inzwischen auch sehr abgegriffenen Bücher enthalten jeweils ca. 1000 hauchdünne, mit einer aufgedruckten Seitennummerierung versehene Blätter, die jeweils ein bis zwei Briefe als durchscheinende Abklatschkopien von dem mit Tinte geschriebenen Original enthalten. Teilweise sind die Kopien nur schlecht lesbar, da oft die Tinte verlaufen oder verschmiert ist oder aber die Buchstaben nur noch ganz blass zu erkennen sind. In den Bänden 10

bis 12 findet man ausschließlich handgeschriebene Briefe, meist stammen sie aus der Feder von Hermann Smidt oder Dr. von Holst, seltener sind auch Briefe von Robert Binswanger selbst vorhanden. Erstmalig gibt es im hinteren Teil von Band 13 maschinengeschriebene Kopien.

Ein am Ende eines jeden Bandes befindliches alphabetisches Register, dem sich der Name des betreffenden Patienten und jeweils die Seitenzahlen entnehmen lassen, auf welchen sich die jeweiligen Briefe im Kopierbuch befinden, ermöglicht ein rasches und einfaches Auffinden der Kopien. Jedoch wird durch das Fehlen der Vornamen im Register das Zuordnen zu einzelnen Patienten nicht eben erleichtert.

4.1.5. Veröffentlichungen von Robert Binswanger

Von Robert Binswanger gibt es fünf veröffentlichte Schriften, die aus dem Zeitraum zwischen 1880 und 1901 stammen.

Aus dem Jahr 1880 stammt der Nachruf auf Otto Kappeler, einen Arzt in Konstanz und Münsterlingen.

Robert Binswangers zweite Veröffentlichung erscheint im Jahre 1892 in der Zeitschrift „Verhandlungen des XI. Congresses für innere Medizin zu Leipzig, Wiesbaden 1892“. Es handelt sich um einen Vortrag mit dem Titel „Über die Erfolge der Suggestivtherapie“, in welchem er sich, auf eigene und fremde Beobachtungen gestützt, kritisch mit den Methoden der Hypnose- und Suggestionstherapie auseinandersetzt. Er kommt darin zu dem Schluss, dass diese „nur im Heilschatze des Einzelnen, der sich besonders dazu berufen fühlt, eine Rolle spielen könne.“ Jedoch hält er ihr auch zugute „das ärztliche Publikum wieder auf den großen Werth der psychischen Methode hauptsächlich in der Neuropathologie aufmerksam gemacht zu haben.“¹⁰⁵

Eine psychopathologische Studie Robert Binswangers über den hochbegabten Schweizer Maler und Radierer Karl Stauffer-Bern, welcher bereits im Jahre 1891 im Alter von 33 Jahren verstarb, wird im Jahre 1894 als Sonderdruck un-

¹⁰⁵ Vgl. Fischer (2004), S. 136 f.

ter dem Titel „Karl Stauffer-Bern. Eine psychiatrische Studie von Robert Binswanger-Kreuzlingen.“ in der Fachzeitschrift der Deutschen Revue veröffentlicht und löst damit eine Kontroverse in der Öffentlichkeit aus.¹⁰⁶ Karl Stauffer-Bern, seiner Zeit Lehrer von Käthe Kollwitz, wurde im Jahr 1857 in der Schweiz geboren. Er studierte in München Kunst und erreichte als vielgefragter Porträtist in Berlin größten künstlerischen Ruhm. Zu seinen bekanntesten Werken zählen z.B. die Porträts des Dichters Gustav Freytag oder von Gottfried Keller. Schließlich sorgte sein Verhältnis mit einer Mäzenin für Aufsehen in der Öffentlichkeit. Was Robert Binswanger dazu motivierte, eine Pathographie von jemandem zu verfassen, der nie zu seinen Patienten gezählt hat, ja, den er noch nicht einmal persönlich gekannt hat, lässt sich am deutlichsten mit seinen eigenen Worten sagen:

„Schon frühe ist mir die Geisteskrankheit Stauffer's zur unumstößlichen Gewißheit geworden. Ich habe seitdem nicht nur danach gestrebt, über dieselbe mehr Einzelheiten in Erfahrung zu bringen, um wieder eine Künstlerpsychose von Grund aus kennen zu lernen, sondern habe auch ununterbrochen das innere Bedürfnis gefühlt, dem unglücklichen Kranken zu einer gerechten Beurteilung zu verhelfen. Ist ihm doch der Makel, welchen sein bester Freund Klinger auf ihn geworfen, als er ihn in diesem Zustande einen „Schurken“ nannte, noch vielfach nicht abgenommen.“¹⁰⁷

Dem Buch mit dem Titel „Karl Stauffer-Bern. Sein Leben, seine Briefe, seine Gedichte“ von Otto Brahm, welchen Binswanger als einen „sensationslüsternen Autor“ betitelt, setzt er mit seiner Studie eine wissenschaftlich und sachlich orientierte Arbeit entgegen:

„Allein er [Brahm] spekuliert auf den vulgären Geschmack des Publikums und baut auf Grund von Begebenheiten, welche psychologisch durchaus falsch motiviert, gedeutet und verknüpft werden, einen eigentlichen Roman auf, wie er in Wirklichkeit niemals existiert hat. Nicht nur zieht er darin die Familientragödie roh an das Licht, sondern er umgiebt sie auch mit einem gleißnerischen, süßlichen, lüsternen Scheine, ganz wie diese saloppen Gerichte heutzutage serviert werden.“¹⁰⁸

¹⁰⁶ Diese Arbeit ist Gegenstand einer Dissertation von Melanie Quarz (in Vorbereitung).

¹⁰⁷ Binswanger (1894), S. 4.

¹⁰⁸ L.c., S. 3f.

Seine vierte Veröffentlichung in der „Monatszeitschrift für Psychiatrie und Neurologie“ mit dem Titel „Die Vorarbeiten zu einer schweizerischen Irrengesetzgebung“ stammt aus dem Jahre 1897 und liegt somit im Untersuchungszeitraum dieser Arbeit.¹⁰⁹ Robert Binswanger setzt sich hierin kritisch mit den Grundsätzen für ein eidgenössisches Irrengesetz auseinander, die im Rahmen eines Gesetzesentwurfes vom Verein der Schweizer Irrenärzte im Oktober 1895 ausgearbeitet worden waren. Als „Hauptanlass“ für den Gesetzesentwurf nennt Robert Binswanger „die Thatsache, dass auch in der Schweiz große Zahlen von Geisteskranken in durchaus unwürdiger Weise – wovon Forel krasse Beispiele anführte – gepflegt werden in obskuren, großen sogenannten ländlichen Pflegeanstalten, denen die staatliche Kontrolle zum größten Teil fehlt [...]“ Er weist die „[...] absurde Behauptung von der Einsperrung angeblich Gesunder in Irrenanstalten [...] als Grund für die Initiative der Irrenärzte zur Schaffung einer eidgenössischen Irrengesetzgebung“ vehement ab. Die Grundsätze „sollen lediglich die Pflege, den Schutz und die Beaufsichtigung der Geisteskranken ins Auge fassen [...]“ und sollen „[...] dem beabsichtigten Konkordat oder dem „Bund“ als Grundlage dienen.“ Sie beinhalten eine Definition der Geisteskrankheiten, sowie der Anstalt selbst, regeln die Anstaltsleitung, das Aufsichtsorgan, die Aufgaben der Kommission für Geisteskranke, die Anzeigepflicht, die Pflichten der Anstalten für Geisteskranke, die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken in Anstalten und befassen sich mit den Zwangsregeln.

Binswangers letzte Veröffentlichung stammt aus dem Jahre 1901. In seiner „Ansprache, gehalten bei der Einweihungsfeier v[on] Neu-Belle-vue am 2. August 1901“ rollt er „ein Stück Familiengeschichte“ auf und gibt dabei einen Rückblick auf die Entstehung und Entwicklung des Bellevue.

4.1.6. Briefe von Robert Binswanger an Otto Binswanger

Die im Universitätsarchiv vorhandene Korrespondenz zwischen den Brüdern Robert und Otto Binswanger stammt aus den Jahren 1880 bis 1906. Der erste

¹⁰⁹ Diese Arbeit und ihre Hintergründe sind Gegenstand der Dissertation von Julia Würthner (in Vorbereitung).

Brief ist vom 27. März 1880, der letzte Brief vom 2. Mai 1906, wobei von den insgesamt 64 Briefen lediglich einer vom jüngeren Otto an Robert ist, alle anderen Briefe wurden von Robert Binswanger verfasst. Nur fünf Briefe sind aus dem Untersuchungszeitraum 1896–1900, alle aus dem Jahre 1896.

Robert Binswanger berichtet seinem Bruder, der seit 1891 als Professor und Direktor der Nervenlinik in Jena tätig ist, in diesen Briefen vor allen Dingen über den Gesundheitszustand seiner Frau Bertha, die an Brustkrebs erkrankt war, sowie über seine aktuellen Pläne wie Landkäufe für die Anstalt, diverse Baumaßnahmen und Neuerungen im Bellevue.

4.2. Auswertungsmethoden

Ziel dieser Arbeit ist neben der Darstellung der Geschichte der Institution vor allem die Geschichte ihrer Patienten. Als Basis hierfür dienen die Krankenakten aus dem Fünfjahreszeitraum 1896 bis 1900. Durch Erfassung und Auswertung der Sozialdaten einerseits (Geschlecht, Alter, Familienstand, Beruf und Herkunft) und der Krankheitsbilder andererseits soll neben einer im engeren Sinne psychiatriegeschichtlichen auch eine sozialgeschichtliche Betrachtungsweise möglich werden. Der Veranschaulichung der Ergebnisse dienen dabei die im fünften Kapitel abgebildeten Tabellen und Graphiken.

Den zweiten Schwerpunkt der Arbeit bildet die Erschließung der diagnostischen und therapeutischen Konzepte des Anstaltsleiters und seiner Ärzte anhand der Informationen, die über ihre praktische Tätigkeit aus den Krankenakten hervorgehen.

Im Rahmen von medizinhistorischen Dissertationen wurden den Doktoranden aus dem insgesamt über 6000 Krankenakten umfassenden Gesamtbestand jeweils Krankenakten fortlaufend aus Fünfjahreszeiträumen zugewiesen. Der vorliegenden Arbeit liegen die Akten derjenigen Patienten zugrunde, die in den Jahren 1896 bis 1900 Aufnahme fanden. Es handelt sich dabei um 405 Patientenaufnahmen, welche die Aufnahmeummern 1379 bis 1784 umfassen und für welche 305 Akten vorliegen. Zunächst mussten die bereits für die Verwaltung

im Universitätsarchiv erfassten Basisdaten wie Signatur, Name, Alter und Jahr der ersten stationären Klinikaufnahme abgeglichen werden. In einem weiteren Schritt waren diese um die den Aufnahmebüchern entnommenen Sozial- und Medizinaldaten wie Aufnahme- und Entlassdaten, Beruf, Familienstand, Herkunftsort, Konfession, Diagnose und Therapieausgang ergänzt worden. Dies geschah durch einzelne Durchsicht sämtlicher Krankenakten aus dem Untersuchungszeitraum, wobei die bereits erfassten Angaben teilweise ergänzt oder korrigiert wurden. Dabei bot sich die Möglichkeit, sich vom gesamten Quellenmaterial des Zeitraums einen umfassenden Eindruck zu verschaffen und noch nicht erfasste Schriftstücke oder Akteninhalte zu registrieren.

Mit dem Ziel, eine quantifizierende Längs- und Querschnittsanalyse über den Gesamtbestand durchzuführen, wurde die Gesamtheit der Sozial- und Medizinaldaten der Patienten in einer speziell angelegten Datenbank, dem in Tübingen entwickelten Textverarbeitungsprogramm TUSTEP, systematisch erfasst. TUSTEP bietet die Möglichkeit einer strukturierten Datenbearbeitung durch Ordnen und Sortieren nach beliebigen Kategorien und durch Herstellung von Registern. Die TUSTEP-Datenmaske verfügt über beliebig viele und beliebig lange Felder, die sich gruppieren, sortieren und formatieren lassen. So hat man die Möglichkeit, Originaltexte zu erfassen, wie z.B. Diagnosebezeichnungen, und diese in einem zweiten Schritt einer bestimmten Kategorie zuzuordnen.

Für die Auswertung im Rahmen dieser Arbeit wurden folgende Merkmale für jeden Patienten ermittelt: Aufnahmenummer, Aufnahmejahr, Aufnahme- und Entlassungsdatum, Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum (falls vorhanden), Alter, Wohnort mit Länderzuordnung, Familienstand, Konfession und Konfession in Kategorien zusammengefasst, Beruf/Stand, Aufnahme- und Entlassdiagnose, Diagnose lt. Kartei, Diagnoseschlüssel, einweisende Ärzte, behandelnde Ärzte im Bellevue, Therapie, Therapieausgang, Korrespondenz, Besonderheiten. Die statistische Auswertung der ermittelten Daten erfolgte anhand von Excel-Dateien.

Für die qualitative Auswertung erfolgte im nächsten Schritt eine Transkription und computermäßige Erfassung einer definierten Anzahl an Patientenakten mit

sämtlichen darin enthaltenen Textdokumenten, d.h. Krankengeschichte, Korrespondenzen, Briefentwürfe, Gutachten usw. Während bis zum Jahr 1875 noch sämtliche Akten transkribiert werden konnten, war dies in den Folgezeiträumen aufgrund der mit den Jahren stark zunehmenden Patientenzahlen im Bellevue und der damit einhergehenden großen Materialmenge nicht mehr möglich. So bleibt auch in dieser Arbeit die Transkription auf eine Zufallsstichprobe beschränkt. Dafür wurde unter Zuhilfenahme eines Auswahlverfahrens die definierte Menge von 20 Regalzentimetern ausgewählt und im Volltext transkribiert. Diese 31 Akten (jede 12. Aufnahme) dienen der Fallstudienanalyse und sollen unter den Aspekten des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens und des damaligen Krankheitsverständnisses den Umgang mit den verschiedenen Krankheitsbildern beleuchten.

5. Quantifizierende Analyse

Im folgenden Kapitel soll der Versuch unternommen werden, eine quantifizierende Analyse der Patienten des Bellevue und ihrer Krankheiten vorzunehmen, welche anhand von Tabellen und Grafiken zur Darstellung gebracht wird. Als Grundlage für die Auswertung der verschiedenen Parameter dient das vorliegende Datenmaterial über diejenigen Patienten, die im Untersuchungszeitraum vom 01.01.1896 bis 31.12.1900 ins Bellevue eingetreten sind.

Die Parameter, die untersucht werden sollen, lassen sich in drei Hauptgruppen untergliedern. Die erste Gruppe beinhaltet die *administrativen Informationen* über das Patientenkollektiv, die zweite Gruppe die *Sozialdaten* und eine dritte Gruppe befasst sich mit den *Krankheitsbildern* und *Diagnosen* der Patienten. Auf diese Weise soll nicht nur ein erster Überblick über die Patienten des Bellevue im Untersuchungszeitraum gegeben werden, sondern darüber hinaus ein Eindruck von der Größe der Anstalt und deren Entwicklung, vom Sozialprofil der Patienten sowie von ihren Erkrankungen vermittelt werden.

Erläuterungen zu den Quellen, die hierfür Verwendung fanden, werden ggf. an den entsprechenden Stellen angeführt.

5.1. Administrative Informationen

Die Ermittlung der Aufnahme- und Entlassungsdaten basiert auf den Angaben, die im vierten Aufnahmebuch¹¹⁰ des Bellevue enthalten sind. Abweichungen der Angaben in den Krankenakten von denjenigen im Aufnahmebuch bleiben unberücksichtigt, da diese dadurch zustande kommen, dass in Einzelfällen die Krankenakte erst einen Tag nach Aufnahme des Patienten in die Anstalt angelegt bzw. bereits einen Tag vor dem tatsächlichen Austritt geschlossen wurde.

¹¹⁰ 442/4.

5.1.1. Zahl der Patientenaufnahmen

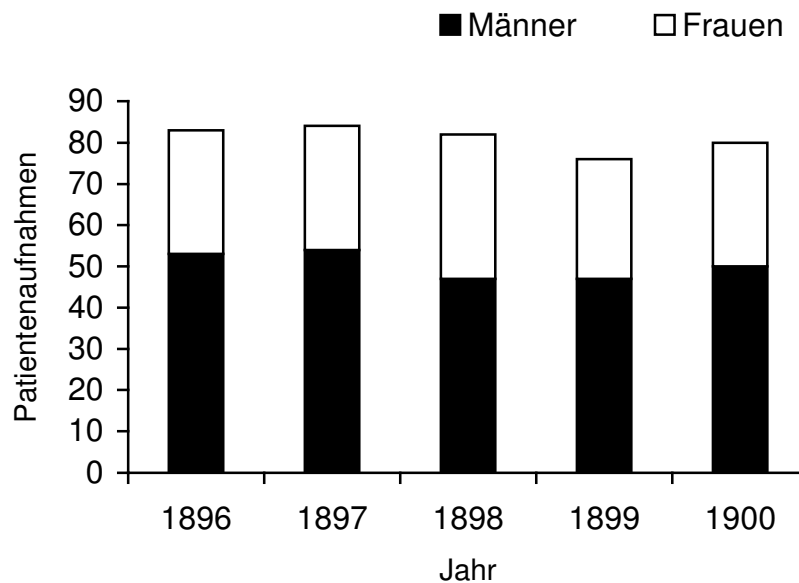
Im Untersuchungszeitraum werden insgesamt 405 Patienten ins Bellevue aufgenommen, davon sind 251 Männer und 154 Frauen. Dies entspricht einer durchschnittlichen Aufnahme von 81 Patienten pro Jahr.

Im Jahr 1898 tritt außerdem eine Begleiterin¹¹¹ ein, die ebenfalls im Aufnahmebuch mit einer Aufnahmenummer festgehalten ist. Die Begleiterin wird in den folgenden Berechnungen nicht miteingeschlossen, da sie zwar im Bellevue wohnt und gepflegt wird, jedoch keine Therapie erhält.

Tabelle 1. Zahl der Patientenaufnahmen

Aufnahmejahr	Patienten männlich		Patienten weiblich		Gesamt	Zahl der Begleiter
	Absolute Häufigkeit	in %	Absolute Häufigkeit	in %	Absolute Häufigkeit	
1896	53	63,9	30	36,1	83	
1897	54	64,3	30	35,7	84	
1898	47	57,3	35	42,7	82	1
1899	47	61,8	29	38,2	76	
1900	50	62,5	30	37,5	80	
Gesamt	251	62	154	38	405	

¹¹¹ Begleiter Nr. 1615.

Abbildung 1. Patientenaufnahmen pro Jahr

Das Diagramm veranschaulicht die gleichmäßige Verteilung der Aufnahmezahlen pro Jahr im Untersuchungszeitraum. Lediglich im Jahr 1899 war ein leichter Rückgang der Aufnahmen auf unter 80 (76 Aufnahmen) zu verzeichnen.

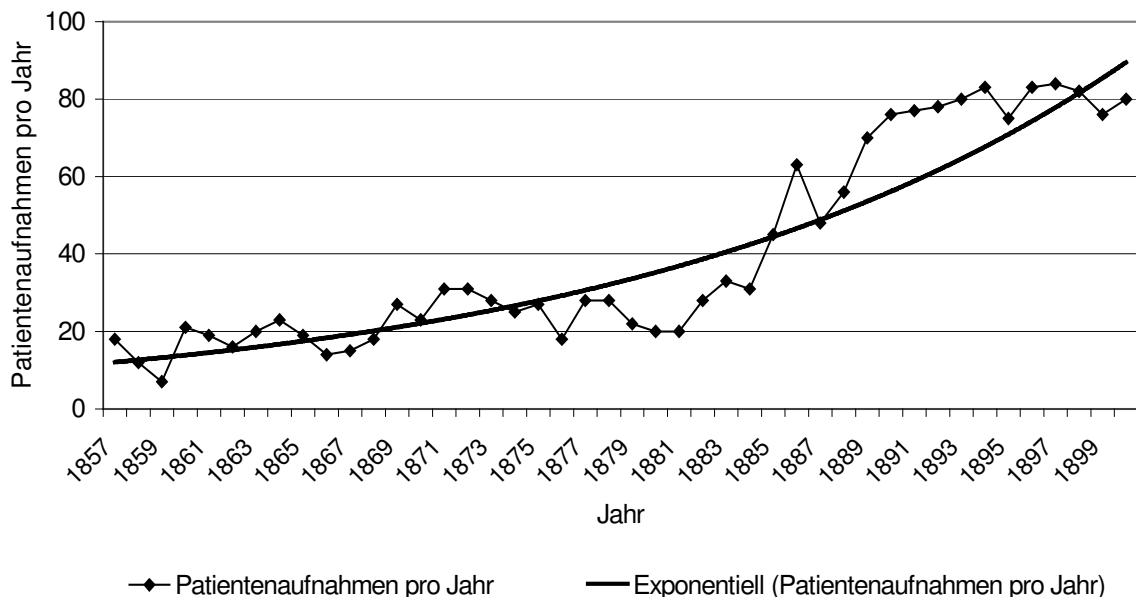
Abbildung 2. Patientenaufnahmen 1857-1900

Abbildung 2 veranschaulicht die Entwicklung der Patientenaufnahmen seit Bestehen der Kuranstalt bis 1900.

Tabelle 2. Bestandszahlen

Bestand am	31.03.	30.06.	03.09.	Jahresdurchschnitt
1896	45	46	41	44
1897	52	53	45	50
1898	47	55	53	51,7
1899	51	52	54	52,3
1900	43	55	55	51,0

Neben den Aufnahmezahlen sind die Bestandsziffern, welche zu den Stichtagen 31.3., 31.6. und 30.9. erhoben worden sind, zu betrachten. Tabelle 2 zeigt den Patientenbestand zu diesen Stichtagen.

Legt man die sich hieraus ergebenden Jahresdurchschnittswerte zugrunde, errechnet sich im Untersuchungszeitraum 1896-1900 ein durchschnittlicher Patientenbestand von 50 Patienten. Betrachtet man die einzelnen Jahre, so zeichnet sich ein deutlicher Trend nach oben ab. Lag der durchschnittliche Patientenbestand im ersten Jahr des Untersuchungszeitraums noch bei 44, so war er bis 1899 bzw. 1900 auf einen Maximalwert von 52 Patienten angestiegen.

5.1.2. Mehrfachaufenthalte

Von den im Untersuchungszeitraum aufgenommenen 405 Patienten treten insgesamt 39 Patienten (9,6 %) innerhalb dieser Periode wiederholt ins Bellevue ein. 29 dieser Patienten treten noch einmal, 7 Patienten zweimal, 2 Patienten viermal und 1 Patient fünfmal ein.

5.1.3. Verweilzeiten

Die Berechnung der individuellen *Verweilzeiten* erfolgt anhand der Aufnahme- und Entlassungsdaten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Urlaubstage, welche leicht Erkrankte und chronisch kranke Langzeitpatienten betreffen, für die Verweilzeitberechnung abgezogen wurden. Einige Patienten weisen unverhältnismäßig lange Verweilzeiten auf. Die Berechnung der mittleren Aufenthaltsdauer

wird daher ohne Berücksichtigung dieser Langzeitaufenthalte, d.h. Aufenthaltsdauer länger als 5 Jahre, durchgeführt. Damit soll eine starke Verzerrung der Ergebnisse hin zu höheren Verweilzeiten vermieden werden.

Die *kürzeste* Verweildauer beträgt 1 Tag¹¹² und betrifft zwei Patienten, wobei diese lediglich im Aufnahmebuch festgehalten sind. Für keinen dieser Patienten ist eine Krankenakte angelegt worden. Da im Aufnahmebuch keine Angaben zur Erkrankung gemacht sind, bleiben die Diagnosen bzw. die Gründe für die Aufnahme unbekannt. Die *längste* Verweildauer beträgt 23 Jahre, 10 Monate und 5 Tage.¹¹³ Es handelt sich hier um eine Patientin, die im Jahr 1896 im Alter von 34 Jahren mit der Aufnahmediagnose „Schizophrenie-Katatonie“ aufgenommen und als „ungeheilt“ entlassen bzw. in eine andere Anstalt überführt wurde.

Tabelle 3 gibt nach Geschlechtern getrennt Auskunft über die Anzahl der Patienten, die sich jeweils in den verschiedenen Aufenthaltsdauer-Gruppen befinden. In Abbildung 2 wird die Verteilung der Verweilzeiten graphisch veranschaulicht. Wir stellen fest, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten (82,7 %) die Aufenthaltsdauer bis zu einem halben Jahr beträgt, wobei ein Anteil von 58,5 % unter einem Viertel Jahr im Bellevue verweilt.

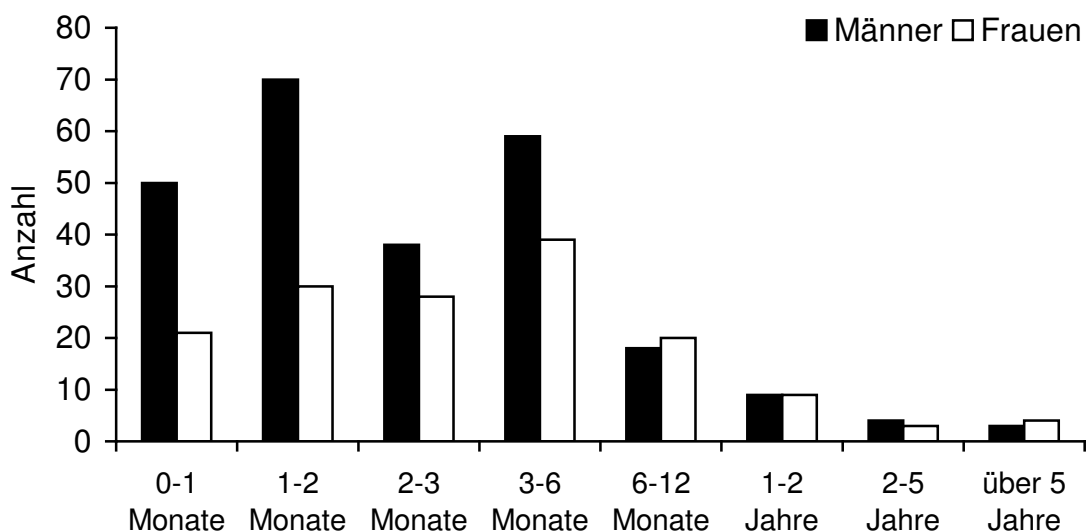
Betrachtet man die weiblichen und männlichen Kranken getrennt voneinander, so stellt man fest, dass bei den Männern die Aufenthaltsdauer mit einem Anteil von 27,9 % am häufigsten 1-2 Monate beträgt, wohingegen sie bei den Frauen mit 25,3 % am häufigsten bei 3-6 Monaten liegt.

¹¹² Akte Nr. 1536 und 1608.

¹¹³ Akte Nr. 1428.

Tabelle 3. Verweilzeiten nach Aufenthaltsdauer-Gruppen

Aufenthalts- dauer- Gruppen	Patienten männlich		Patienten weiblich		Gesamt	
	Absolute Häufig- keit	in %	Absolute Häufig- keit	in %	Absolute Häufig- keit	in %
0-1 Monate	50	19,9	21	13,6	71	17,5
1-2 Monate	70	27,9	30	19,5	100	24,7
2-3 Monate	38	15,1	28	18,2	66	16,3
3-6 Monate	59	23,5	39	25,3	98	24,2
6-12 Monate	18	7,2	20	13,0	38	9,4
1-2 Jahre	9	3,6	9	5,8	18	4,4
2-5 Jahre	4	1,6	3	1,9	7	1,7
über 5 Jahre	3	1,2	4	2,6	7	1,7
Summe	251	100	154	100	405	100

Abbildung 3. Verweilzeiten nach Aufenthaltsdauer-Gruppen

Die durchschnittlichen Verweilzeiten in den einzelnen Aufnahmejahren 1896 bis 1900, bei deren Berechnung Extremwerte, d.h. Aufenthaltsdauern von über 5 Jahren, nicht berücksichtigt wurden, lassen sich der folgenden Tabelle entnehmen. Die gesamtdurchschnittliche Verweildauer im Zeitraum beträgt demnach für 398 Patienten 121 Tage.

Tabelle 4. Durchschnittliche Verweilzeiten ohne Aufenthalte über 5 Jahre

Aufnahme-Jahr	Patienten männlich		Patienten weiblich		Gesamt	
	Tage	Anzahl d. Patienten	Tage	Anzahl d. Patienten	Tage	Anzahl d. Patienten
1896	99	51	111	29	103	80
1897	116	54	138	28	124	82
1898	107	47	161	35	130	82
1899	101	47	142	28	116	75
1900	124	49	137	30	129	79

Gesamtdurchschnitt der Verweilzeiten im Zeitraum:

1896-1900	110	248	139	150	121	398
-----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Unter Berücksichtigung aller Patienten, also einschließlich derer mit extrem langen Aufenthaltszeiträumen, lässt sich eine durchschnittliche Verweildauer von 221 Tagen ermitteln. Wie bereits dargestellt, kommt es durch die extrem langen Verweildauern einzelner Patienten zu einer starken Verzerrung der Ergebnisse. Zur Ergänzung sollte daher der Median angegeben werden, da er gegen Ausreißer unempfindlicher ist. Im vorliegenden Patientengut beträgt dieser 71 Tage; bei Männern ist er deutlich niedriger (62 Tage) als bei Frauen (87 Tage).

Die 7 Patienten, die aufgrund ihrer extrem langen Aufenthaltsdauer von über 5 Jahren aus der Berechnung der durchschnittlichen Verweilzeiten ausgeklammert wurden, werden in der folgenden Tabelle, nach ihrer jeweiligen Aufenthaltsdauer geordnet, dargestellt.

Tabelle 5. Verweilzeiten über 5 Jahre

Patient Nr.	Verweil-dauer	Ge-schlecht	Eintritts-alter	Diagnose	Therapie-ausgang
1513	5 Jahre 4 Monate 20 Tage	weiblich	30 Jahre	Morphinismus	Selbstentlassung
1538	9 Jahre 2 Monate 24 Tage	weiblich	36 Jahre	Dementia praecox; Periodische Psychose	keine Angabe
1695	13 Jahre 4 Monate 27 Tage	weiblich	55 Jahre	Dementia praecox	verstorben
1452	18 Jahre 11 Monate 23 Tage	männlich	21 Jahre	Dementia praecox	verstorben
1734	19 Jahre 10 Monate 5 Tage	männlich	55 Jahre	Alkoholismus; Dementia simplex; Hypochondrie	verstorben
1444	23 Jahre 4 Monate 25 Tage	männlich	40 Jahre	Dementia praecox katatonica	keine Angabe
1428	23 Jahre 10 Monate 5 Tage	weiblich	34 Jahre	Dementia praecox; Katatonie	ungeheilt entlassen

Es handelt sich bei diesen Langzeitpatienten um 4 weibliche und 3 männliche Patienten im Alter zwischen 21 und 55 Jahren bei Aufnahme. Bei 5 Patienten wurde die Diagnose „Dementia praecox“ gestellt. Die beiden anderen Patienten sind aufgrund einer Suchterkrankung (Morphinismus, Alkoholismus) in Behandlung. 3 Patienten verstarben noch in der Anstalt, 2 Patienten wurden ungeheilt entlassen und bei 2 Patienten fehlen Angaben zum Therapieausgang.

5.1.4. Pensionssätze

Die Pensionssätze im Fünfjahreszeitraum sind sehr unterschiedlich. Sie hängen jeweils ab von der Größe und der Art der Unterkunft (Zimmer, Appartement oder Wohnung), von der Anzahl der Begleitpersonen, vom Pflegebedarf, sowie davon, ob die Patienten am gemeinsamen Tisch speisen oder es vorziehen, ihre Mahlzeiten auswärts einzunehmen. Grundsätzlich sind die Preise dem Anstaltsprospekt¹¹⁴ zu entnehmen. Im Prospekt aus dem Jahr 1896 wird der Preis der vollen Verpflegung und Behandlung mit 12,50 Francs pro Tag (entspricht 10 Reichsmark) angegeben. Eine Wohnung wird je nach Größe und Eleganz mit 2,50 bis 7,50 Francs (2-6 Rm [Reichsmark]), Privatwärter für Tag und Nacht mit 5 Francs (4 Rm) und Pension und Bett für Angehörige mit 10 Francs (8 Rm) veranschlagt.

Sehr häufig werden die Preise jedoch ganz individuell auf Anfrage genannt. So beträgt beispielsweise der 110-tägige Aufenthalt einer Patientin, die im Jahr 1896 einen Morphiumentzug durchmacht, insgesamt 1212,70 Reichsmark, was einem Tagessatz von 11 Reichsmark entspricht.¹¹⁵

Einer anderen Patientin, die mit einer Begleitperson kommen möchte, wird auf Anfrage der Preis von 28 Reichsmark pro Tag inkl. Pension für 2 Zimmer im zweiten Stock mit Seeblick genannt. Alternativ bietet ihr Robert Binswanger auch eine Parterrewohnung an, ebenfalls zum See gelegen, mit 2 sehr großen und einem dritten kleineren Zimmer zum Tagessatz von 36 Reichsmark. Entschieden sich die Patientin aber dafür, auswärts zu speisen, so würde sich der Tagessatz jeweils um 4 Reichsmark pro Tag erhöhen.¹¹⁶

¹¹⁴ FAB Nr. 134, Prospekt der Anstalt, 1896.

¹¹⁵ Akte Nr. 1610.

¹¹⁶ Vgl. Akte Nr. 1661.

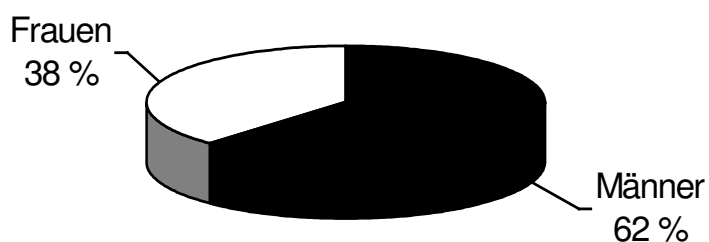
5.2. Sozialdaten der Patienten

Die Verteilung der Patienten wird unter den folgenden Gesichtspunkten betrachtet:

1. Verteilung nach dem Geschlecht
2. Verteilung nach dem Alter
3. Verteilung nach dem Familienstand
4. Verteilung nach der Konfession
5. Verteilung nach dem Herkunftsland
6. Verteilung nach dem Beruf

5.2.1. Verteilung nach dem Geschlecht

Abbildung 4. Geschlechterverteilung



Unter den 405 Aufnahmen befinden sich 251 (62 %) männliche und 154 (38 %) weibliche Patienten. Somit ist das Verhältnis stark zu Gunsten der männlichen Patienten verschoben.

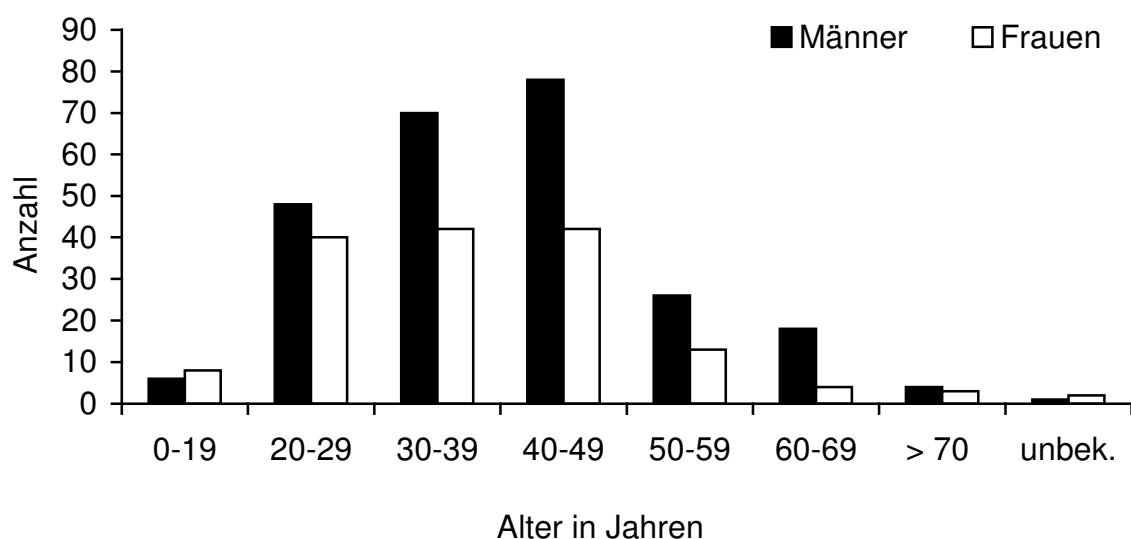
5.2.2. Verteilung nach dem Alter

Bezogen auf beide Geschlechter ist die Gruppe der 40-49-jährigen Patienten (29,6 %) am stärksten vertreten. Ebenfalls groß sind die Gruppen der 30-39-jährigen (27,7 %) und der 20-29-jährigen (21,7 %).

Das mittlere Alter beträgt 40 Jahre. Während sich die weiblichen Patienten etwa gleichmäßig auf die Altersgruppen 20-29-, 30-39- und 40-49-jährige verteilen, findet sich der größte Anteil der männlichen Patienten in der Altersgruppe der 40-49-jährigen (31,1 %) gefolgt von den 30-39-jährigen (27,9 %). Somit sind die Frauen im Durchschnitt nur geringfügig jünger als die Männer.

Der jüngste Patient, der im Untersuchungszeitraum aufgenommen wurde ist 11 Jahre alt (1478) und der älteste 72 Jahre alt (1588). Aus drei Krankengeschichten gehen keine Altersangaben hervor (1648, 1636, 1737). In weiteren 46 Akten stimmen die Angaben aus dem Anamnesebogen entweder nicht mit denen im Aufnahmebuch oder dem übrigen Akteninhalt überein. Gelegentlich lässt sich aus dem angegebenen Geburtsdatum ein abweichendes Alter ermitteln.¹¹⁷

Abbildung 5. Altersverteilung



¹¹⁷ Akten Nr. 1348, 1499, 1505, 1732, 1425, 1571, 1724, 1597, 1589, 1686, 1506, 1640, 1625, 1709, 1748, 1416, 1618, 1722, 1622, 1632, 1565, 1744, 1749, 1396, 1692, 1697, 1731, 1415, 1764, 1593, 1693, 1405, 1582, 1718, 1453, 1602, 1469, 1746, 1518, 1677, 1595, 1549, 1388, 1381, 1437, 1704.

Tabelle 6. Altersverteilung

Alter in Jahren	Patienten männlich		Patienten weiblich		Gesamt	
	Absolute Häufigkeit	in %	Absolute Häufigkeit	in %	Absolute Häufigkeit	in %
0-19	6	2,4	8	5,2	14	3,5
20-29	48	19,1	40	26,0	88	21,7
30-39	70	27,9	42	27,3	112	27,7
40-49	78	31,1	42	27,3	120	29,6
50-59	26	10,4	13	8,4	39	9,6
60-69	18	7,2	4	2,6	22	5,4
> 70	4	1,6	3	1,9	7	1,7
unbekannt	1	0,4	2	1,3	3	0,7
Summe	251	100,0	154	100,0	405	100,0

5.2.3. Verteilung nach dem Familienstand

Bezogen auf beide Geschlechter ist die Gruppe der Verheirateten mit einem Anteil von 50,6 % am größten. Betrachtet man jedoch die Verteilung nach Geschlechtern getrennt, entsteht ein anderes Bild: Während bei den Frauen die Gruppe der Verheirateten mit einem Anteil von 60,4 % am größten ist, bildet bei den Männern die Gruppe der Ledigen mit 54,2 % den größten Anteil.

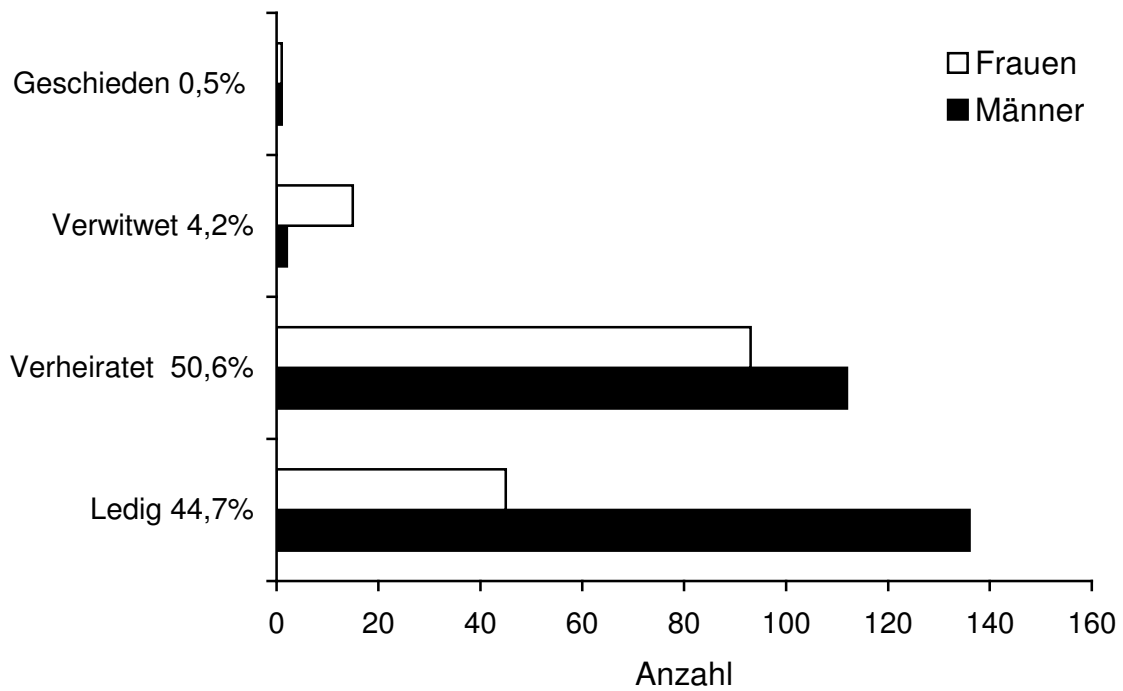
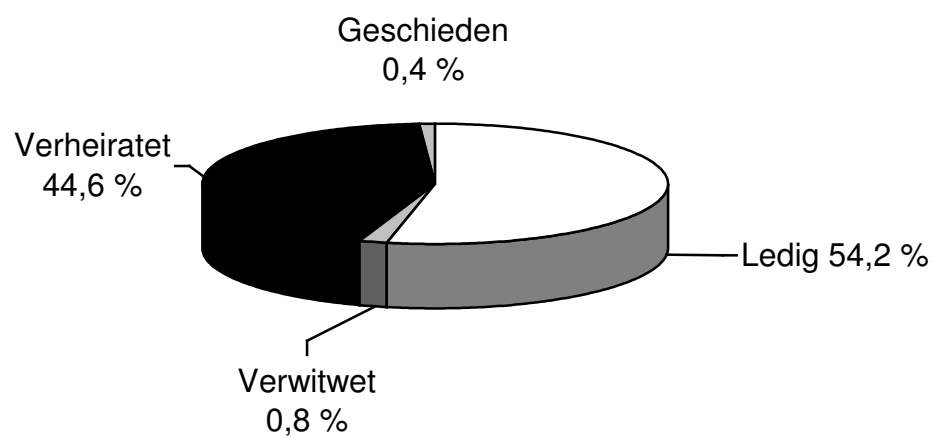
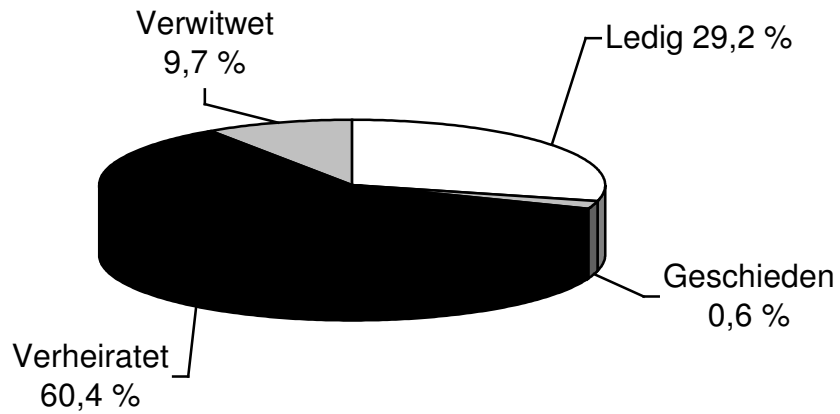
Abbildung 6. Familienstand Frauen und Männer**Abbildung 7.** Familienstand Männer

Abbildung 8. Familienstand Frauen**Tabelle 7.** Familienstand

Familienstand	Patienten männlich		Patienten weiblich		Gesamt	
	Absolute Häufigkeit	in %	Absolute Häufigkeit	in %	Absolute Häufigkeit	in %
Ledig	136	54,2	45	29,2	181	44,7
Verheiratet	112	44,6	93	60,4	205	50,6
Verwitwet	2	0,8	15	9,7	17	4,2
Geschieden	1	0,4	1	0,6	2	0,5
Summe	251	100,0	154	100,0	405	100,0

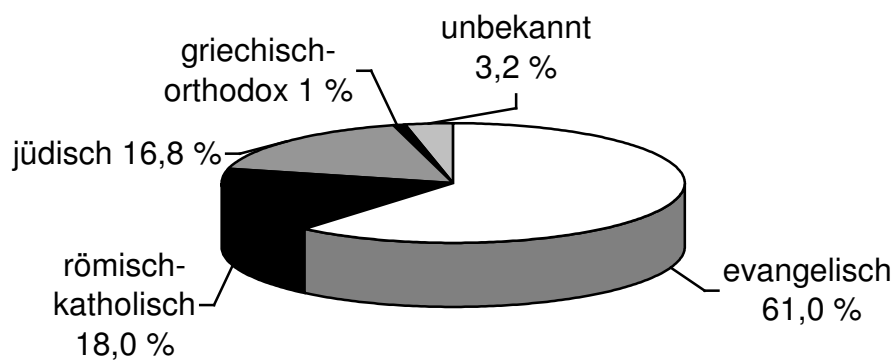
5.2.4. Verteilung nach der Konfession

Den größten Anteil bilden die Patienten des evangelischen Glaubens (61 %). Die Gruppen der römisch-katholischen Patienten (18 %) und die der jüdischen Patienten (16,8 %) sind etwa gleich groß. Bei 3,2 % der Patienten lassen sich keine Angaben zur Konfession im Quellenmaterial finden.

Tabelle 8. Konfession

Konfession	Absolute Häufigkeit	in %
evangelisch	247	61,0
römisch-katholisch	73	18,0
jüdisch	68	16,8
griechisch-orthodox	4	1,0
unbekannt	13	3,2
Summe	405	100,0

Abbildung 9. Konfession



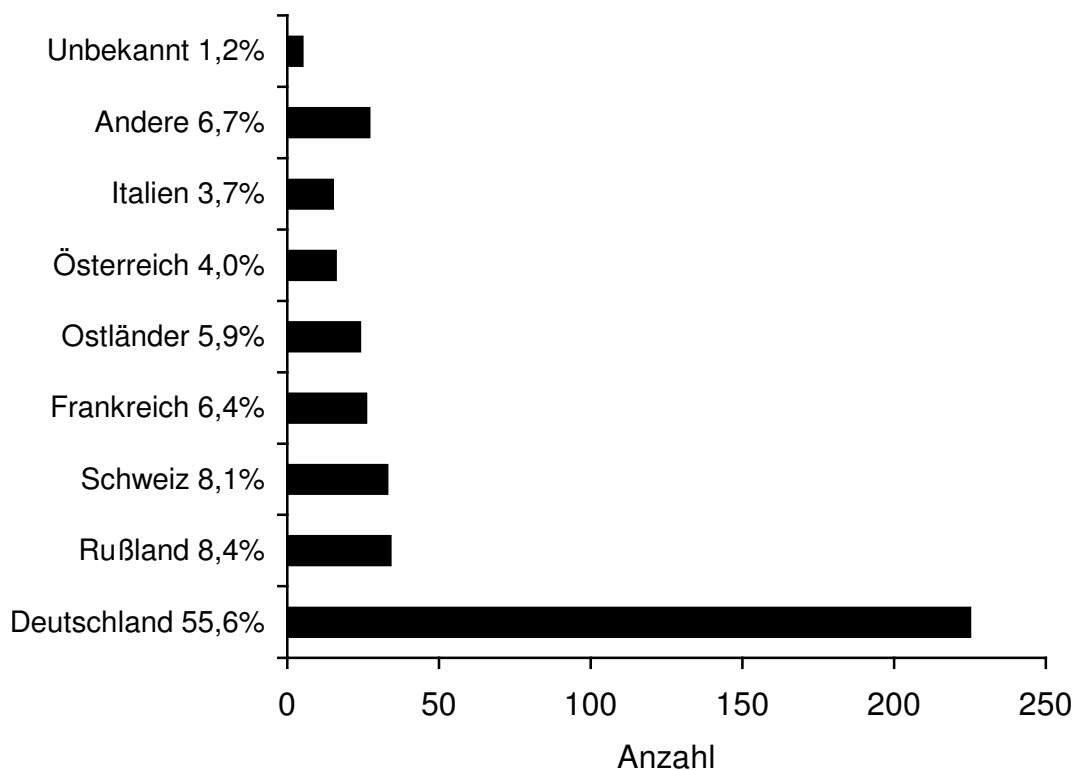
5.2.5. Verteilung nach dem Herkunftsland

Zur Feststellung der Herkunftsländer wurden die Wohnorte der Patienten, welche im Aufnahmebuch registriert sind, herangezogen. Es zeigt sich, dass mit 55,6 % der Anteil der Patienten aus Deutschland am größten ist. Mit nur 8,1 % ist der Anteil der Patienten aus der Schweiz ein sehr geringer. Die Häufigkeit der Patienten aus anderen Ländern ergibt sich aus der folgenden Tabelle sowie aus der graphischen Darstellung in Abb. 10.

Tabelle 9. Herkunftsländer

Land	Patienten männlich		Patienten weiblich		Gesamt	
	Absolute Häufigkeit	in %	Absolute Häufigkeit	in %	Absolute Häufigkeit	in %
Deutschland	144	57,4	81	52,6	225	55,6
Russland	17	6,8	17	11,0	34	8,4
Schweiz	23	9,2	10	6,5	33	8,1
Frankreich	13	5,2	13	8,4	26	6,4
Ostländer	17	6,8	7	4,5	24	5,9
Österreich	7	2,8	9	5,8	16	4,0
Italien	7	2,8	8	5,2	15	3,7
Andere ¹¹⁸	20	8,0	7	4,5	27	6,7
Unbekannt	3	1,2	2	1,3	5	1,2
Summe	251	100,0	154	100,0	405	100,0

¹¹⁸ Andere: Afrika, Ägypten, Argentinien, Dänemark (DK), Finnland (SF), Griechenland (GR), Großbritannien (GB), Mexiko, Niederlande (NL), Norwegen (NOR), Portugal (P), Schweden (S), Spanien (E), Türkei, USA. Zudem ehemalige Ostblockstaaten wie Polen, Ungarn, Tschechien, Slowakei, Kroatien, Rumänien.

Abbildung 10. Herkunftsländer

5.2.6. Verteilung nach Berufen

Zur Ermittlung der sozialen Schichtzugehörigkeit wurden die Angaben aus dem Aufnahmebuch (Rubrik ‚Stand‘) bzw. aus den Patientenakten (Krankengeschichte, Rubrik ‚Stand‘) zu Grunde gelegt. Bei den weiblichen Patienten ist auf dem Krankenblatt sowie im Aufnahmebuch der Beruf des Ehemannes bzw. des Vaters angegeben.

Um eine Vergleichbarkeit über einen längeren Untersuchungszeitraum hinweg zu ermöglichen, wurden die aus den Quellen stammenden zeitgenössischen Berufsbezeichnungen zu übergeordneten Berufsgruppen zusammengefasst. Um daraus die Schichtzugehörigkeit der Patienten erkennen zu können, hat man diese wiederum bestimmten sozialen Schichten zugeordnet. Folgende Tabelle gibt hierüber Auskunft:

Tabelle 10. Berufskategorien

Gruppe	Berufskategorie	Beispiele aus dem Aufnahmebuch	Soziale Schicht
1	Unternehmer	Fabrikant, Mühlenbesitzerin	Wirtschafts- bürgertum
2	Kaufmännische Berufe	Bankier, Kaufmann, Weinhändler, Buchhändler, Holzhändler, Musikverleger	
3	Akademiker u. Studenten	Professor, Monsignore, Stud. jur., Advokat, Arzt, Kreisphysikus, Architekt, Apotheker, Museumsdirektor	
4	Künstler u. Journalisten	Journalist, Malersgattin, Kunstmaler	Bildungs- bürgertum
5	Höhere Beamte	Commerzienrathsgattin, Referendar, Gouverneur, Landrat, Vice-Consul	
6	Mittlere u. niedere Beamte	Secretär	
7	Gewerbe, Handwerk, Kleinhandel	Hotelbesitzer, Gastwirth, Schneider, techn. Zeichner	Klein- bürgertum
8	Arbeiter u. Dienstpersonal	Gouvernante, Intendanturassistent	
9	In d. Landwirtschaft Tätige	Gutsbesitzer, Landwirth, Rittergutsbesitzer	
10	Militär/Offiziere	Lieutenant, Hauptmann, Offiziersfrau, Rittmeister, Generaloberst, Major	
11	Adel	Erlaucht, Comtesse	Kein Beruf wird ausge- übt
12	Privatiers	Privatière	
13	Rentiers	Rentier	
14	Beruf unbekannt	Witwe	
15	Sonstige Bezeichnungen	Schüler, Sprachvirtuos u. Zeitgenosse, Gymnasiast	

Eine nach Geschlechtern getrennte Darstellung der Verteilung nach dem Beruf lässt sich der folgenden Tabelle entnehmen.

Tabelle 11. Verteilung nach dem Berufe

Berufsgruppen	Patienten männlich		Patienten weiblich		Gesamt	
	Absolute Häufigkeit	in %	Absolute Häufigkeit	in %	Absolute Häufigkeit	in %
Kaufmännische Berufe	73	29,1	31	20,1	104	25,7
Privatiers	22	8,8	53	34,4	75	18,5
Akademiker und Studenten	52	20,7	18	11,7	70	17,3
Höhere Beamte	32	12,7	14	9,1	46	11,4
Militär	23	9,2	15	9,7	38	9,4
Unternehmer	16	6,4	12	7,8	28	6,9
Landwirte	16	6,4	7	4,5	23	5,7
Künstler und Journalisten	3	1,2	1	0,6	4	1,0
Adel	2	0,8	2	1,3	4	1,0
Gewerbe und Handwerk	4	1,6	0	0,0	4	1,0
Kleine Angestellte u. Arbeiter	1	0,4	1	0,6	2	0,5
Mittlere u. niedrige Beamte	1	0,4	0	0,0	1	0,2
Rentiers	1	0,4	0	0,0	1	0,2
Sonstige Berufe	5	2,0	0	0,0	5	1,2
Summe	251	100,0	154	100,0	405	100,0

Tabelle 12. Verteilung nach dem Beruf und der sozialen Schicht

Gruppe	Berufskategorie	Alle Patienten in %	Soziale Schicht	Alle Patienten in %
1	Unternehmer	6,9	Wirtschafts- bürgertum	32,6
2	Kaufmännische Berufe	25,7		
3	Akademiker u. Studenten	17,3	Bildungs- bürgertum	29,7
4	Künstler u. Journalisten	1,0		
5	Höhere Beamte	11,4		
6	Mittlere u. niedere Beamte	0,2	Klein- bürgertum	1,2
7	Gewerbe, Handwerk, Kleinhandel	1,0		
8	Arbeiter u. Dienstpersonal	0,5		
9	In d. Landwirtschaft Tätige	5,7		
10	Militär/Offiziere	9,4		
11	Adel	1,0	Kein Beruf wird aus- geübt	19,7
12	Privatiers	18,5		
13	Rentiers	0,2		
14	Beruf unbekannt	0		
15	Sonstige Bezeichnungen	1,2		

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Wirtschafts- und Bildungsbürgertum die größten Gruppen ausmachen, wobei die Berufsgruppe der ‚Kaufmännischen Berufe‘ mit einem Anteil von 25,7 % überwiegt. Mit einem Anteil von 18,5 % bilden die ‚Privatiers‘ die zweitgrößte, mit 17,3 % die ‚Akademiker und Studenten‘ die drittgrößte Gruppe. Ebenfalls stark vertreten sind die ‚Höheren Beamten‘ (11,4 %) und die ‚Militär-Berufe‘ (9,4 %). Einen auffallend kleinen Anteil hingegen bilden die Gruppen der ‚Kleinen Angestellten und Arbeiter‘ (0,5 %), der ‚Mittleren und niedrigen Beamten‘ (0,2 %) und der ‚Rentiers‘ (0,2 %).

5.3. Diagnosen

Angaben zu den Patientendiagnosen finden sich im Aufnahmebuch, auf den Krankenblättern, in Briefen von ärztlichen Kollegen und schließlich in der Smidtschen Diagnosekartei, den blauen Couverts.

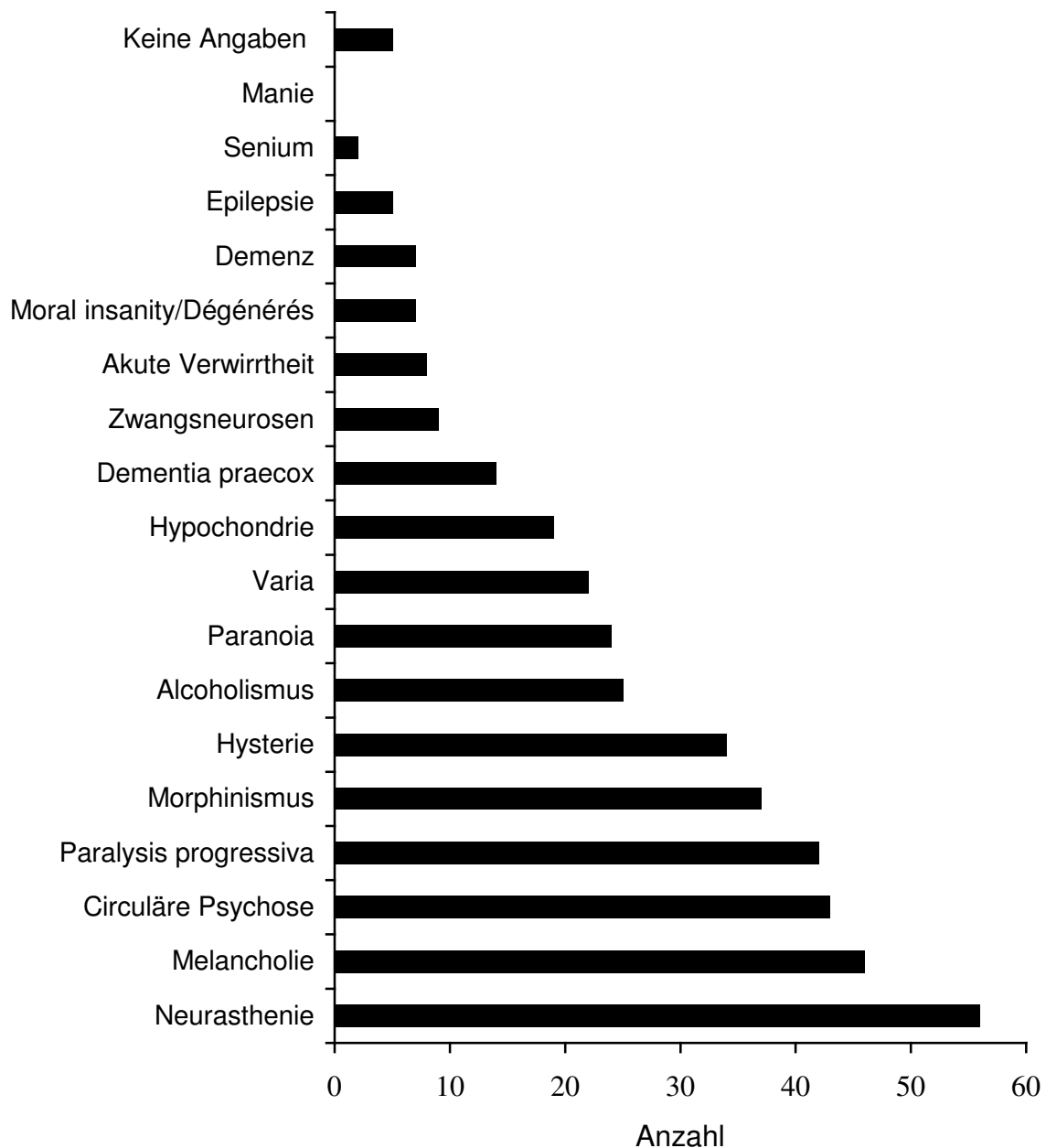
Bei 171 der 405 Patienten ist auf dem Krankenblatt unter der entsprechenden Rubrik eine Diagnose festgehalten. Hierbei handelt es sich um Aufnahme- diagnosen, welche größtenteils den Einweisungsschreiben ärztlicher Kollegen entnommen sind. Gelegentlich sind Diagnosen später von anderer Hand und mit anderer Tinte modifiziert oder geändert worden. In diesen Fällen handelt es sich dann um Entlassungsdiagnosen.

Für alle 405 Aufnahmen lassen sich Entlassungsdiagnosen im Aufnahmebuch finden. Da die Diagnoseangaben aus den Quellen Arztbriefe, Krankenblatt bzw. Krankengeschichte und Aufnahmebuch teilweise sehr voneinander abweichen, wurde für die statistische Aufarbeitung in diesem Abschnitt primär auf die von Hermann Smidt angelegte Diagnosekartei („blaue Couverts“) zurückgegriffen. Diese ist fast vollständig, über lange Zeiträume einheitlich und weist eine weitest gehende Übereinstimmung mit anderen Quellen auf.

Über die Verteilung aller Diagnosen im Zeitraum 1896 -1900 geben nach ihrer Häufigkeit geordnet folgende Tabelle und Graphik Aufschluss:

Tabelle 13. Diagnosen im Untersuchungszeitraum 1896-1900

Diagnose	Diagnosen-Schlüssel	Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit
Neurasthenie	12	56	13,8 %
Melancholie	1	46	11,4 %
Circuläre Psychose	3	43	10,6 %
Paralysis progressiva	7	42	10,4 %
Morphinismus	18	37	9,1 %
Hysterie	11	34	8,4 %
Alcoholismus	17	25	6,2 %
Paranoia	6	24	5,9 %
Varia	20	22	5,4 %
Hypochondrie	5	19	4,7 %
Dementia praecox	10	14	3,5 %
Zwangsneurosen	15	9	2,2 %
Akute Verwirrtheit	9	8	2 %
Moral insanity/Dégénérés	4	7	1,7 %
Demenz	14	7	1,7 %
Epilepsie	13	5	1,2 %
Senium	21	2	0,5 %
Manie	2	0	0 %
Keine Angaben (d.h. keine Karte vorhanden und kein Mehrfachaufenthalt)	23	5	1,2 %

Abbildung 11. Diagnosen im Untersuchungszeitraum 1896-1900

Mit einem Anteil von 13,8 % bilden die Neurastheniepatienten die größte Diagnosegruppe. Fasst man die Melancholie und circuläre Psychose zum manisch-depressiven Formenkreis zusammen, so stellt diese mit 22 % den höchsten Anteil der Diagnosen. Auffallend ist jedoch, dass die Manie als eigenständige Diagnose überhaupt nicht vergeben wurde.

Ebenfalls zu den häufigen Diagnosen zählen die progressive Paralyse (10,4 %) und die Suchterkrankungen mit den Morphinisten (9,1 %) und Alkoholikern (6,2 %). Zusammengenommen stellen sie mit 15,3 % die zweithäufigste Diagnosegruppe dar. Des Weiteren ist die Hysterie mit einem Anteil von 8,4 % als ein eher häufig vorkommendes Krankheitsbild zu nennen.

Die von Smidt für die Epoche Ludwig Binswangers d. Ä. (Diagnoseschema Ludwig I) und für die Robert Binswangers (Diagnoseschema Robert Binswanger) erstellten Diagnoseschemata basieren vermutlich auf den zeitgenössischen diagnostischen Gepflogenheiten.¹¹⁹ Smidts Absicht war es, damit eine gemeinsame Basis für den Vergleich über verschiedene Zeiträume hinweg zu ermöglichen. Eine Gegenüberstellung beider Schemata ist im Dokumentarteil dieser Arbeit abgebildet. Die Diagnosen aus dem Untersuchungszeitraum entsprechen dem Diagnoseschema von Robert Binswanger.¹²⁰

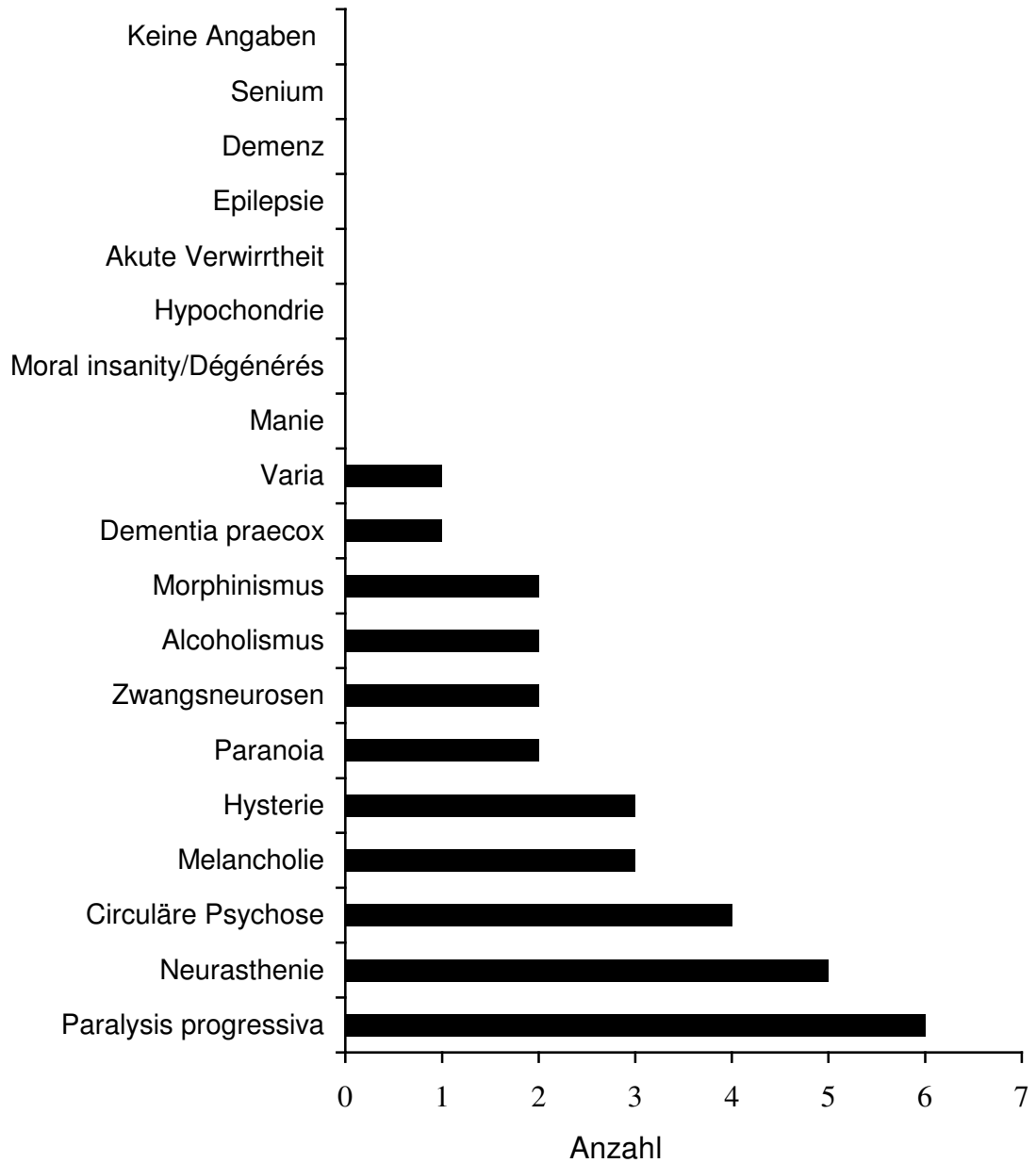
Ergänzend ergibt die Auswertung der Diagnosen bei den 31 aus dem Untersuchungszeitraum transkribierten Krankengeschichten folgendes Bild:

¹¹⁹ Vgl. Moses, Hirschmüller (2004), S. 163.

¹²⁰ Diagnoseschema Robert Binswanger: Diesem Diagnoseschema sind alle Aufnahmeummern 428 (21.05.1877) bis 2640 (20.12.1908) zugeordnet.

Tabelle 14. Diagnosen der transkribierten Fälle 1896-1900

Diagnose	Diagnosen- Schlüssel	Absolute Häufigkeit	Relative Häu- figkeit
Paralysis progressiva	7	6	19,4 %
Neurasthenie	12	5	16,1 %
Circuläre Psychose	3	4	12,9 %
Melancholie	1	3	9,7 %
Hysterie	11	3	9,7 %
Paranoia	6	2	6,5 %
Zwangsneurosen	15	2	6,5 %
Alcoholismus	17	2	6,5 %
Morphinismus	18	2	6,5 %
Dementia praecox	10	1	3,2 %
Varia	22	1	3,2 %
Manie	2	0	0 %
Moral insanity/Dégénérés	4	0	0 %
Hypochondrie	5	0	0 %
Akute Verwirrtheit	9	0	0 %
Epilepsie	13	0	0 %
Demenz	14	0	0 %
Senium	21	0	0 %
Keine Angaben (d.h. keine Karte vorhanden und kein Mehrfachaufenthalt)	23	0	0 %

Abbildung 12. Diagnosen der transkribierten Fälle 1896-1900

5.4. Ausgang der Behandlung

Der Ausgang der Therapie wird im Bellevue nicht lückenlos dokumentiert. So finden wir bei nur 200 der insgesamt 365¹²¹ zur Auswertung vorhandenen Krankengeschichten aus dem Untersuchungszeitraum Angaben, die sich zumindest auf die Entlassung des Patienten beziehen. Lediglich in 114 dieser 200 Krankengeschichten finden wir Informationen über das Befinden bzw. den Therapieerfolg der entlassenen Patienten, wobei diese Angaben mehr oder minder zeitnah zum Zeitpunkt der Entlassung gemacht wurden. Die Angaben zum Gesundheitszustand des Patienten sind hierbei sehr verschieden und oftmals ungenau und vage formuliert. Bei 40 Patienten wurde lediglich dokumentiert, wohin sie abgereist sind, und über 20 weitere Patienten erfährt man, in welche andere Anstalt oder Klinik sie überführt wurden. 6 Patienten verließen die Anstalt gegen ärztlichen Rat, und ein Patient musste die Klinik wegen Fehlverhaltens verlassen (1659). 19 Patienten verstarben während ihres Aufenthaltes im Bellevue.

Betrachtet man die 114 Fälle, bei denen Angaben zum Behandlungserfolg gemacht worden sind, so müssen wir feststellen, dass retrospektiv eine eindeutige Zuordnung zu den seinerzeit gängigen und auch von Ludwig Binswanger verwendeten Entlasskriterien „geheilt“, „gebessert“, „ungebessert“ bzw. „ungeheilt“ nur bedingt möglich ist, da die behandelnden Ärzte sich oft nicht eindeutig äußern. Nur bei einer dieser 114 Krankengeschichten finden wir den Vermerk „völlig geheilt“ (1478) entlassen, bei einem weiteren Patienten heißt es: „ungeheilt entlassen“ (1428) und in zwei Krankengeschichten lesen wir, dass diese „ungebessert entlassen“ wurden (1760, 1646). Patienten, bei denen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes stattfand, konnten aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht festgestellt werden.

Ansonsten finden wir lediglich sehr knappe Bemerkungen wie „status idem“, „bestes Wohlbefinden“, „gekräftigt“, „Befinden besser“ usw., die zwar einen

¹²¹ Von den 405 Aufnahmen im Untersuchungszeitraum fehlen 14 Krankenakten, bei 26 Krankenakten fehlt die Krankengeschichte.

Hinweis auf die Entwicklung des Gesundheitszustandes des Patienten geben, oder wenigstens in welche Richtung sich diese bewegt hat, jedoch kein klares Bild vom Gesundheitszustand oder Therapieausgang vermitteln. Der Informationsgehalt ist insgesamt dürftig, und der Therapieerfolg bleibt in den meisten Fällen im Dunkeln. Bezogen auf die 114 Krankengeschichten, in denen wir Angaben zum Therapieerfolg finden, ergibt eine Zuordnung zu den oben genannten Kategorien folgende Ergebnisse: 1 Patient wird als „geheilt“ (0,9 %), 49 Patienten (43 %) werden als „gebessert“, 21 Patienten (18 %) als „ungebessert“ und 1 Patient als „ungeheilt“ (0,9 %) entlassen. Bei 40 Patienten (35 %) kann keine eindeutige Zuordnung vorgenommen werden oder allenfalls von einer „teilweisen Besserung“ gesprochen werden.

5.5. Todesfälle

19 der 405 Patienten verstarben im Untersuchungszeitraum 1896 bis 1900 während ihres Aufenthaltes im Bellevue. 18 dieser Patienten starben eines natürlichen Todes, ein Patient kam durch einen Badeunfall ums Leben. Suizide sind im Untersuchungszeitraum nicht beschrieben.

5.6. Aufnahme und psychiatrische Befunderhebung im Bellevue

Die vom thurgauischen Regierungsrat erlassene „Verordnung betreffend die Privatkrankenanstalten“ vom 10.5.1895 enthält im § 8 unter anderem die folgende Anordnung:

„Die Vorsteher von Privatirrenanstalten sind gehalten, über den Bestand der Anstalt eine Kontrolle zu führen, in welcher das Datum des Ein- und Austritts der Kranken, die Art der Krankheit und der Zustand der Kranken beim Austritt (ob geheilt, gebessert oder ungeheilt) einzutragen sind. Ein Auszug aus dieser Kontrolle ist vierteljährlich dem Sanitätsdepartement einzusenden. Außerdem ist über jeden Pflegling ein Journal zu führen, welches den Anforderungen der Wissenschaft entspricht.“

Betrachtet man die Bellevueschen Krankenakten und deren Inhalte, so stellt man fest, dass im Untersuchungszeitraum auch das Bellevue bestrebt war, die-

ser Anordnung Folge zu leisten. In sämtlichen Krankenakten finden wir vorge- druckte Aufnahme- und Untersuchungsbögen.

Persönliche Daten

Bei den aus dem Untersuchungszeitraum transkribierten Fällen sind die Anga- ben zu „Name“ vollständig festgehalten, wobei fast überall Vor- und Nachname notiert sind. Die Rubrik „Stand“ gibt Informationen über den Beruf („Fabrikant“, „Professor“ oder „Premier-Leutnant“) des Patienten. Bei Frauen wird auf den Beruf des Vaters oder des Ehegatten zurückgegriffen („Kaufmannsfrau“, „Müh- lenbesitzersgattin“, „Arztfrau“ oder „Fabrikanten-Tochter“). Beim „Wohnort“ wird der Name der Stadt festgehalten, wobei bei ausländischen Städten gelegentlich auch das jeweilige Land notiert wurde. Das „Alter“ der Patienten, zum Zeitpunkt der Aufnahme, erfahren wir in Jahren. Das Geburtsdatum wird nur selten ange- geben. Der „Tag der Aufnahme“ und der „Tag des Austritts“ wird unter Angabe von Tag, Monat und Jahr erfasst.

Anamnese

„Erblichkeit“:

In einem Drittel der transkribierten Krankengeschichten finden wir eine Eintra- gung zur Frage der „Erblichkeit“.

Es wird stichwortartig eine knappe Familienanamnese wiedergegeben mit In- formationen über den Gemütszustand (nervös, hypochondrisch, ängstlich usw.), über besondere Erkrankungen und Todesursachen bei den nächsten Verwand- ten. Meist erfolgt eine Beschränkung auf Angaben über die Eltern und Ge- schwister des Patienten, gelegentlich werden aber auch weiter entfernte Ange- hörige miteinbezogen wie Großeltern, Geschwister der Eltern oder auch die eigenen Kinder des Kranken.

So heißt es beispielsweise in einer Krankengeschichte:

„Großvater sehr nervös. Vater sehr nervös, leidet an krankhafter Entschlusslosig- keit. Mutter nervös.“ (1482)

Eine ausführlichere Dokumentation mit Angaben über die Geschwister der Eltern, Großeltern, aber auch über die eigenen Kinder finden wir in folgendem Beispiel:

„Vater † an Bright'scher Krankheit. Geschwister des Vaters: alt †, 1 Sohn einer Schwester asthmatisch. Mutter † an Altersschwäche. Vater der Mutter †, Gehirnschlag. 1 Bruder der Mutter lebt, 1 Sohn desselben † an epidem[ischer] Meningitis. Geschwister: 1 Bruder von Jugend auf schwächlich, geistig zurückgeblieben, hat 1 gesundes Kind. 1 Schwester † an Lungenschwindsucht. Kinder: 1 Tochter † 4 ½ J[ahre] Meningitis. 1 [Tochter] 17 J[ahre] gesund. 1 [Tochter] 14 J[ahre] gesund.“ (1403)

Es ist anzunehmen, dass gezielt nach Geisteskrankheiten oder auffälligen Gemütsverfassungen bei den Angehörigen gefragt wurde, wohl um daraus etwaige ätiologischen Rückschlüsse auf die Erkrankung des Patienten ziehen zu können. So erfährt man von einem weiteren Patienten:

„Ein Bruder sehr reizbar und nervös. † an Suizid in America. Sonst angäblich [sic] keine Nerven- oder Geisteskrankheiten in der Familie, nachträglich giebt Pat. an, dass ein weiterer Bruder in einer Anstalt bei Zürich (G.) ist, zanksüchtig, arbeitsscheu, schwer hypochondrisch.“ (1443)

Doch stellen wir uns die Frage, welche Bedeutung Robert Binswanger selbst dem Erbfaktor im Zusammenhang mit der Entstehung von Geistes- und Nervenkrankheiten zuspricht. Besonders ausführlich befasst er sich in seiner Pathographie über Stauffer-Bern mit diesen Zusammenhängen. So stellt er fest, dass bei diesem als Sohn eines zweimal an einer Geisteskrankheit erkrankten Vaters bereits in dessen frühester Jugendzeit Züge auftraten, die ihn als „Hereditarier“ auszeichneten. „Während andere ‚Vererbte‘ sich normal entwickeln und erst auf der Höhe des Lebens einer ‚directen Psychose‘ verfallen oder die Vererbung auch ein ganzes Leben hindurch bei ihnen latent bleiben kann, zeigen sich bei Stauffer als Kind dafür typische geistige, gemütliche und Charaktereigentümlichkeiten. Als Kind unlenksam, sprunghaft, zerstreut, verblüffendes Zeichentalent.“¹²² Doch nicht allein die Anlage ist nach Meinung Binswangers Schuld am Ausbruch der Krankheit. Sie lässt sich seiner Ansicht nach

¹²² Vgl. R. Binswanger (1894), Signatur UAT 443/148.

vermeiden oder begünstigen durch die Erziehung und die Lebensumstände der Betroffenen. So ist er vielmehr davon überzeugt, dass die „abnorme Keimanlage“ nicht allein ausreicht, um einen Menschen „fatalistisch auf den Weg des krankhaften Verderbens“ zu führen. Als einziges „Korrektiv“ gegen diese „fehlerhafte Anlage“ sieht Robert Binswanger „eine langsam und stetig auf ihn einwirkende Erziehung in geistiger und wissenschaftlicher Beziehung und noch vielmehr in Hinsicht auf seine allgemeine menschliche Führung, seine Selbstzucht.“¹²³ Eine besondere Rolle bei der Behandlung dieser Patienten spielt das „traitement moral“, durch welches der Patient wieder auf den richtigen Weg geführt werden soll.

Welche Bedeutung die Informationen über eine mögliche erbliche Belastung im Einzelfall für die Diagnosestellung und das therapeutische Vorgehen haben, lässt sich aus den hier transkribierten Krankengeschichten nicht ableiten. Lediglich in der Krankengeschichte eines jungen Mannes, der unter einer „Schizophrenie“ (mit einem Fragezeichen versehen) oder einer „Erschöpfungsneurose mit Zwangsideen“ (in Klammern gesetzt) leidet, findet man die folgende Anmerkung: „Stammt aus einer nervösen Familie, war als Kind schon sehr nervös, leicht zornig und unruhig“ (1519). Der Hinweis auf die „nervöse Familie“ soll möglicherweise in die diagnostischen Überlegungen miteinbezogen werden. Inwieweit dies aber tatsächlich geschieht, lässt sich den Aufzeichnungen nicht entnehmen.

„Bisheriger Krankheitsverlauf“:

Dieser Teil der Anamnese stellt die eigentliche Eigenanamnese des Patienten dar und liefert Informationen über die aktuellen Beschwerden desselben, über seine bisherige Kranken- und Leidensgeschichte, seine Erkrankungen in früheren Jahren oder während der Kindheit (sowohl somatische als auch psychische Zustände werden dabei berücksichtigt) sowie über bislang unternommene Behandlungen und Anstaltsaufenthalte mit deren Erfolgen respektive Misserfolgen. Darüber hinaus findet man bei den ausführlicheren Berichten auch Anga-

¹²³ Vgl. „Zur Geschichte der Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen“, Abschnitt II „Die Kuranstalt“ von Ludwig Binswanger 1957, Signatur UAT 443/125.

ben zur allgemeinen Lebensgeschichte und eine Sozialanamnese mit Hinweisen zur beruflichen, sozialen und familiären Situation des Kranken.

Teilweise handelt es sich bei der Anamnese um eine Fremdanamnese, die der aufnehmende Arzt von einem nahen Verwandten, zum Beispiel von Ehepartnern, Kindern oder Eltern des Patienten erhalten hat. Nicht selten aber stammen die Angaben aus dem Schreiben des einweisenden Kollegen, auf dessen Brief auch regelmäßig verwiesen wird. Dies ist bei 9 der 31 transkribierten Krankengeschichten der Fall. Bei 6 Aufnahmen wird lediglich mit einem Vermerk wie „Siehe Brief Dr. Kirchheim“ auf das Einweisungsschreiben verwiesen, ohne selbst etwas dokumentiert zu haben. Bei nur 2 Krankengeschichten finden wir überhaupt keine Notiz.

In 9 Fällen erfahren wir etwas über die Erkrankungen im Kindes- oder Jugendalter. Oft handelt es sich dabei um gewöhnliche Kinderkrankheiten wie Masern oder Scharlach, aber auch Migräne oder Kopfschmerzen sowie auffällige Stimmungslagen werden dokumentiert. So findet man beispielsweise folgende Informationen:

„Pat. war schwächliches Kind, hat jedoch nie wesentliche Krankheiten durchgemacht“ (1403) oder „[...] war als Kind schon sehr nervös, leicht zornig und unruhig.“ (1519)

Die Darstellung der Krankheits- und Leidensgeschichte der Patienten erfolgt meist in chronologischer Reihenfolge und führt über den Beginn und die weitere Entwicklung der Beschwerden schließlich zur aktuellen Situation. Die Ausführungen können recht knapp oder aber auch sehr detailliert ausfallen. Bei einem unter einer „Vagusneurose“ leidenden Patienten (1469) erfolgt eine im Jahre 1887 beginnende Auflistung der Beschwerden mit jeweiligen Therapien und deren Wirkungen und endet 10 Jahre später mit der Aufnahme 1897:

„1887 um Weihnachten große psychische Unruhe, Schwager am Herzschlag †. Pat. fürchtet gleiches Schicksal.

1888. Erste Consultation wegen Nervensachen [...].

1889. Carlsbad. Herzklopfen wird geringer, im Ganzen Resultat = 0 [...]

1890. Ziemlich gut. [...]

1891. 3-4 Monate Schwarzwald, Schluchsee. Heirath. [...]
[usw.]
97 mäßig schlecht [...].“

Als Beispiel für eine sehr knappe Dokumentation soll folgender Eintrag angeführt werden: „Lues zugestanden, auch sonst durch ärztl. nachträglichen Bericht Dr. Hall Cöln a/R. bestätigt. Luetische Infektion vor ca. 16-17 Jahren“ (1532).

In einer anderen Krankengeschichte erfahren wir nach ausführlicher Dokumentation des Krankheitsbeginns und des weiteren Verlaufes etwas über den vermuteten Auslöser der aktuellen Erkrankung einer älteren Patientin mit der Diagnose „Melancholie“ oder „Paranoia“ durch folgenden Schlusssatz in der Anamnese:

„Die anhaltenden Gewissensbisse, sowie die Trauer um den geliebten Mann haben schließlich ihre jetzige Krankheit hervorgerufen“ (1572).

Eine weitere Krankengeschichte beschreibt hingegen ausführlichst die ungewöhnlichen Umstände und Maßnahmen, welche die Aufnahme eines jungen Patienten herbeiführten. Ein Anfall, bei dem der junge Mann in einem Zug auf einer Spanienreise sich entkleidete und sein ganzes Hab und Gut aus dem Fenster warf, führte zu einer Festnahme durch spanische Polizeibeamte. Man brachte ihn in die dortige Anstalt, wo ihn der vom Bellevue zur Abholung des Kranken entsandte Genfer Arzt „an Händen gebunden [...] vor Schmutz strotzend im Hof vorfand“ (1636).

Über das soziale Umfeld bzw. den beruflichen Werdegang des Patienten wird in 6 Krankengeschichten berichtet.

Ebenso findet man regelmäßig Angaben zur vegetativen Anamnese, wo es beispielsweise heißt:

„Schlaf sehr leicht, mit unangenehmen Träumen“ (1457) oder „wurde nervös und völlig schlaflos, trüber Stimmung. Appetit und Verdauung schlecht“ (1597).

Bei den weiblichen Patienten wird teilweise auch eine orientierende gynäkologische Anamnese erhoben, wobei jedoch regelmäßig Angaben zu Geburten, et-

waigen Aborten und der Menses gemacht werden. Bei den männlichen Patienten wird hingegen regelmäßig nach dem Onanieren gefragt.

Aufnahmebefund

Die „Krankengeschichte“ beginnt in der Regel mit der Dokumentation einer körperlichen Eingangsuntersuchung, dem „status praesens“. In insgesamt 28 der 31 transkribierten Krankengeschichten finden wir einen solchen körperlichen Untersuchungsbefund. In 18 Fällen ist dieser sehr ausführlich durchgeführt und dokumentiert worden, in 10 Fällen wird eher knapp mit wenigen Worten lediglich der Gesamteindruck und das äußere Erscheinungsbild des Patienten wiedergegeben. Die detaillierter gefassten Untersuchungsbefunde beinhalten eine allgemeine körperliche sowie eine neurologische Untersuchung. In 3 Krankengeschichten finden wir gar keinen Eintrag, wobei es sich jeweils um Wiederaufnahmen der Patienten handelt und bei der hier erfolgten Aufnahme offensichtlich auf eine erneute Untersuchung verzichtet wurde. Interessant ist auch die Feststellung, dass es sich bei den 10 sehr knapp gehaltenen Aufnahmebefunden, die lediglich das Erscheinungsbild des Kranken wiedergeben, um 8 weibliche Patienten handelt, während die ausführlichen Befunde überwiegend männliche Patienten betreffen (16 von 18 Fällen). Entweder handelt es sich bei dieser kleinen Fallzahl von 31 Patienten um eine rein zufällige Verteilung oder es wurde bei den Patientinnen überwiegend auf eine gründliche körperliche Untersuchung verzichtet.

Regelmäßig beginnt die Befunderhebung mit der Untersuchung des Kopfes, der Kopforgane und des Halses. Fast immer wird mit der Beschreibung der Pupillen begonnen. Geachtet wird dabei auf die Pupillenweite, ob eine Isokorie oder Anisokorie vorliegt, sowie die Reaktion auf Licht und Akkommodation werden geprüft: „Linke Pupille etwas weiter als die rechte, beide ziemlich kontrahiert. Lichtreaction sehr träge. Reaction der Pupillen vorhanden, doch sehr schwach“ (1443) oder „Rechte Pupille successive größer wie die linke, Pupillen über mittelweit, bei schwacher Beleuchtung keine Reaction auf Licht und Accommodation“ (1443).

Als nächstes folgt die Beurteilung der Mimik bzw. der motorischen und sensiblen Innervationsverhältnisse des Gesichtes: „R[echter] Facialis mimisch etwas stärker innerviert“ (1443), „Rechte Nasialisfalte hängt etwas, bei der mimischen Bewegung wird der rechte Fazialis stärker innerviert“ (1443) oder „Sensibilität im Gesicht intakt“ (1676).

Auch eine Perkussion des Kopfes wird häufig vorgenommen. Liegt eine Auffälligkeit der Kopfform vor, so wird diese ebenfalls festgehalten: „Schädel steht links vorn und rechts hinten etwas vor. Percussion des Kopfes nicht schmerzhaft. Keine Druckpunkte“ (1519) oder „Percussion des Vorderkopfes unempfindlich, über dem Occipitalbein empfindlich. Ganze Halsgegend hinter den Musc[ulus] sternocleidomast[oideus] empfindlich“ (1676).

Weiter erfolgt eine Inspektion von Hals, Mund, Zunge, sichtbaren Schleimhäuten und des Rachens sowie eine Palpation der oberen Lymphknotenstationen: „Zunge grade, leicht fibrillär zitternd vorgestreckt, feucht, Zungenrücken belegt. Gaumenbögen symmetrisch. Sichtbare Schleimhäute gut gefärbt“ (1519) oder „Zungenrücken leicht belegt, Zunge grade, kein Tremor. Papillen etwas hypertrophisch. Nackendrüsen nicht geschwollen, Pharynx symmetrisch“ (1457). Regelmäßig findet auch eine Inspektion der Ohrmuschel bzw. des Ohrläppchens statt. Dabei wird festgestellt, ob das Ohrläppchen anliegend ist oder nicht. Bei einem Patienten ist diese Begutachtung besonders ausführlich geschehen: „Linke Ohrmuschel weiter abstehend, linkes Ohr größer wie rechtes, Antihelix nur angedeutet, Spinae helicis links deutlich“ (1443). Meist wird jedoch nur notiert, dass das „Ohrläppchen adhaerent“ (1457) ist.

Des weiteren erfolgt in der Regel die Dokumentation der Untersuchung der Brustorgane. So heißt es beispielweise „Herzdämpfung beginnt über der V. Rippe, überragt nicht den linken Sternalrand. Herztöne rein. Puls 60.“ (1443) oder „Herzdämpfung auf der IV. Rippe, überschreitet nicht den linken Sternalrand. Herztöne rein, II. Pulmonalton nicht verstärkt (1457)“.

Im Anschluss an die Brustorgane folgt die Untersuchung des Abdomens und der Bauchorgane sowie des Genitales und der Lymphknoten. Die dabei erhobenen Befunde sind beispielsweise folgendermaßen dokumentiert: „Leber-

dämpfung unterhalb der VI. Rippe, überschreitet nicht den unteren Rippenrand“ (1469) oder „Abdomen auf Druck nicht empfindlich, weich“ (1741).

Aber auch die Untersuchung der Wirbelsäule gehört mit in die Befunderhebung: So liest man in einem Aufnahmebefund „Wirbelsäule und Wurzelaustritte nicht druckempfindlich“ (1469) und in einem weiteren Fall heißt es „Wirbelsäule auf Percussion nicht sonderlich empfindlich, nur die Austrittsstellen der unteren Brustwirbel empfindlich“ (1741).

Neben der internistischen Untersuchung wird auch regelmäßig eine neurologische Eingangsuntersuchung vorgenommen. Diese umfasst die Untersuchung der Reflexe (Bauchhautreflex, Cremasterreflex, Achillessehnenreflex, Patellarsehnenreflex, Anconaeus), der Sensibilität, die Beurteilung des vasomotorischen Nachrötens, des Gleichgewichtssinns (anhand des Rombergschen Stehversuchs) und der Sprache. Als typisches Beispiel für einen neurologischen Befund soll die folgende Dokumentation herangeführt werden:

„Bauchreflexe deutl[ich]. Cremaster vorhanden. Knieph[änomene = Patellarsehnenreflex] lebhaft. Kein Clonus. Leichter Tremor bei gespr[eizten] Fingern. Pupillen gleich. Reaction auf Licht und Accommodation gut. R[echts] vielleicht etwas träger (Wh. Abends). Zunge leicht belegt, grade, ruhig vorgestr[eckt]. Gaumenhebung symmetr[isch] [...]. Leichter Romberg, Schwanken nach links. Facialis z[iemlich] symmetr[isch]. Sensibilität herabgesetzt“ (1547).

Bei einem anderen Patienten mit der Diagnose einer „Dementia paralytica“ (1431) wird festgestellt, dass seine „Sprache stark häsitierend“ ist, die „Anconaei sehr lebhaft beiderseits“ und die „Kniephänomene sehr deutlich beiderseits“ ausgeprägt sind, jedoch „kein Romberg. Keine grobe Ataxie“ vorliegen. Bei diesem Patienten ist darüber hinaus auch eine Untersuchung mittels Dynamometer vorgenommen worden, was folgendes Ergebnis erbracht hat: „Dynamometer R = 95 L = 90“. Insgesamt finden wir bei vier Patienten eine solche Untersuchung, wobei drei dieser Patienten jeweils unter einer Neurolues leiden (1431, 1443, 1623). Der vierte Patient hat die Diagnose „Neurasthenie“ (1457).

Die Sensibilitätsprüfung wird mit Worten beschrieben wie „auf der linken Körperhälfte vor der rechten herabgesetzt. Localisationsfehler mittelfest“ (1443), „Sensibilität und Localisation intakt“ (1701) oder „Sensibilität an den oberen Ex-

tremitäten und Gesicht normal“ (1768). Eine besonders gründliche Sensibilitätsprüfung finden wir in der Krankengeschichte eines an einer „Dementia paralytica“ erkrankten Patienten dokumentiert:

„Sensibilitätsprüfung:

- 1) Analgesie. Nadel wird durch eine emporgehobene Hautfalte am Bein durchgestochen, ohne die geringste Schmerzempfindung des Pat.
- 2) Ganz schlechte Localisation der Berührungen mit der Nadelspitze. Gibt die Stellen eine halbe Hand breit entfernt von der Wirklichkeit an, resp. von den wirklich vom Untersucher berührten Punkten“ (1547).

Zur Sprache desselben Patienten finden wir folgende Feststellung: „Spricht viel u. abrupt. Sprachstörung unentschieden.“ Während bei einem an einer Vagusneurose Erkrankten die „Spracharticulation intact“ (1469) ist, erfolgt bei einem an „Alcoholismus“ leidenden Patienten folgende Beurteilung der Sprache: „Sprache impulsiv, stößt die Sätze hervor“ (1494).

Gelegentlich finden wir aber auch Angaben zum Gesamteindruck, zum äußeren Erscheinungsbild oder über die Stimmung des Patienten. So erfahren wir beispielsweise von dem zuletzt genannten Patienten: „Pat. ist schlank, mager; frische Gesichtsfarbe. Entschieden etwas erregt“. Ein anderer Patient hingegen wird so beschrieben: „Pat. großer blonder Mann, fahle Gesichtsfarbe, etwas hastig in seinen Bewegungen, offenbar euphorisch“ (1547). Eine an einer „zirkulären Manie leichten Grades“ erkrankte Patientin wird als eine „Mittelgroße, z[iemlich] starke Frau, Fettpolster an Armen, Leibe stark entwickelt“ (1585) beschrieben, wohingegen über eine Patientin mit einer „zirkulären Psychose“ folgendes zu lesen ist: „Pat., eine etwas pastöse, anämische Dame, wird uns etwas widerstrebend zugeführt“ (1418).

Im Gegensatz zur Zeit Ludwig Binswangers, bei dem die körperliche Untersuchung nicht zur Routine gehörte,¹²⁴ ist unter Robert Binswanger zumindest bei einem Großteil der Patienten eine solche durchgeführt und dokumentiert worden. Ob tatsächlich nicht alle Patienten, die zur Aufnahme kamen, von einem Arzt untersucht worden sind, oder ob eine gewisse Nachlässigkeit bei der Do-

¹²⁴ Vgl. Schweizer (2000), S. 76.

kumentation Schuld daran trägt, dass wir nicht in jeder Krankenakte einen Untersuchungsbefund finden, lässt sich heute nicht mehr klären. Jedoch haben wir bei der Mehrzahl der Krankengeschichten einen mehr oder minder ausführlichen Untersuchungsbefund vorliegen, welcher meist sowohl einen allgemeinen körperlichen wie auch einen neurologischen Untersuchungsbefund enthält, ganz so, wie wir ihn auch heute fordern.

Der psychische Befund

Wie wir bereits festgestellt haben enthält nahezu jede Krankengeschichte eine, wenn auch sehr verschieden detaillierte, Anamnese. Auch wenn sie nicht in allen Bereichen den heute üblichen und geforderten Ansprüchen der Psychiatrie entspricht, finden wir regelmäßig wesentliche Elemente, wie die Schilderung der aktuellen Beschwerden, des Krankheitsbeginns und des -verlaufs, eine Familienanamnese, Informationen über die Entwicklung in der Kindheit, in der Schule, über sexuelle Probleme über die Lebenssituation, wie Familienverhältnisse oder Beruf und sonstige körperliche Vorerkrankungen. Man kann sagen, dass die biographische Anamnese meist ausführlich erhoben wurde. In welcher Form der Arzt das Interview geführt haben mag, ob dem Patienten die Möglichkeit zur freien Rede gegeben war, ist unklar. Häufig werden die Ausführungen durch Zitate des Patienten ergänzt. Ob man hieraus schließen kann, dass tatsächlich ein „Gespräch“ stattgefunden hat und nicht nur eine reine „Frage- und Antwortsituation“ vorlag, ist anzuzweifeln. Darüber hinaus handelt es sich nicht selten bei der dokumentierten Anamnese um Abschriften der Einweisungsschreiben von den zuweisenden Ärzten oder aber um reine Fremdanamnesen von Angehörigen.

Was wir in den Binswangerschen Krankengeschichten vermissen, ist eine genaue Beschreibung der seelischen Verfassung des Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme, der wir heute für die psychiatrische Diagnostik und Therapie eine zentrale Bedeutung beimessen. Durch Zuhören, Beobachten und Fragen gewonnene Eindrücke ermöglichen dem Arzt das Erheben eines „psychischen Befundes“. Er beinhaltet Angaben zum äußeren Erscheinungsbild (z.B. Habitus, Statur, Körperhaltung, Kleidung, Ausdrucksverhalten), zur Psychomotorik (z.B.

unruhig, gehemmt, Automatismen), zur Sprache, zur Bewusstseinslage, zur Orientierung (örtlich, zeitlich, situativ, biographisch), zum Antrieb, zur Affektivität und zur Stimmungslage (z.B. depressiv oder manisch) Informationen über die mnestischen Funktionen (Aufmerksamkeit und Wahrnehmung, Denken, Gedächtnis) und produktive Symptome, wie Wahn, Halluzinationen, Sinnestäuschungen usw..

In den vorliegenden Krankengeschichten lassen sich nur unregelmäßig allenfalls Teilaspekte eines psychischen Befundes wiederfinden. In der Regel ist dieser beschränkt auf die Beurteilung von Stimmung, Antrieb, Orientierung und Gedächtnis. So heißt es beispielsweise: „Pat. ist eine große, äußerst korpulente Frau (Gewicht 263 Pfund), dabei von heiterem Temperament, spricht viel u. rasch, zeigt äußerlich keine nervösen Eigenschaften“ (1610) oder „Pat. ist schlank, mager; frische Gesichtsfarbe. Entschieden etwas erregt. Leichter Tremor der Gesichtsmuskeln beim Sprechen. Tremor manuum. Sprache „impulsiv“, stößt die Sätze hervor. Muss sich auf ihm geläufige Tatsachen (wie lange er in Italien sei) besinnen. Kopfrechnen sehr schlecht [...]. Leicht hypochondrisch [...]“ (1494). In einer der Krankengeschichten heißt es hingegen nur ganz knapp „Deprimierter Gesichtsausdruck“ (1507). Etwas ausführlicher wird folgender Patient beschrieben: „Pat. kommt in Begleitung seines Buchhalters hier an, ist tief deprimiert und von großer Hoffnungslosigkeit betreffs seiner Krankheit erfüllt... Pat. ist sehr unruhig und reizbar, kann keine ordentliche Unterhaltung führen und kann nicht ruhig längere Zeit auf einem Platze sitzen bleiben“ (1532). Die Beurteilung der Gedächtnisfunktion erfolgt entweder ganz allgemein und erschließt sich dem Arzt aus dem Aufnahmegespräch, oder aber sie wird durch gezielte Fragen vorgenommen. Als Beispiel für ersteres Vorgehen sei die folgende Dokumentation angeführt:

„Pat. ist geistig stark im Vergleich zum vorigen Jahre zurückgegangen, speciell hat sein Gedächtnis gelitten, Pat. verstümmelt die Namen aller Ärzte hier, besinnt sich auf dieselben kaum. Über seinen letzten Aufenthalt in Teinach kann der Kranke nur sehr schwache Berichte abgeben. Die Schrift Herrn v. H. ist weiter charakteristisch, seine Briefe zeigen nicht nur sehr viele Schreibfehler, Pat. lässt Buchstaben, ja ganze Silben aus den Worten fort.“ (1431).

Zur Beurteilung der Orientierung und des Gedächtnisses einer Patientin mit der Diagnose „Melancholie“ und „Paranoia“ dient folgende Befragung, die in dieser Form häufig, durchaus auch während der Visiten Anwendung findet:

„Welches Jahr?“ Nach längerem Zögern: „1897 oder 1898.“

„Welcher Monat?“ Nach längerem Zögern: „Mai oder Juni.“

Wochentag und Datum können nicht angegeben werden.

„7 x 8“ = „63.“

„8 x 4“ = „30.“

„9 x 6“ = „54.“

„Wo liegt Bellheim?“ „Bei Germersheim in der Rheinpfalz.“

„Zu welchem Lande gehört die Rheinpfalz?“ - Wird nicht angegeben.

„Herrscher des Landes?“ „Ich glaube, wir haben einen König.“

Alle Antworten erfolgen zögernd, langsam, ängstlich.“ (1573)

Eine umfassende und vollständige psychiatrische Befunderhebung lässt sich in keiner der untersuchten Krankengeschichten feststellen.

Ein Erstgespräch, wie wir es in der modernen Psychiatrie kennen, das neben der diagnostischen und ätiologischen Erkenntnisgewinnung des Arztes auch eine therapeutische Komponente beinhaltet, insofern als der Patient durch sein Erzählen selbst bereits Einsichten über sich und sein Leiden gewinnt, scheint im Bellevue eine untergeordnete Rolle gespielt zu haben. Zumindest lassen sich in den vorliegenden Krankengeschichten keine Belege hierfür finden. Zumindest scheint grundsätzlich der Ansatz, eine Verbindung der Lebensgeschichte des Patienten mit seiner Krankheitsgeschichte herzustellen und in einem gewissen Kontext zu betrachten, vorhanden gewesen zu sein.

Verlaufsdokumentation

Dem § 8 der „Verordnung betreffend die Privatkrankeanstalten“ Rechnung tragend, wird für jeden Patienten im Bellevue ein Krankheitsjournal geführt.

Nach dem Untersuchungsbefund beginnt die Dokumentation des Krankheitsverlaufs des Patienten während seines Klinikaufenthaltes im Bellevue. Teilweise wird täglich, oftmals aber auch in größeren Zeitintervallen, beispielsweise wöchentlich bei langen Aufenthalten, der aktuelle körperliche und geistige Ge-

sundheitszustand notiert. Auch diese Angaben fallen von Patient zu Patient ganz verschieden detailliert aus. Teilweise wird lediglich die vegetative Verfassung, wie Schlaf, Appetit, Fieber, Menses usw. festgehalten. Aber auch Berichte über bestimmte Situationen und Begebenheiten, Teilnahme an Gesellschaftsaktivitäten, Ausflügen und Konzerten oder über Streitigkeiten mit anderen Patienten, Ärzten oder dem Personal werden oftmals ganz ausführlich wiedergegeben und zeichnen so ein sehr lebendiges Bild vom Patienten und seiner physischen und psychischen Verfassung.

6. Die Therapie im Bellevue

6.1. Einführung

Das folgende Kapitel befasst sich mit den Behandlungsmethoden, die im Bellevue im Untersuchungszeitraum 1896 bis 1900 Anwendung fanden. Anhand zeitgenössischer Literatur und der Überlieferungen Robert Binswangers selbst zu verschiedenen Behandlungsmethoden soll das therapeutische Konzept der Kuranstalt erläutert und mit Hilfe von Beispielen aus den transkribierten Krankengeschichten illustriert werden.

Das therapeutische Konzept der Kuranstalt unter der Leitung Robert Binswangers basiert im wesentlichen auf 5 Säulen. Diese sind die Milieuthherapie, die psychische Therapie oder auch *Traitement moral*, die Arbeits- und Beschäftigungstherapie sowie die physikalische Therapie und die medikamentöse Therapie.

Durch familiäre Fürsorge und Zuwendung sowie eine freundliche und behagliche Atmosphäre soll im Rahmen der Milieuthherapie ein wohltuender Effekt auf die Psyche des Kranken ausgeübt werden und somit seine Genesung gefördert werden. Bei der im wesentlichen auf *Pinels* *Traitement moral* basierenden psychischen Therapie soll der Kranke durch psychologische Beeinflussung zu Willensstärke, Selbstdisziplin und Ordnung erzogen werden. Denn der Verlust von genau diesen Eigenschaften wird als ursächlich für zahlreiche psychische Erkrankungen angesehen. Zu diesem eher pädagogisch geprägten Konzept zählen wir auch die Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Durch sie soll der Kranke lernen, seinen Tag sinnvoll zu strukturieren und das rechte Maß für Arbeit, Zerstreuung und Erholung zu finden. Ergänzend kommen physikalische Anwendungen, wie Hydro-, Elektro- und Massagetherapie, sowie eine pharmakologische Therapie zum Einsatz.

6.2. Milieuthherapie

„Der Schwerpunkt unserer Bestrebungen liegt darin, möglichst viele von unseren Kranken in einem großen Familienkreise zu vereinigen und ihnen specielle Aufmerksamkeit u. Pflege angedeihen zu lassen, dass sie den Aufenthalt in der Anstalt auch bei völliger Trennung von den Angehörigen nicht zu schwer empfinden.“¹²⁵

Mit diesen Worten beschreibt Robert Binswanger im Jahr 1890 in einem Entwurf zur Anstaltsbeschreibung die Grundlage seines Konzepts eines therapeutischen Milieus, welches er von seinem Vater übernommen hat. Wie es bereits Ludwig Binswangers ausgesprochenes Ziel war, „dem aus seiner Familie herausgerissenen Kranken das Familienleben nach Kräften zu ersetzen“,¹²⁶ bleibt Robert Binswanger dem Prinzip seines Vaters treu und bindet sämtliche Familienmitglieder in die Betreuung, Pflege und Unterhaltung der Patienten mit ein:

„Diese Kranken nun bilden mit den Ärzten des Asyls u. deren Familien, sowie den Gesellschaftsdamen u. etwaigen Angehörigen, welche zur Begleitung u. Gesellschaft von Patienten im Asyle wohnen einen Gesellschaftskreis, welcher die Mahlzeiten gemeinsam einnimmt, die Abende in gemeinsamer Unterhaltung verbringt, Ausflüge macht, Konzerte u. Theater u. Vorlesungen im benachbarten Constanz besucht.“¹²⁷

Einen besonders günstigen Effekt auf den Heilungsprozess schreibt Binswanger dem Einfluss jüngerer Familienmitglieder zu. Dies bringt er in der um 1890 verfassten Anstaltsbeschreibung folgendermaßen zum Ausdruck:

„Immer habe ich mich dabei bemüht, in den drei Familienkreisen, welche in dem Asyl vertreten sind, die jüngeren, auch die auswärts wohnenden Elemente abwechselnd auf längere Zeit an unser Haus zu fesseln, da von ihnen naturgemäß ein besonders frischer Zug auf unsere Kranken übergeht.“¹²⁸

Robert Binswanger stehen neben seiner ersten Frau Bertha, später auch seiner zweiten Frau Marie-Louise, insbesondere seine Mutter Jeanette Binswanger unterstützend zur Seite. So erinnert sich Robert Binswanger im Jahr 1901 an

¹²⁵ FAB Nr. 134 Manuskript einer Anstaltsbeschreibung (1890).

¹²⁶ Vgl. Ludwig Binswanger jun. (1957): „Zur Geschichte der Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen“ anlässlich des 100-jährigen Jubiläums.

¹²⁷ FAB 307.

¹²⁸ FAB 307.

seine Mutter, die bereits dem Vater so wertvolle und tatkräftige Unterstützung bei der Fürsorge für die Kranken geleistet hat:

„Überallhin wirkte neben der Energie des Vaters die emsige Mutter und Hausfrau mit ihrer Güte und Freundlichkeit und ihrem seltenen Verständnis und Eingehen in die Leiden der Kranken.“¹²⁹

An die Rolle seiner ersten Frau Bertha erinnert sich Binswanger im Jahr 1901:

„Damit tritt eine Persönlichkeit auf den Plan, welche in der Entwicklung der Anstalt für alle Zeiten wohl die zweite Ehrenstelle einnehmen wird. Es ist meine seelige Frau, Eure Mutter und Tante Bertha. Drei große Ruhmestitel zieren sie. Sie war die beste Mutter, die beste Freundin und Helferin ihrer Kranken und die beste Organisatorin des Hauses. Machtvoll, mit sicherem Blick und emsiger Hand, von unermüdlichem Fleiß und seltener Hingabe beseelt, sehen wir sie durch Gärten und Häuser wandeln.“¹³⁰

Durch das Mitwirken der Familienmitglieder bei der Versorgung der Kranken entsteht zum einen eine positive „seelische Beeinflussung“ derselben und zum anderen erfolgt eine Einbettung des Kranken in eine häuslich-familiäre Umgebung, die ihm Geborgenheit geben und somit zur Heilung beitragen soll. Welche therapeutische Bedeutung Robert Binswanger für den Genesungsprozess des Kranken der Einbeziehung von Familienmitgliedern zuspricht, wird von Hermann Smidt erläutert:

„Als dessen leitenden Grundsatz dürfen wir wohl den bezeichnen, dass ein möglichst enger Anschluss der Kranken an die Familie des Arztes, diesem die beste Gelegenheit gäbe, sie nicht nur in allen ihren Eigenheiten genau zu beobachten, sondern auch seine eigene psychotherapeutische Einwirkung von den Seinigen unterstützen zu lassen und zu verbreitern.“¹³¹

Zur Schaffung von häuslichem Behagen erachtet es Robert Binswanger jedoch auch für erforderlich, eine scharfe Trennung zwischen Geistes- und Gemüts- bzw. Nervenkranken durchzuführen. Durch den Ausbau der Anstalt nach dem Villensystem sollte erreicht werden, dass „jeder einzelne Kranke Wohnungsge-

¹²⁹ Binswanger, Robert (1901): Zum 2.08.1901 Einweihung von Neu-Bellevue. FAB 201.

¹³⁰ Binswanger, Robert (1901): Zum 2.08.1901 Einweihung von Neu-Bellevue. FAB 201.

¹³¹ FAB 351.

legenheit fände, die seiner eigenen Häuslichkeit soweit entspräche, als sein Gesundheitszustand nur irgend zulasse“.¹³² So wollte er

„[...] auf der einen Seite den gesellschaftsfähigen Theil der Pensionäre von jeglichem Eindruck anstaltsmäßigen Aufenthaltes befreien u. andererseits den eigentlichen Geisteskranken eine Unterkunft bieten, welche den Anforderungen einer modernen Anstalt durchaus entsprach.“¹³³

Johannes Christian Reil empfahl bereits im Jahr 1803¹³⁴, man solle eine Anstalt in Form kleiner Villen in einer „anmutigen Gegend“ inmitten von Bächen und Seen, umgeben von Hügeln und Feldern, erbauen. Auch dürfe man keine Gitter an den Fenstern anbringen.

So sollten sich auch die Patienten im Bellevue in erster Linie wohlfühlen können. Die Voraussetzung hierfür war die Schaffung eines entsprechenden Rahmens bezüglich der Unterbringung der Kranken. Wichtig hierfür war eine angenehme und dem gewohnten Standard entsprechende Umgebung. So heißt es denn in einem Anstaltsprospekt von 1896:

„Die Villen sind durchwegs den Anforderungen höherer Stände entsprechend eingerichtet [und] elektrisch beleuchtet. Um auch individuellen Ansprüchen zu genügen, varriieren in diesen Grenzen die einzelnen Wohnungen in Bezug auf Größe und Eleganz der Einrichtung.“¹³⁵

Robert Binswanger möchte eine Atmosphäre schaffen, wie man sie auch in einer „Schweizer Pension“ findet, und welche man mit Behaglichkeit, Ruhe und Erholung assoziieren vermag:

„Wir haben im Laufe der Jahre mit wachsender Strenge darauf gesehen, dass nur absolut gesellschaftsfähige Elemente diesem Kreise angehören dürfen u. dass unser Speisesaal u. Conversationssaal mit seinen Insassen das Bild einer s[ehr] gemüthlichen Schweizerpension darbietet. Wir dürfen es wohl im Interesse unseres Systems erwähnen, dass Laien u. Ärzte, welche mit dem allgemein verbreiteten Vorurtheil gegen psychiatr[isch] geleitete Anstalten zu uns kamen, diesen Eindruck eines Pensionslebens mitnahmen.“¹³⁶

¹³² FAB 351.

¹³³ FAB 307.

¹³⁴ Vgl. Reil, *Rhapsodien* (1803).

¹³⁵ Jörg Aeschbacher (1980), S. 18.

¹³⁶ FAB 307.

Auch hat er eine ablehnende Haltung gegenüber physischen Zwangsmaßnahmen oder vergitterten Fenstern. So findet man im Untersuchungszeitraum kein einziges derartig gesichertes Fenster.

Wenn er auch den Einsatz physischer Zwangsmaßnahmen am Kranken strikt ablehnt, erkennt er aber auch die Gefahren, die einer solch offen geführten Kuranstalt innewohnen:

„Es ist selbstverständlich, dass zu einer wirksamen Controlle der Patienten unserer offenen Kuranstalt Ärzte, Gesellschaftsdamen u. Familienmitglieder nicht genügen. Zur Discreditorung trägt im Allgemeinen nichts mehr bei als der Umstand, dass der einzelne Kranke darin zu viel Gelegenheit findet seine eigenen Wege zu gehen oder dass er in zweifelhaftem Gemüths- oder Geisteszustande besonders in der Nacht nicht hinreichend bewacht wird. [...] Wir haben drum in jeder unserer Villen, welche absolut frei gelegen jedes speciellen Abschlusses von Thüren und Fenstern entbehren, ein hinreichendes Wartpersonal um unseren Kranken Schutz zu bieten.“¹³⁷

Patienten, die einer besonderen Betreuung und eines besonderen Schutzes bedürfen, werden in sogenannten Isolierpavillons oder Isolierzimmern untergebracht. Diese befinden sich für die männlichen Patienten im Gebäude Waldegg und für die weiblichen Patienten in der Tannegg. So beschreibt Robert Binswanger selbst die Funktion dieser Bauten:

„Beide Häuser stehen in einer eigenst hiefür geschaffenen großen Parkanlage, welche ihnen einen natürlichen Abschluss gegen die übrige Anstalt gewährt.“¹³⁸

Die Patienten werden jedoch nur solange isoliert, bis sich ihr Zustand soweit stabilisiert hat, dass eine Rückverlegung in offene Anstaltsverhältnisse möglich ist. In den transkribierten Krankengeschichten lassen sich einige Beispiele für solche Verlegungen finden. So wird beispielsweise die Verlegung in der Krankengeschichte eines morphinabhängigen Patienten mit halluzinatorischer Paranoia folgendermaßen begründet:

„Durch die nächtlichen Verfolgungen wird er doch so irritiert, dass er am 1.6. einen Brief an seine Frau schreibt, in dem er deutlich die Absicht kund giebt, wenn das so weitergehe, sich ans Leben zu gehen. Wird deswegen am 1.6. in die

¹³⁷ FAB 307.

¹³⁸ FAB 309.

Waldegg zurückgebracht, was er sich gerne gefallen lässt, da er überzeugt ist, dass durch eine genaue Beobachtung die Sache herauskommen müsse.“ (1403)

Ein anderer Patient wiederum, von dem es heißt, dass er „im Laufe des Tages wiederholte maniakalische Anfälle“ hatte, „wird für die Nacht in einem isolierten Raum untergebracht“ (1507).

Eine an Paranoia erkrankte Patientin wird aufgrund folgender Situation für einige Zeit in die Tannegg verlegt:

„Auftreten einer, die folgenden Tage schnell steigenden, Erregung. Pat. schlägt heute ein Fenster ihres Zimmers ein. Ist sehr erregt und ängstlich. Spricht heute den ganzen Tag vor sich hin. Hat seit dem 18/7. nur wenige Stunden geschlafen. Wahrscheinlich in letzter Nacht Halluzinationen. Setzt der Nahrungszufuhr Schwierigkeiten entgegen.[...]“

Doch obwohl sie „über die Mitteilung, ein anderes Zimmer zu beziehen, erregt und ängstlich“ ist, wird sie dennoch verlegt und „setzt dem Ankleiden, sowie der Überführung in die Tannegg mittelst Wagen nicht sehr großen Widerstand entgegen.“ Zwei Monate später findet man dann folgenden Eintrag über ihre Rückverlegung:

„Zur Zeit keine Selbstanklagen mehr, besserer Stimmung. Siedelt heute in die Bellevue über. Wäre am liebsten bis zu ihrer Abreise in der Tannegg geblieben.“ (1661)

Isolierungen oder Zwangsmaßnahmen gehören mit Sicherheit nicht zum therapeutischen Konzept der Kuranstalt, „- von mechanischem „restraint“ habe ich in seiner Anstalt selbstverständlich nie eine Spur gefunden - “ erinnert sich sein Sohn Ludwig Binswanger der Jüngere in seiner Jubiläumsschrift im Jahre 1957.

In seiner Haltung bezüglich der Anwendung mechanischer Zwangsmaßnahmen bei der Behandlung von psychisch Kranken ist Robert Binswanger, ebenso wie sein jüngerer Bruder Otto, stark durch die Anschauung des gemeinsamen Lehrers *Ludwig Meyer* (1827-1900) geprägt. So erinnert sich Ludwig Binswanger der Jüngere folgendermaßen:

„Den Namen Ludwig Meyer habe ich als Kind vielleicht ebenso häufig und mit ebensolcher Verehrung aus dem Munde meines Vaters gehört, wie meine Kinder denjenigen Bleulers von mir gehört habe mögen.“¹³⁹

Ludwig Meyer war ein entschiedener Gegner der physikalischen Zwangsbehandlung und setzte sich mit aller Schärfe für den „no-restraint“ ein. Er forderte eine möglichst große Bewegungsfreiheit für die Kranken und vertrat die Ansicht, „dass eine Irrenanstalt keine andere Konstruktion brauche als jedes andere Krankenhaus.“¹⁴⁰

Das von *Robert Gardner Hill* in Lincoln 1829 vorgeschlagene und von *John Connolly* 1839 in England durchgekämpfte System des „No restraint“ beinhaltet die Abschaffung von Zwangsjacke, Zwangsstuhl und anderer mechanischer Zwangsmaßnahmen. In Deutschland gehörte Wilhelm Griesinger zu den ersten Befürwortern des No-restraint-Systems, in welchem auch Ludwig Meyer einen engen Verbündeten im Kampf gegen die Anwendung physikalischer Zwangsbehandlung fand. Im Jahr 1863 war es Heinrich Cramer (1831-1893), der als erster in der Schweiz der Anstalt Rosegg den „No-restraint“ einführte. Es folgten dann 1867 Ludwig Wille (1834-1912) in der Anstalt Rheinau und die im Jahr 1870 neu gegründete Anstalt Burghölzli in Zürich, die erst gar kein „restraint“ einführte. Ludwig Binswanger d. Ä. selbst verpflichtete sich, gemeinsam mit fünf weiteren Schweizer Psychiatern auf der 5. Jahresversammlung des Vereins schweizerischer Irrenärzte im Jahr 1868 zur Einführung des „No-Restraint“. So erinnert sich Robert Binswanger:

„Mit dem Einzuge in das neu gegründete Asyl führte mein Vater den no-restraint ein u. gab überhaupt seinen Kranken ein ausgedehntes Maaß von freier Bewegung nach außen.“¹⁴¹

Betrachtet man die Briefe von Patienten oder auch von deren Angehörigen, so stellt man fest, dass sie geprägt sind von Dankbarkeit, Lob und Wertschätzung für die freundliche und aufopfernde Behandlung, die ihnen während ihres Aufenthaltes zuteil wurde. Die meisten Patienten scheinen voller Dankbarkeit auf

¹³⁹ Binswanger, Ludwig (1957), S. 40 f.

¹⁴⁰ Binswanger, Ludwig (1957), S. 23.

¹⁴¹ FAB 307 Binswanger, Robert (um 1890).

ihre Zeit im Bellevue zurückzublicken und bringen dies in Briefen lange Zeit nach ihrer Entlassung zum Ausdruck. So schreibt eine Patientin nach ihrer Heimkehr folgende Zeilen an den behandelnden Arzt im Bellevue:

„Es ist mir ein Bedürfnis, nachdem ich jetzt schon 14 Tage wieder zu Hause bin, Ihnen meinem Versprechen gemäß einige Zeilen zu schreiben u. Ihnen von meinem bisherigen Ergehen zu erzählen. Vor Allem möchte ich Ihnen aber noch meinen Dank aussprechen für Alles das, was Sie mir während meines Dortseins gewesen sind u. was Sie für mich gethan haben; ich werde Bellevue stets in gutem Andenken bewahren u. mich gern der Zeit erinnern, die ich dort verlebt habe“ (1482).

Die Ehefrau eines anderen Patienten richtet ebenfalls Worte des Dankes an die Ärzte des Bellevue:

„Schon seit unserer Ankunft hier hatte ich vor, an Sie zu schreiben, doch komme ich erst heute zur Ausführung. Wir sprechen recht oft von Ihnen und Ihren werthen Herren Collegen und seien Sie versichert, dass wir Sie alle im guten Andenken behalten. Da ich weiß, dass Sie sich interessieren, wie mein lieber Mann die Reise vertragen, will ich Ihnen darüber berichten“ (1507).

Besonders ergreifend sind die Zeilen der Angehörigen eines Patienten, welcher während seines Aufenthaltes in der Kuranstalt verstarb:

„Sehr geehrter Herr Doctor! Wenn ich mich nochmals, zugleich im Namen von Frau S., schriftlich an Sie wende, so geschieht es nur in dem warmen Dankesgefühl, das wir für Sie empfinden. Es war mir früher nicht möglich, Ihnen dies auszusprechen, aber nun möchte ich es von ganzem Herzen thun. Dass wir den armen Kranken in jeder Beziehung so gut bei Ihnen aufgehoben wussten u. in einer freundlichen Umgebung, die ihm wohltat, soweit es bei dieser schrecklichen, grausamen Krankheit überhaupt noch möglich gewesen, war uns in unserem herben Leid eine große Beruhigung u. wird es auch immer bleiben, in allen den schmerzlichen Erinnerungen, in denen wir leben. Der liebe Gott möge Ihnen u. Anderen jedes freundliche, verstehende Wort, mit dem Sie dem armen, gequälten Gemüt des Kranken wohlgetan, lohnen durch Segnen Ihres Wirkens u. Schaffens. Dies unser Wunsch in inniger Dankbarkeit. Mit der Bitte, Frau S. u. meine hochachtenden Grüße entgegen zu nehmen. Ihre dankbare U. N.“ (1532).

Einen weiteren Beweis für die entgegengebrachte Dankbarkeit bieten die herzlichen Zeilen dieser Patientin:

„Sie, armer Herr Doctor, haben meine empörte Zeit mit mir durchgemacht & werde ich Ihnen stets dankbar bleiben für Ihre Ruhe & Güte mit mir. Sie wissen ja am Besten, wie nervös Tanten sind & bin deshalb auch überzeugt, dass Sie mir deshalb nie böse waren. Ich lobe Ihre Anstalt & Alles & Alle, die dazu gehören in den Himmel; es ist auch meine aufrichtige Meinung. Gern, sehr gerne werde ich

zurückkehren, wenn ich meine Familie doch verlassen muss. Grüßen Sie Ihre liebe Frau & die anderen Damen & Herrn Dr. Binswanger & Herrn Dr. Smidt herzlichst von uns.“ (1649)

Zahlreiche weitere Beispiele von Patientenbriefen, welche die dankbare Wertschätzung und angenehme Erinnerung an den Aufenthalt im Bellevue zum Ausdruck bringen, könnten angeführt werden. Auch die Tatsache, dass viele Patienten immer wieder die Anstalt aufsuchen, um sich erneut behandeln zu lassen, zeugt von Vertrauen und Zufriedenheit seitens der Patienten.

„Aber es lag ihm nicht nur am Herzen, die Zukunft der ihm Anvertrauten rein theoretisch vorauszuverkünden. Seine warme Teilnahme für sie beschränkte sich auch nicht auf ihren Anstaltsaufenthalt; sie drängte sie dazu, ihre häuslichen Verhältnisse auch nach ihrer Entlassung durch Rat und Tat so zu gestalten, dass ihre Heilung eine dauernde wurde, oder wenigstens eine erreichte Besserung nicht verloren ging.“

Dass diese schönen Worte, die Hermann Smidt im Jahr 1920 über das Bestreben seines langjährigen Vorgesetzten schrieb, keine leeren Worte sind, beweisen heute die zahlreichen Briefwechsel, die noch über lange Zeit nach dem Klinikaufenthalt stattgefunden haben.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das therapeutische Milieu mit dem Flair einer „Wohn-, Lebens- und Behandlungsgemeinschaft“¹⁴², das sowohl eine Anstalts- als auch Familienpflege beinhaltet, eines ist, in dem sich die Mehrzahl der Patienten offenbar gut aufgehoben gefühlt hat. Die meisten verbinden angenehme Erinnerungen mit ihrem Bellevue-Aufenthalt und empfinden Dankbarkeit und Anerkennung für die hingebungsvolle Fürsorge, die ihnen Ärzte und deren Helfer zuteil werden ließen. Patienten wie dieser „höchst unentschlossene Herr“, von dem im Krankenblatt notiert ist: „Höchst unzufrieden mit dem hiesigen Nebel, entschließt er sich nach endlosem Überlegen, heute nach Meran abzureisen“ (1707), bilden eher die Ausnahme.

Insgesamt folgte also auch Binswanger dem Prinzip, das bereits Esquirol erkannt hatte:

¹⁴² Vgl. Hirschmüller (1999), S. 50.

„Die Ruhe, welche die Geistesgestörten weit entfernt von Getöse und Lärm genießen, sowie die gebotene Erholung des Gemüts, da sie von ihren Geschäften und häuslichen Problemen ferngehalten werden, ist ihrer Genesung sehr dienlich.“¹⁴³

6.3. Psychotherapie: „Traitement moral“ und Suggestivtherapie

„Psychotherapie ist eine Behandlung emotionaler Probleme mit psychologischen Mitteln, wobei ein dafür ausgebildeter Therapeut mit Bedacht eine berufliche Beziehung zum Patienten herstellt mit dem Ziel, bestehende Symptome zu beseitigen oder zu mildern, gestörte Verhaltensweisen zu wandeln und die günstige Entwicklung und Reifung der Persönlichkeit zu fördern.“¹⁴⁴ Diese moderne Definition des Begriffs der Psychotherapie von *Wolberg* stammt aus einem Lehrbuch der Psychiatrie aus unserer Zeit.

Doch stellen wir uns die Frage, was seinerzeit Robert Binswanger unter der Psychotherapie verstand, welche Bedeutung oder welche Rolle er ihr in seinem Therapiekonzept zusprach und in welcher Form sie in der klinischen Praxis seiner Anstalt schließlich Umsetzung fand.

Von seinem Sohn Ludwig Binswanger erfahren wir, „er wäre aber nicht bei seinem Vater in die Schule gegangen, hätte er nicht die Psychotherapie oder wie er zu sagen pflegte, das *traitement moral*, bei bestimmten Krankheitsgruppen (jugendliche Psychopathen, Neurastheniker, welche das Leben auf einmal aus dem Sattel gehoben, Hysterische, Zwangskranke, Toxikomanen) in den Vordergrund gestellt.“¹⁴⁵ Aber auch bei der Behandlung von Alkoholikern habe sein Vater festgehalten an der „ächten psychischen Methode, den Kranken durch das lebendige Wort anzufeuern, seinen Willen dadurch direkt zu kräftigen, ihm einen moralischen Halt zu geben, der ihn wieder Geduld und Vertrauen fassen lässt.“¹⁴⁶

¹⁴³ Zitiert von Shorter S. 40; aus Esquirol, „De la Folie“ (1816), neu aufgelegt in: „Des Maladies mentales“, Bd. I, S. 126 ff.

¹⁴⁴ Tölle (1996), S. 322.

¹⁴⁵ Binswanger, Ludwig (1957).

¹⁴⁶ Binswanger, Robert (1892).

Am Beispiel Stauffer-Berns verdeutlicht Robert Binswanger nicht nur, welche große therapeutische Bedeutung er dem „traitement moral“ zuspricht, sondern auch welche Rolle und Funktion er dabei dem Arzt einräumt. In seiner Anstaltsbeschreibung aus dem Jahre 1890 äußerte er sich folgendermaßen dazu:

„Das traitement moral besteht gewiss zuerst darin, dass der Arzt durch genaues Eingehen in die Erlebnisse des Kranken, durch das Studium seiner Eigenart, durch Theilnahme u. Zuspruch das Vertrauen desselben gewinnt, so dass derselbe sich auch von ihm leiten lässt. Der Arzt wird ihm direct begangene Verkehrtheiten vorhalten u. ihn über seine Pflichten belehren. Aber er wird ihm noch viel mehr nützen, wenn er ihn belehrt, seinen Tag einzutheilen, das richtige Maß an Arbeit u. Zerstreung zu finden, pünktlich zu werden u. die ärztl. Vorschriften zu befolgen.“¹⁴⁷

Als „besonders in den Kräften unserer Anstalt liegend“ bezeichnet Binswanger zwei große Patientengruppen für das Konzept des „traitement moral“. Die erste Gruppe, die seiner Ansicht nach von der pädagogischen Therapie profitiere, sei die der Nervenkranken, „welche in Folge von Willensschwäche, Muthlosigkeit etc. ihre eigene Führung zum Theil eingebüßt, denen die Kraft fehlt, ein therapeutisches Regime – so sehr sie bei ihrer exquisiten Hypochondrie danach verlangen – ohne Beaufsichtigung durchzuführen, die hilflosen Menschen, welchen es schwer wird, einen Augenblick allein zu bleiben u. die unausgesetzt den Zuspruch u. Ansporn des Arztes brauchen.“ Bei der zweiten großen Gruppe handelt es sich nach Binswanger um „meist jugendliche Individuen, erblich belastet mit oder ohne Degenerationen leichteren Grades, mehr oder weniger neurasthenisch, welche das Leben auf einmal aus dem Sattel gehoben. Junge Männer mit höherem Bildungsgange, welche geistig brach liegen, Excesse verüben, durch ihre Impulsivität sogar ohne jeden Alcoholgenuss in Familie u. Gesellschaft in größere Conflictte gerathen [...]“. Darüber hinaus nennt er

„[...] ebenfalls junge Mädchen mit der gleichen Krankheitsbasis, vielmehr aber auch schwächliche Erziehung dann[sic] noch potenzirt als der männliche Theil. Sie arbeiten nichts mehr, es fehlt ihnen jede Lebenslust. Sie sind eigensinnig und störrisch, hochgradig egoistisch u. machen sich in der Familie unmöglich. Meist sind wirkliche oder eingebildete Liebesgeschichten die Ursache der plötzlichen Veränderung.“¹⁴⁸

¹⁴⁷ FAB 308; vgl. Domeyer (2004), S. 75f.

¹⁴⁸ FAB 308.

Untersucht man nun die transkribierten Krankengeschichten auf Hinweise zur praktischen Umsetzung des „traitement moral“ am Kranken, so wird man enttäuscht. In welcher Weise die psychische Therapie, also die methodische Ausnutzung des Arzt-Patienten-Verhältnisses im klinischen Alltag verwirklicht wurde, ist in keiner dieser Krankengeschichten dokumentiert.

Ganz anders verhält es sich bei der Suggestivtherapie, von der wir jedoch wissen, dass Robert Binswanger ihr skeptisch bis ablehnend gegenübersteht. Über deren Anwendung schreibt er:

„Was die Hypnose betrifft, so gehört dieselbe sehr zu den Ausnahmen. Wir müssen ihr aber das Zugeständnis machen, dass sie uns bei der Therapie mit Zwangsideen bekanntlich sehr verzweifelten Zuständen, wesentliche Dienste geleistet hat.“¹⁴⁹

Auch in seinem Vortrag „Über die Erfolge der Suggestiv-Therapie“ im Jahr 1892 äußert er sich eher kritisch und warnt ebenso vor unsachgemäßer Anwendung wie vor schwindlerischem Missbrauch. Im Gegensatz zur Elektro- und Hydrotherapie, die in seinen Augen „eine absolut sichere physiologische Wirkung“ besäße, weshalb er deren Anwendung auch vorzieht, bemängelt er bei der Hypnose, dass diese eben „keine exakte, sondern nur eine spekulative Methode sei“.¹⁵⁰ Und obwohl wir auch aus der Biographie Binswangers von Hermann Smidt aus dem Jahre 1920 erfahren, „dass der Gebrauch der Hypnose als Heilmittel zu seinen Lebzeiten nur ein geringer war“ und er deren Anwendung seinem Sohn und Nachfolger überließ, finden sich in drei der transkribierten Krankengeschichten Dokumentationen über die Anordnung von Suggestiv- oder Hypnosetherapien: Eine Patientin, welche sich zum Morphiumentzug im Bellevue befindet, erhält zunächst zum Schlafen Trional, was jedoch nur „sehr wenig Schlaf“ bewirkt. Deshalb erhält sie am Nachmittag „Hypnose“, wovon sie durch „Größere Ruhe, ca. ½ St[unde] Schlaf“ profitiert (1610).

Bei der zweiten Patientin heißt es:

¹⁴⁹ Ebenda.

¹⁵⁰ Ebenda.

„Gegen die Kopfschmerzen, die sich noch immer bemerkbar machen, werden mit starken Suggestionen electr. Bäder verordnet, jeden zweiten Tag ein Bad. In der That fühlt Pat. sich nach diesen sehr wohl und gekräftigt.“ (1482)

Bei dem dritten Patienten, bei dem wir Hinweise auf eine Suggestivmaßnahme finden, handelt es sich um einen Herrn mit der Diagnose einer progressiven Paralyse, der häufige paralytische Anfälle erleidet:

„Normaler Tag. Sowohl vom Arzte als auch von der Frau wird dem Pat. die Suggestion gegeben, dass er morgen keinen Anfall haben dürfe. [...] Der Anfall ist nach starker Wachsuggestion heute Abend vollständig ausgeblieben. [...] Ab[ends] (7 Uhr) beim Besuch des Arztes ist der wegsuggestierte Anfall in geringerem Grade doch wiedergekehrt.“ (1547)

Betrachtet man die hier vorgelegenen Indikationen Schlafstörungen, Schmerzen und paralytische Anfälle, so ist festzustellen, dass es sich in allen drei Fällen um somatische Beschwerden handelt, die mit Hilfe von Suggestionstherapie behandelt werden. Ausführlichere Schilderungen von solchen Suggestionstherapien sind in den transkribierten Krankengeschichten leider nicht zu finden. Wenn auch tatsächlich einzelne Beispiele in den Krankengeschichten über die Anwendung von Suggestiv- und Hypnosebehandlungen vorhanden sind, muss man dennoch davon ausgehen, dass es sich eher um Einzelfälle handelt.

Dem „Erziehungsfaktor“ einen besonders hohen Stellenwert einräumend, spielt im Binswangerschen Behandlungskonzept die pädagogische Einflussnahme eine wesentlich bedeutendere Rolle als die Suggestivtherapie.

6.4. Arbeits- und Beschäftigungstherapie

„Der Irre, dem durch die Harmonie, die Ordnung und die Regeln des Hauses Schranken auferlegt werden, wird seine Impulsivität besser steuern können und sich weniger zu exzentrischen Handlungen hinreißen lassen.“¹⁵¹

Dies schrieb Jean-Etienne Esquirol im Jahr 1816 und wies damit auf den förderlichen Effekt hin, den ein geregelter Tagesablauf im Anstaltsleben auf die Genesung des Kranken hat.

¹⁵¹ Zitiert von Shorter (1999), S.40.

Wie schon der Anstaltsgründer Ludwig Binswanger d. Ä. den Patienten „in den neuen Lebensverhältnissen an ein geordnetes thätiges Leben zu gewöhnen [...]“¹⁵² trachtete, indem er ihn einer vernünftigen Beschäftigung zuführte, anerkennt auch Robert Binswanger die Rolle einer strukturierten Tagesordnung durch sinnvolle Beschäftigung und Arbeit als entscheidend im Genesungsprozess:

„Mehr und mehr Wert legte er im Laufe der Jahre darauf, dass das Leben der Patienten durch eine sorgsam ausgearbeitete Tagesordnung geregelt sei, um sie vor müßigem Hindämmern zu bewahren und das Gefühl persönlich vernachlässigt zu sein nicht aufkommen zu lassen. In diesem Sinne begünstigte er auch die körperliche Arbeit vom Holzhacken bis zum Gartenbau & zur Heilgymnastik.“¹⁵³

Robert Binswanger erläutert, welche Maßnahmen er für seine Patienten für geeignet hält:

„Am besten wird man dieselben zuerst hinreichend körperlich beschäftigen mit Hydrotherapie u. Gymnastik, mit leichter Gartenarbeit, mit Rudern u. Spaziergängen u. lässt erst später die geistigen Exercitien folgen. Unserer Erfahrung nach verstehen sie sich am leichtesten dazu, Stunden in fremden Sprachen zu nehmen.“¹⁵⁴

Die bereits vom Vater eingeführten vielfältigen und „zweckmäßigen Beschäftigungen“ erstrecken sich über Angebote wie „Garten-, Küchen- und landwirtschaftliche Arbeit, Strohflechtereie, Handweberei, Nähen, Stricken, Spinnen“, sowie für „Kranke, die den gebildeten Ständen angehörten“, passendem Unterricht in alten und neuen Sprachen, Geschichte oder Literatur. Außerdem arbeitet er „auch selber mit den Kranken im Holzschopf und im Garten und macht Ausflüge und selbst größere Reisen mit ihnen.“¹⁵⁵

So hoffen wir bei der Betrachtung der Krankengeschichten, die uns als wertvolle Zeitzeugnisse dienen sollen, Bestätigungen für die praktische Umsetzung des beschäftigungstherapeutischen Konzepts zu finden. Wenn wir auch an einigen Stellen gewisse Hinweise auf das Beschäftigungsangebot im Bellevue

¹⁵² Vgl. Schweizer (2000).

¹⁵³ FAB 351.

¹⁵⁴ FAB 308.

¹⁵⁵ Binswanger, Ludwig (1957), S. 18.

finden, so werden wir bei der Untersuchung der 31 transkribierten Krankengeschichten doch eher enttäuscht, da hier bis auf einige erhaltene Tageseinteilungen keine eigentliche Dokumentation von arbeits- und beschäftigungstherapeutischen Verordnungen vorhanden ist.

Wie sorgsam die Strukturierung des Tagesablaufes der Kranken tatsächlich vorgenommen wurde, wird am besten anhand der sogenannten „Tageseinteilung“ ersichtlich, die in den 31 transkribierten Krankengeschichten in 11 Fällen erhalten ist. Der Tag eines Patienten im Bellevue ist vom Aufstehen bis zur Nachtruhe minutiös bis auf die halbe Stunde genau geregelt. Wann welche Mahlzeiten oder Getränke eingenommen werden, wann und wie lange geruht werden soll oder wann und von welcher Dauer der Spaziergang zu sein hat, wurde dem Kranken mit der Tageseinteilung genau fest- und vorgeschrieben. Zu „müßigem Hindämmern“ blieb da sicher nur sehr wenig Raum.

Die folgende Tageseinteilung einer an Hysterie erkrankten Patientin (1390), die für etwa sechs Wochen im Bellevue behandelt wird, soll als Beispiel für eine solche Dokumentation der Tagesordnung herangezogen werden:

Tageseinteilung.

Name: Frau S.

Datum: 29/3 [1896]

7 Uhr	ein Glas Milch.
8 ½ Uhr	Frühstück I. Kühl waschen. Thee o. Milch – 2 Eier, Butter und Brod.
9 Uhr	Aufstehen.
9 ½ Uhr bis 10 ½ Uhr	Spaziergang.
10 ½ Uhr	II. Frühstück. Fleischbrühe, belegtes Brötchen.
10 ½ - 11 Uhr	Ruhen.
11 bis 12 Uhr	Beschäftigung.
12 ½ Uhr	Gemeinsames Essen.
2 bis 3 Uhr	Ruhen.
3 bis 4 Uhr	Spaziergang.

4 Uhr	Vesper: Thee o. Milch, Butterbrod, dann bis 4 ½ Uhr Ruh.
4 ½ bis 5 ½ Uhr	Beschäftigung: Lesen etc..
5 ½ Uhr	Montag, Mittwoch, Freitag: Vollbad 26°, ¼ Stunde kalte Comresse auf den Kopf. Donnerstag, Sonnabend Fußbad 33°, 10 Minuten. Nach dem Bad ½ Stunde Ruh.
7 ½ Uhr	Gemeinsames Nachtessen.
10 Uhr	Bettruhe, nachdem um 9 ½ Uhr tägl. ein Bad ge- nommen wird.

Näheres über die Beschäftigung der Patienten erfahren wir nur durch Bemerkungen wie „Macht einen gemeinsamen Ausflug mit“, „spielt Pat. Lawn-Tennis“, „fährt seit einigen Tagen Rad, bestellt ihre Lehrer für den nächsten Tag, ohne sich aufzuregen“ (1482), „Strickt hin und wieder. Spaziergänge im Garten“ (1573) oder „Regelmäßiges Baden im See, Rudern, Turnen. Lesen leichter Lectüre“ (1597).

Ansonsten finden wir auch in anderen Krankengeschichten nur hier und da knappe Notizen wie „Macht Ausfahrten und Ausflüge“, „Beschäftigt sich mit Handarbeiten und Lesen“ (1661), „[...] macht das Kegeln nachmittags mit“ (1519) oder „ein mit großen Anstrengungen verbundener, sechstägiger Jagdausflug ist Pat. gut bekommen“ (1676).

Ganz im Gegensatz dazu stehen die Therapieinhalte einer Patientin mit der Diagnose Hysterie (1649): Hier stehen Ruhe und Erholung im Mittelpunkt, weniger Aktivität und Beschäftigung:

„Da die ersten 14 Tage keine rechte Besserung bringen, so wird eine strengere Cur eingeleitet, größtentheils Bettruhe, reichl. Ernährung, Tropon. Wenig Verkehr.“

Die Tageseinteilung dieser Patientin beinhaltet regelmäßige Mahlzeiten, Massagen, Bäder, Ruh.

Tageseintheilung.**Name:** Frau Dr. M.**Datum:** 26.3.99

½ 8	¼ L[iter] Milch.
8	Massage Beine 10 M[inuten], Arme 8 M[inuten], Leib 5 M[inuten]. Darauf trockene Wickel ½ St[unde].
9	Frühstück: Cacao, Butterbrod.
10 ½	Aufstehen.
11	¼ L. Milch, belegtes Brötchen.
11 –12	Spaziergang.
12 ½	Mittagessen.
1 ½ - 3	Ruhen.
½ 4 – ½ 5	Spaziergang.
½ 5	Milchcafé, Brod, Confitüre.
5	Montag, Mittwoch, Freitag Kohlensäurebad ¼ St. 26°. Kühle Compressen. Nach dem Bad ins Bett bis
½ 7	Aufstehen.
½ 8	Abendessen.

Darüber hinaus werden dem Ehemann für die Zeit nach der Anstaltsbehandlung genaue Anweisungen für das weitere Prozedere zu Hause mitgegeben:

„Folgende Punkte bitte ich Frau Dr. M., auch nach ihrem Austritte aus unserer Anstalt, gütigst beachten zu wollen.

1. Zur Erhaltung ihrer körperlichen Gesundheit empfiehlt es sich, dass sie regelmäßig täglich eine Stunde spazieren geht, sowie Morgens gelegentliche Übungen in der mit Ihnen, Dr. M., besprochenen Weise verrichtet.

2. Schwere Weine, Sherry, Portwein etc. sind durchaus zu meiden, vom leichteren Rothwein ist nur der allerdosierteste Gebrauch zu machen, im Allgemeinen ist auch dieser besser ganz wegzulassen.

3. 3 mal in der Woche ist Vormittags ein Kohlensäurebad von 27-28° R[éaumur]. 10 Minuten lang zu nehmen, danach 1 Stunde Bettruhe.

4. Größere Gesellschaften, besonders Abends, sind gänzlich zu meiden. Der Aufenthalt in kleineren Gesellschaften, Mittags und Nachmittags, ist auf eine Stunde zu reduzieren.

5. Frau Dr. M. soll spätestens um 10 ½ Uhr, in der Regel um 10 Uhr, zu Bette gehen.“

6.5. Physikalische Therapie

„Hält auch Robert Binswanger die rein psychischen Behandlungen, sei es die direkte durch den Arzt selbst, sei es die indirekte durch die gesamte Umgebung für weitaus den wichtigsten Heilfaktor einer Anstalt, so verkannte er doch nicht, dass auch die körperlichen Heilmittel zur Erreichung guter Erfolge unentbehrlich seien.“¹⁵⁶

Hermann Smidt erinnert sich an seinen Schwager und Vorgesetzten als jemanden, der zwar „mechanisch völlig untalentierte, gar nicht in der Lage, etwa einen modernen elektrischen Apparat zu regieren und auszunutzen“, der jedoch durchaus die Notwendigkeit erkannte, dass die Anstalt über „alle in einer guten Anstalt beschaffbaren Therapeutica“ zu verfügen hatte. Tatsächlich ist bei Robert Binswangers Klinikübernahme der Bereich des „physikalischen Heilapparats“ nur in Ansätzen vorhanden. Durch Einrichtung von Bädern und elektrotherapeutischen Apparaten sowie durch Einstellung von Fachkräften für Massage, Gymnastik und Hydrotherapie¹⁵⁷ ändert sich dieser Umstand aber rasch. Schließlich werden unter seiner Leitung sämtliche Villen mit entsprechenden Badeeinrichtungen ausgestattet und das Haupthaus Bellevue erhält weitere drei Badezimmer sowie ein spezielles Elektrisierzimmer. So liest man in einem Anstaltsprospekt aus dem Jahr 1896:

„Jede Villa besitzt Vorkehrungen für einfache und elektrische Bäder, sowie geschulte Kräfte für hydropathische Curen und Massage. Eine gut eingerichtete Seebadeanstalt liegt in der Nähe der Anstalt.“¹⁵⁸

Die Anwendungen, die im Rahmen der physikalischen Behandlung als bedeutende ergänzende Verfahren zum Einsatz kommen, umfassen verschiedenste Arten von Bädern, Faradisationen, Galvanisationen, Massagen, Abreibungen und Einpackungen, wobei Robert Binswanger der Elektro- und Hydrotherapie „eine absolut sichere physiologische Wirkung“ zuspricht. Von deren Heilkraft

¹⁵⁶ FAB Nr. 351, Biographie Robert Binswangers von Hermann Smidt (1920).

¹⁵⁷ FAB Nr. 351, Biographie Robert Binswangers von Hermann Smidt (1920).

¹⁵⁸ FAB 134.

überzeugt, schätzt er ihren Gebrauch nicht nur als ungefährlich ein, sondern zieht sie auch der direkten Suggestivtherapie vor.¹⁵⁹

Da in den transkribierten Krankengeschichten keine durchgängige und lückenlose Dokumentation der physikalischen Verordnungen existiert, erfahren wir meist nur, dass bestimmte Behandlungen angesetzt oder durchgeführt werden, selten aber wie lange die Anordnungen Gültigkeit besitzen, oder ob sie zwischenzeitlich abgeändert oder abgesetzt worden sind. Auch kann kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben werden, da sicher nicht alle Verordnungen in den Krankengeschichten schriftlich festgehalten wurden.

6.5.1. Bäder

„Die äußerliche Behandlung mit teils bewegtem, teils stillstehendem Wasser der verschiedensten Temperatur bildet eine, namentlich jetzt von W. Winternitz vertretene eigene Wissenschaft, über welche der Mediziner eine Spezialvorlesung halten muss,¹⁶⁰ heißt es in einem zeitgenössischen Lehrbuch aus dem Jahr 1897. Winternitz seinerseits war darum bemüht, die bis dato empirisch gewonnene Methode auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen. In seinen Arbeiten lieferte er den Nachweis, dass verschiedene hydrotherapeutische Anwendungen „auf die wichtigsten Lebensvorgänge einen eminenten Einfluss ausüben“ und zeigte dessen therapeutischen Nutzen auf.¹⁶¹

„Jede Anwendung einer hydropathischen Prozedur wird vom Nervensystem als ein Reiz empfunden, dessen Intensität je nach der Form und Anwendung der Prozedur eine sehr verschiedene sein kann.“¹⁶²

Über die wesentlichen Wirkungen warmer Bäder erfahren wir, dass sie eine schmerzstillende Wirkung besitzen, unter Umständen sogar Narkotika und Schmerzmittel zu ersetzen vermögen. Kalte Bäder werden als „Turnstunde für

¹⁵⁹ Binswanger (1892) S. 16, UAT 443/148.

¹⁶⁰ Hösslin (1903).

¹⁶¹ Vgl. Hösslin (1903).

¹⁶² Ebenda.

das Herz“ bezeichnet und sollen blutbildend, appetitanregend, verdauungsfördernd und schlafmachend wirken.¹⁶³

Das Lehrbuch der Pharmakotherapie nennt die Hydrotherapie als wichtiges Therapeutikum in der Reihe der Nervenberuhigungsmittel: „Warme Bäder beseitigen nicht selten Reflexkrämpfe, sowie willkürliche und unwillkürliche Muskelkontraktionen. Protrahierte warme Bäder wirken für viele der in Rede stehender Kranken wie Narkotika, d.h. schlafmachend.“¹⁶⁴

Neben der direkten Wirkung des Wasser mit dessen spezifischer Temperatur können aber auch durch den Zusatz von Arzneimittel zusätzliche Effekte erzielt werden.

In 21 der 31 transkribierten Krankengeschichten kommen Bäder zur Anwendung. Dies entspricht 68 % der Patienten. Meist finden wir die Dokumentation der balneotherapeutischen Anordnungen in den Tageseinteilungen der Patienten, wobei hier auch genau festgelegt wird, an welchen Wochentagen und zu welchen Uhrzeiten die Bäder genommen werden sollen. Teilweise finden wir jedoch auch in der Verlaufsdokumentation Hinweise auf neue oder geänderte Anordnungen wieder. Die Anwendungsformen sind bei den einfachen Bädern ausgesprochen vielseitig. So werden neben gewöhnlichen Leib- oder Vollbädern auch Halb- und Teilbäder, Wannengebäder, Tunkbäder, Sitzbäder, Arm- und Fußbäder (Lokalbäder), Solbäder oder Kohlensäurebäder verordnet. In vier der 31 transkribierten Krankengeschichten lassen sich Anordnungen von Solbädern finden, wobei man nicht erfährt, weshalb Solbäder anstelle von einfachen Bädern verordnet wurden. Laut Stintzing üben Solbäder neben einem stärkeren Hautreiz auch eine intensivere Wirkung als warme oder heiße Süßwasserbäder auf das zentrale Nervensystem, den Kreislauf, die Atmung, die Verdauung, den Appetit und den Stoffwechsel aus.¹⁶⁵ Für die Bereitung eines „künstlichen“ Solbades empfiehlt er den Zusatz von gereinigtem oder denatu-

¹⁶³ Vgl. Kobert (1897).

¹⁶⁴ Ebenda.

¹⁶⁵ Vgl. Stintzing (1903).

riertem Kochsalz oder das sog. „Straßburger Badesalz“ bestehend aus 16 % Chlorkalium, 26 % Chlormagnesium und 13 % Chlornatrium.

Im Bellevue werden die Vollbäder in der Regel für 10 oder 20 Minuten bzw. eine Viertel-, Halbe- oder Dreiviertelstunde bei einer Wassertemperatur von 26° bis 29° Réaumur¹⁶⁶, also 32,5° bis 36,25° Celsius angeordnet. Die Arm- und Fußbäder hingegen sollen 5 bis 10 Minuten dauern, wobei die Wassertemperaturen zwischen 16°R und 33°R liegen können. Häufig wird für nach dem Bade eine Ruhezeit von einer halben bis zu einer Stunde angesetzt: „Donnerstag, Sonnabend Fußbad 33°[R], 10 Minuten. Nach dem Bad ½ Stunde Ruhen“ (1390). Gelegentlich werden im Anschluss an das warme Bad bestimmte Anwendungen mit erfrischender Wirkung durchgeführt. So soll ein Patient nach einem zehnminütigen Bad durch eine „Übergießung c[irca] 24°R[éaumur]“ (1443) erfrischt werden, während die Anordnung bei einem anderen Patienten „nach d. Baden m. Franzbranntwein abreiben“ (1469) lautet.

Gelegentlich erfährt man auch etwas über die Wirkung der balneotherapeutischen Anwendungen beim Patienten. So heißt es in einer Krankengeschichte beispielsweise „jeden zweiten Tag ein Bad. In der That fühlt Pat. sich nach diesen sehr wohl und gekräftigt“ (1482), während man von einem anderen Patienten erfährt, dass dieser „[...] die erste Nacht nach abendlichem Bade sehr gut geschlafen, über diesen Erfolg sehr zufrieden“ (1519) ist. Bei einem weiteren Patienten wird die „Beruhigung des Kopfes, aber wieder schlechteres Gehen“ (1768) auf das 15-minütige warme Bad zurückgeführt. Über einen Patienten mit der Diagnose einer Vagusneurose erfährt man, die „Soolbäder wurden anfangs sehr gut ertragen, doch fühlte sich Pat. bald so ‚angegriffen‘ davon, dass sie sistiert werden mussten“ (1469).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Mehrzahl der Patienten mit den verschiedensten Diagnosen während ihres Aufenthalts im Bellevue in den Genuss unterschiedlicher balneotherapeutischer Anwendungen kam. Die Auf-

¹⁶⁶ In der im Jahr 1730 von Réaumur eingeführten Réaumur-Skala entsprechen x° Réaumur $\frac{5}{4} x^\circ$ Celsius, da hier der Abstand zwischen dem Gefrier- und Siedepunkt des Wassers 80 Grad beträgt.

zeichnungen erlauben jedoch keine Rückschlüsse auf bestimmte Indikationen oder Krankheitsbilder, die einer solchen Verordnung zugrunde lagen. Ebenso wie die Erkrankungen sind auch die Beschwerden der Patienten, die hydrotherapeutisch behandelt wurden, sehr vielfältig. Man kann also davon ausgehen, dass die Balneotherapie bei allen möglichen Nerven- und Geisteskrankheiten ein wesentlicher Bestandteil der Behandlung war.

6.5.2. Andere hydrotherapeutische Anwendungen

Neben den sehr häufig verordneten Bädern kommen in den Krankengeschichten eine Reihe weiterer physikalischer Anwendungen aus dem Bereich der Hydrotherapie in Form von Abreibungen, Wickel bzw. Einpackungen, Kompressen bzw. Umschlägen und Übergießungen zum Einsatz. Bei hydrotherapeutischen Prozeduren wie Abreibungen, Wickelungen und Umschlägen wird das Wasser nicht direkt mit der Körperoberfläche in Berührung gebracht, sondern indirekt über in Wasser getauchte Tücher vermittelt. Sie unterscheiden sich in ihrer Wirkung im wesentlichen durch die Ausübung eines größeren mechanischen Reizes auf die Haut. Außerdem kommt es zu einer Verdunstung des Wassers aus den nassen Tüchern. Verwendet werden sollen grobfasrige dichtgewebte Leinwandstoffe mit jeweils vorgeschriebenen Längen.

Abreibung oder Abklatschung

Bei der Abreibung wird das in 8 bis 30°C warmes Wasser getauchte und gut ausgewrungene Abreibtuch glatt ausgebreitet und von hinten um den stehenden Patienten geworfen, so dass der ganze Körper mit Ausnahme des Kopfes eingeschlagen wird. Anschließend werden Gesicht, Brust, Rücken, Arme und Beine frottiert. Bei der Abklatschung hingegen wird das Tuch weniger stark ausgewrungen und anstelle des Frottierens wird das Tuch mit der flachen Hand angeklatscht. Die als gute Abhärtungsmittel geltenden Abreibungen sollen außerdem zu einer Hyperämie der Haut führen und einen erfrischenden Reiz auf das Nervensystem haben.¹⁶⁷

¹⁶⁷ Vgl. von Hösslin (1903).

Der Tag im Bellevue beginnt für die Patienten häufig mit einer kühlen Abreibung, welche in der Tageseinteilung festgelegt wurde. In den 31 transkribierten Krankengeschichten erhalten sieben Patienten eine solche Abreibung. Die Temperatur liegt dabei zwischen 12° und 25°R. Bei einem dieser Patienten wird die Abreibung anstatt mit Wasser mit Franzbranntwein durchgeführt.

Trockene und nasse Wickel

Trockene Wickel oder Einpackungen erfüllen den Zweck, beim Kranken eine Schweißentwicklung herbeizuführen. Hierzu wird er für 20 Minuten bis 2 Stunden in ein trockenes Leintuch gewickelt, um welches dann eine Wickeldecke geschlagen wird, wobei Kopf und Arme miteingehüllt werden. Lediglich das Gesicht bleibt frei.

Nasse Wickel werden auf die gleiche Art durchgeführt wie die trockenen, nur dass hier anstelle des trockenen Leintuchs in 5 bis 12°C kaltes Wasser getauchte Tücher verwendet werden. Die Wirkung hängt jeweils ab von der Temperatur, dem Anwendungsgebiet und der Anwendungsdauer. Laut von Hösslin komme es zunächst zu einer Vasokonstriktion infolge des Kältereizes, dann zu einer reflektorischen Vasodilatation der peripheren Gefäße, welche durch den Reiz der andauernde Verdunstung zunehme. Schließlich nehme auch die Herzfrequenz ab und es komme zu einer Herabsetzung des Blutvolumens im Gehirn, was letztendlich zu einer bedeutenden Abnahme der Nervenerregbarkeit bis hin zum tiefen Schlaf führe. Grundsätzlich sind je nach Indikation Ganzkörper- oder partielle Wickelungen möglich. Brustwickel beispielsweise werden zur Ableitung bei Pneumonien, Bronchitiden oder Pleuritis verwendet, während Leibwickel zusätzlich eine ableitende Wirkung auf die Abdominalorgane sowie auf die Kopfgefäße besitzen. Durch eine Vasokonstriktion derselben sollen sie bei Schlaflosigkeit oder Kongestionen helfen.

In den transkribierten Krankengeschichten erhalten vier Patienten Wickel. Zwei dieser Patienten erhalten trockene Wickel (1649, 1688), einer soll abends „kühle Wickel ½ Std.“ bekommen (1494), eine Patientin bekommt „Abends vor dem Schlafengehen Theilbäder. Leibwickel“ (1482) verordnet. Bei dieser unter star-

ken Kopfschmerzen leidenden Patientin soll vermutlich die derivatorische Wirkung von Leibwickeln auf die Kopfgefäße therapeutisch genutzt werden.

Ansonsten geben die Aufzeichnungen leider keinen Aufschluss über die Indikation oder die Wirkung dieser Maßnahme.

Umschläge oder Kompressen

Hierbei werden leinene Kompressen in kaltes Wasser oder auf Eis gelegt und anschließend gut ausgedrückt auf eine bestimmte Körperregion aufgelegt. Durch ihren wärmeentziehenden Effekt sollen sie antiphlogistisch und antipyretisch wirken.

Auch zum Behandlungsrepertoire des Bellevue zählen kühle oder kalte Kompressen. Sie lassen sich in den transkribierten Krankengeschichten aus fünf Tagesteilungen entnehmen. Die Anwendungsdauer beträgt jeweils eine Viertel- oder Halbestunde. Bis auf eine Krankengeschichte, in der es heißt „1/4 Stunde kalte Comresse auf den Kopf“ (1390) geht aus allen anderen Anordnungen nicht hervor, auf welche Körperregion die Komresse angebracht werden soll, auch nicht, mit welcher Indikation. Zwei dieser Patienten leiden an einer Hysterie, ein Patient an einer Erschöpfungsneurose, eine Patientin hat eine Melancholie und der letzte Patient progressive Paralyse. Keiner dieser Patienten hat eine akute entzündliche oder fieberhafte Erkrankung, so dass in diesen Fällen kaum die oben beschriebene antiphlogistische und antipyretische Wirkung der kalten Kompressen genutzt werden soll. Möglicherweise soll durch diese Maßnahme ähnlich wie bei den nassen Wickelungen eine erfrischende und anregende Wirkung auf das Nervensystem hervorgerufen werden.

6.5.3. Elektrotherapie

„Über den Wert der Elektrotherapie herrschen verschiedene Ansichten“ kann man in einem zeitgenössischen Lehrbuch von 1897 nachlesen.¹⁶⁸ Paul Möbius ist einer der Kritiker dieser Methode. Er führt die Wirkung der Elektrotherapie größtenteils auf reine Suggestion zurück, da sich für ihn die therapeutischen

¹⁶⁸ Vgl. Kobert (1897).

Wirkungen nicht eindeutig durch die sichtbaren physiologischen Erscheinungen erklären lassen. „Und wenn die Elektrizität in der Hauptsache nur ein gutes Werkzeug zur Ausübung der Suggestion wäre, so müssten wir uns ihrer schon um deswillen bedienen“ rechtfertigt Stintzing in seinem Handbuch der Therapie aus dem Jahre 1903 die Anwendung elektrotherapeutischer Verfahren bei der Behandlung von Nervenkrankheiten, einräumend, „dass die Erfolge nicht immer als notwendiger Ausfluss der Methoden anzusehen sind, sondern zum Teile der psychischen Beeinflussung entstammen“.¹⁶⁹

Wie Robert Binswanger selbst die Bedeutung der Elektrotherapie einschätzt, erfährt man am besten aus seinem Vortrag über die Suggestionstherapie:

„Auf die elektrische Reizung contrahirt sich der Muskel bei dem gesunden Menschen, auf die Application des kalten Wassers ziehen sich die Hautgefäße zusammen, bei der Anwendung des warmen erweitern sich dieselben.“ Basierend auf diesen, wie er sagt „elementarsten, nie versagenden Wirkungen“, habe sich die „Erkenntnis von der Heilkraft der beiden Methoden aufgebaut“ und sei, so Binswanger, damit zum sicheren Gemeingut aller Ärzte geworden. Er weist auch auf den Vorteil der leichten Erlernbarkeit und Ungefährlichkeit der Methoden hin, räumt jedoch gleichzeitig die Möglichkeit einer rein suggestiven Wirkung ein.¹⁷⁰

Betrachtet man die Krankengeschichten, so stellt man fest, dass die Elektrotherapie im Untersuchungszeitraum 1896-1900 tatsächlich eine beliebte und recht häufig angeordnete Behandlungsmethode darstellt. Zur Elektrotherapie, die „im weitesten Sinne jedwede Anwendung der Elektrizität zu therapeutischen Zwecken“¹⁷¹ darstellt, zählen im Bellevue die eingesetzten Verfahren der Galvanisation und Faradisation. Bei der Galvanisation wird konstanter Strom bzw. Gleichstrom verwendet, bei der Faradisation hingegen induzierter Strom bzw. Wechselstrom (faradischer Strom). Während es bei den elektrischen Bädern, bei denen sowohl faradischer als auch galvanischer Strom dem Badewasser zuge-

¹⁶⁹ Vgl. Stintzing (1903).

¹⁷⁰ Vgl. Binswanger, Robert (1892) S. 16, UAT 443/148.

¹⁷¹ Vgl. Bum (1891).

führt werden kann, zu einer allgemeinen Elektrisierung des ganzen Körpers kommt (Allgemeinbehandlung), werden bei lokaler Anwendung durch Anbringen kleiner mobiler Elektroden oder durch Verwendung von Pinseln oder Bürsten nur bestimmte Körperteile bzw. Muskeln oder Nerven elektrisch stimuliert.

Zu den allgemeinen elektrophysiologischen Wirkungen gehören Effekte auf das kardiovaskuläre System, auf die Nerven- und Muskelerregbarkeit, die Sensibilität sowie auf den Gesamtstoffwechsel und die Körpertemperatur. Daneben können durch die Elektrotherapie aber auch Einflüsse auf die Psyche ausgeübt werden. Als unterstützende Verfahren haben sie ihren Stellenwert vor allem bei der Behandlung von Psychoneurosen, wie Hysterie, Zwangsneurosen oder Neurasthenie.¹⁷² Während die Faradisation eher bei Krankheitsbildern wie Hysterie, Neurasthenie und psychische Depressionszustände oder auch bei Lähmungen angezeigt ist, gelten für die Galvanisation periphere Lähmungen und Neuritiden als wichtige Indikationen.¹⁷³

In den 31 transkribierten Krankengeschichten finden wir Dokumentationen von insgesamt 13 Verordnungen für Elektrotherapie. Galvanisationen werden siebenmal, Faradisationen viermal und elektrische Bäder ohne nähere Spezifizierung zweimal angeordnet. Leider kann man den vorliegenden Aufzeichnungen selten die jeweils zugrundeliegenden Indikationen für die Behandlung entnehmen. Auch sind keine näheren Angaben zur Durchführung solcher elektrotherapeutischer Anwendungen gemacht worden. In der Regel lautet die Anordnung kurz „Galvanisation“, „Faradisation“, „faradische Bäder“ oder einfach nur „elektrische Bäder“.

Ein Patient mit der Diagnose einer Vagusneurose, der unter Herzbeschwerden leidet, erhält Faradisationen des Rückens. Aus der Dokumentation erfährt man, dass „[...] die [linke] Seite deutlich sensibler wie die rechte ist“ und dass im Gegensatz zu dieser lokalen Anwendung, eine Allgemeinbehandlung in Form „Farad[ischer] Bäder nicht ertragen“ wurde. Über die positive Wirkung der Elektro-

¹⁷² Vgl. Marle (1929).

¹⁷³ Vgl. Stintzing (1903).

therapie auf die Beschwerden des Patienten erfährt man aus einem Schreiben des behandelnden Arztes folgendes: „Besonders befreundete er sich mit Faradisation des Rückens, die die unangenehmen Herzactionen günstig zu beeinflussen schien“ (1469).

Bei einer anderen Patientin mit der Diagnose einer Neurasthenie (1482) wird die Galvanisation gegen chronische Kopfschmerzen eingesetzt. Man erfährt jedoch: „Der Galvanische Strom ist gegen die Kopfschmerzen ohne Einfluss.“ Später findet man in der Verlaufsdokumentation aber erneut die Anordnung einer elektrotherapeutischen Anwendung, diesmal in Form eines elektrischen Bades: „Gegen die Kopfschmerzen, die sich noch immer bemerkbar machen, werden mit starken Suggestionen electr. Bäder verordnet, jeden zweiten Tag ein Bad. In der That fühlt Pat. sich nach diesen sehr wohl und gekräftigt.“

Ebenfalls als lokale Anwendung soll eine Patientin mit Magenkrämpfen beim Morphiumentzug „Statt d. Bäder Galv[anisation] d. Magens + Magen – Rücken“¹⁷⁴ erhalten, nachdem ihre Menses eingesetzt haben (1610). Darüber hinaus soll ein neurasthenischer Patient neben faradischen Bädern am Dienstag, Donnerstag und Samstag an den Tagen „Montag, Mittwoch, Freitag Galvanisation des Sympathikus“ erhalten (1676).

Weshalb ein anderer neurasthenischer Patient „Galv[anisation] Stirn + Hand - & El[lbogen]“ verordnet bekommt, ist aus der Krankengeschichte leider nicht zu erfahren (1457).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass elektrotherapeutische Anwendungen bei ganz verschiedenen Krankheitsbildern eingesetzt werden, wobei neurasthenische, depressive und neurotische Krankheitsbilder zu überwiegen scheinen. Auf der anderen Seite kommt die Elektrotherapie auch ganz gezielt als Lokalanwendung zur Analgesie, z.B. bei Kopf- oder Magenschmerzen zum Einsatz.

¹⁷⁴ Gemeint ist: Anode auf den Magen, Kathode auf den Rücken.

6.5.4. Massage

Im Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik, herausgegeben im Jahr 1898 von Ernst von Leyden, wird die Massage als „gewisse mechanische Handgriffe, wie Druck und Reibung verschiedener Körperstellen mittels der Hände oder besonderer Instrumente“ beschrieben und soll neben der Gymnastik im Rahmen der Bewegungstherapie „die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Organismus“ fördern und „krankhafte Störungen“ beseitigen.¹⁷⁵

In 9 transkribierten Krankengeschichten finden wir die Anordnung von Massagen dokumentiert. Diese variieren von Leib-, Arm-, Bein- bis hin zu Kopfmassagen. Sie werden verordnet sowohl zur Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens, wie bei einer Patientin mit Melancholie, die unter Unruhe und gedrückter Stimmung leidet und „Morgens Körpermassage [...]“ (1688) erhalten soll, als auch zur gezielten Behandlung lokaler Beschwerden oder Schmerzen. So wird bei einem Patienten, der „Leichte Anschwellung beider Füße, sowie Klagen über von dort in die Unterschenkel ausstrahlende Schmerzen“ hat, „Massage der Beine“ (1676) verordnet. Während einem Alkoholiker (1494) eine „Massage Arme & Beine je 5 Min“ verschrieben wird, um möglicherweise einen Tremor der Hände sowie die Schwäche in den Beinen zu behandeln, werden bei einem unter Dementia paralytica leidenden Patienten die paralytischen Anfälle durch abendliche Leibmassagen erfolgreich verhindert (1547). Aber auch einer Patientin mit starken Kopfschmerzen soll neben einer medikamentösen Behandlung mit einer gezielten Kopfmassagen geholfen werden, die ihr tatsächlich eine „kleine Erleichterung verschafft“ (1482).

Bei einer an Hysterie erkrankten Patientin wird in der Tageseinteilung ganz genau die Dauer der Massage in Minuten festgesetzt: „Massage Beine 10 M[inuten], Arme 8 M[inuten], Leib 5 M[inuten]“ (1649).

¹⁷⁵ Vgl. von Leyden (1898), S. 420.

6.5.5. Ernährungstherapie

Laut Hermann Smidt hatte die spezifische Ernährungstherapie keinen besonderen Stellenwert im Behandlungskonzept des Bellevue. So sagt er in seiner Biographie Robert Binswangers:

„Am wenigsten zugänglich war er für rationelle Ausgestaltung der Diät. Ihm genügte es, seine Kranken so gut zu ernähren, dass eine Gewichtszunahme so ziemlich sicher zu erwarten war. In eine Beschränkung des übermäßigen Fleischkonsums zu Gunsten mehr vegetabiler Nahrung konnte er sich nicht verstehen.“¹⁷⁶

Dagegen betont Robert Binswanger in seinem Manuskript einer Anstaltsbeschreibung den Einsatz spezieller Ernährungskonzepte bei der Behandlung bestimmter Erkrankungen:

„Hingegen möchte ich hervorheben, dass wir in den Fällen, welche die eigentliche nervöse Cachexie repräsentieren, [in der] die hochgradigste Erschöpfung, sowohl bei männlichen u. weiblichen Kranken [eingetreten ist], [eine] feeding cure (Weir - Mitchel, [...]) sehr bevorzugen. [...] Als Gegenstück zu der feeding cure behandeln wir seit Jahren mit Vorliebe diejenigen nervös cachektischen Frauen, deren hochgradig belastigendes Hauptsymptom die anaemische Fettsucht mit ihren Folgen bildet, mit Ebsteinscher Diät und sind mit deren Erfolgen recht zufrieden.“¹⁷⁷

Anhand der 31 transkribierten Krankengeschichten lässt sich diese Darstellung Binswangers leider nicht belegen. Nur in wenigen Fällen stoßen wir auf Diätvorschriften, wie „Pat. macht eine Ernährungscur“ (1482), „reichl. Ernährung“ (1649) oder „2 stündige Ernährung“ (1688). In der Tageseinteilung eines Patienten wird der Speiseplan mit „Wenig Kartoffeln. Hülsenfrüchte. Reis, Grünkohl, Sauerkraut“ festgelegt, wohl deshalb, weil dieser an Blähungen und darauffolgenden Oppressionsgefühlen in der Herzgegend leidet (1469).

Bei einem Patienten, der wegen Alkoholismus und Neurasthenie behandelt wird, heißt es hingegen „Wenig Kartoffeln. Keine Mehlspeisen“. Weshalb diese Einschränkung vorgenommen wurde, bleibt jedoch unklar. Umso interessanter ist jedoch die Bemerkung „kein Alkohol! Tägl. 1 Fl. Fachinger. 1-2 Glas Citronenlimonade ohne Zucker“ in der Tageseinteilung desselben Patienten, wo wir aus der Biographie Robert Binswangers von Hermann Smidt erfahren: „Erst im

¹⁷⁶ Vgl. Smidt (1920), FAB 351.

¹⁷⁷ FAB 308.

letzten Jahrzehnt seines Lebens überzeugte er sich, dass Trinker nur durch völlige Abstinenz zu heilen sind [...]"¹⁷⁸. Laut Smidt wurde in den 80er Jahren Bier sogar „ad libidum gratis“ verabreicht. Tatsächlich finden wir bei einem Patienten in der täglichen Anordnung „Nach dem Nachtessen eine Fl. Bier“ (1443). Dieser Patient ist jedoch kein Alkoholiker, sondern leidet an einer progressiven Paralyse mit ausgeprägten Unruhezuständen, wobei davon ausgegangen werden kann, dass das abendliche Bier therapeutisch zur Beruhigung des Kranken verordnet wurde.

Auch wenn in den meisten Tageseinteilungen häufig ganz genau festgelegt ist, wann welche Mahlzeiten eingenommen werden und was diese beinhalten, so lassen sich in den transkribierten Krankengeschichten dennoch keine Hinweise auf die Durchführung spezifischer Diäten, wie die nach Ebstein, Mitchell oder anderen bekannten Ernährungstherapieformen finden. Geht man davon aus, dass diese 31 untersuchten Krankengeschichten für den Untersuchungszeitraum 1896 bis 1900 repräsentativ sind, kann man zusammenfassend feststellen, dass im Rahmen des Behandlungskonzepts unter Robert Binswanger die Ernährungstherapie zumindest im Untersuchungszeitraum tatsächlich keinen besonderen Stellenwert besaß.

6.6. Medikamentöse Therapie

In 176 Krankengeschichten des Gesamtbestandes im Untersuchungszeitraum konnten Angaben zu einer medikamentösen Therapie gefunden werden. Für die Durchsicht dieses Gesamtbestandes standen jedoch von den insgesamt im Untersuchungszeitraum 1896 bis 1900 405 Aufnahmen nur 365 Krankengeschichten zur Verfügung, da für 14 Aufnahmenummern keine Krankenakten im Archiv vorhanden sind und bei weiteren 26 Fällen in den Akten keine Krankengeschichten vorliegen oder keine Eintragungen zum Aufenthalt im Untersuchungszeitraum gefunden werden konnten. Somit entsprechen die 176 Fälle,

¹⁷⁸ Vgl. Smidt (1920), FAB 351.

bei denen eine medikamentöse Behandlung vorgenommen wurde etwa 48 % der Patienten im Untersuchungszeitraum.

Betrachtet man die 31 transkribierten Krankengeschichten, ergibt sich eine ähnliche Verteilung, wobei auch hier nur von 30 verwertbaren Fällen ausgegangen werden kann, da eine Akte keine Angaben enthält, die sich auf den Aufenthalt im Untersuchungszeitraum beziehen: 15 Patienten erhielten hier eine medikamentöse Therapie, was einer Verteilung von 50 % entspricht.

Da die Dokumentation in den Krankengeschichten insgesamt lückenhaft und unvollständig ist, ist auch bei den Medikamentenverordnungen anzunehmen, dass auch sie nicht immer in den Krankenblättern festgehalten worden sind. In welchem Prozentbereich sich die Anwendung von pharmakologischen Mitteln tatsächlich bewegt hat, lässt sich anhand der zur Verfügung stehenden Quellen nicht sicher sagen. Eine lückenlose Rekonstruktion wird zusätzlich durch die Tatsache erschwert, dass für den Untersuchungszeitraum, welcher dieser Arbeit zugrunde liegt, keine Arzneiverordnungsbücher¹⁷⁹ existieren. Diese sind nur für die Zeiträume 1884 bis 1888 und 1905 bis 1909 erhalten. Im Untersuchungszeitraum, der dieser Arbeit vorausgeht, konnte bei knapp 70 % der Fälle eine Medikation ermittelt werden. Es muss also davon ausgegangen werden, dass die Zahl der medikamentösen Verordnungen tatsächlich weit über den hier ermittelten 48 % bzw. 50 % liegt.

Die Psychiatrie Ende des 19. Jahrhunderts verfügt noch nicht über eine spezifische medikamentöse Therapie zur gezielten antipsychotischen und antidepressiven Behandlung. Auch im Bellevue spielt die pharmakologische Therapie der Geisteskrankheiten eine eher untergeordnete Rolle. Als Quellenmaterial für die Untersuchung der Pharmaka, die im Bellevue verordnet werden, dienen die 31 transkribierten Fälle aus dem Untersuchungszeitraum 1896-1900. Vergleicht man die im Folgenden dargestellten Substanzen mit denen aus den Untersuchungszeiträumen, die dieser Arbeit vorausgehen¹⁸⁰, so wird man vielleicht kleinere Unterschiede feststellen. Diese liegen weniger in der Tatsache begründet,

¹⁷⁹ UAT 442/220, UAT 442/222, UAT 442/223.

¹⁸⁰ Vgl. Kaspar Domeyer 1886-1890 und Amei Fischer 1891-1895.

dass sich die Verordnungspraktiken oder Substanzen in diesem kurzen Zeitraum stark verändert haben, sondern vielmehr hängt dies damit zusammen, dass in Anbetracht der großen Datenmengen keine vollständige Erfassung aller dokumentierten Verordnungen möglich ist. Darüber hinaus trägt die unzureichende Dokumentation in den Krankengeschichten ebenfalls zu einer möglichen Verzerrung bei. Somit kann kein Anspruch auf eine, für den Untersuchungszeitraum repräsentative Darstellung erhoben werden.

Im wesentlichen hat sich das Spektrum der im Bellevue verwendeten Medikamente und deren Indikationen im Untersuchungszeitraum im Vergleich zu den Zeiträumen der Vorarbeiten kaum verändert. Nach wie vor nehmen die Schlaf- und Beruhigungsmittel einen großen Teil des Arzneischatzes ein, daneben kommen allerlei Pharmaka zur Behandlung jedweder somatischer Beschwerden zur Anwendung. Verglichen mit dem Arzneischatz unter Ludwig Binswanger, der den Worten Sandra Schweizers¹⁸¹ zufolge nur „aus wenigen zeittypischen Medikamenten zur Behandlung allgemeiner und innerer Erkrankungen“ bestand, stellen wir anhand der dokumentierten Anordnungen in den Krankengeschichten fest, dass sich dieser unter der Führung Robert Binswangers sicher wesentlich erweitert hat.

Leider gibt es von Robert Binswanger keine Überlieferungen, die seine Haltung in bezug auf die Bedeutung der pharmakologischen Therapie bei Geisteskranken verdeutlichen. Lediglich in der von seinem Sohn Ludwig Binswanger jun. anlässlich des 100-jährigen Jubiläums verfassten Schrift aus dem Jahr 1857¹⁸², erfahren wir, dass Robert Binswanger „sein Leben lang auch gegen länger fortgesetzte chemische Beruhigung der Geisteskranken („chemischer restraint“) eine unüberwindliche Abneigung hatte [...]“. Betrachtet man die überlieferten Krankengeschichten und die darin dokumentierten zahlreichen und vielfältigen Medikamentenanordnungen, kann man wohl sicher annehmen, dass seine Haltung zumindest keine grundsätzlich ablehnende war. So bleiben uns nur die Krankengeschichten, die uns als Spiegel zumindest einige Rückschlüsse auf

¹⁸¹ Vgl. Schweizer (2000), S. 110.

¹⁸² „Zur Geschichte der Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen“, Ludwig Binswanger (1957).

die Einstellung Robert Binswangers zur medikamentösen Behandlung ermöglichen.

Es sollen nun einige der häufiger verordneten Substanzen und Pharmaka in ihrer Wirkung und Anwendung kurz erläutert werden.¹⁸³ Als zeitgenössische pharmakologische Literatur dienen dabei die Werke „Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre“¹⁸⁴ von C. Ewald aus dem Jahr 1892 und „Hagers Handbuch der pharmaceutischen Praxis“¹⁸⁵ aus dem Jahr 1900/1902.

Zu den typischen psychotropen Substanzen, die in den transkribierten Fällen zur Behandlung von Erregungs- und Unruhezuständen oder von Schlafstörungen Anwendung finden, gehören Brom, Chloral/Chloralhydrat, Chloralamid, Codein, Sulfonal und Trional. Aber auch Opium und Morphinum werden gerne als Stimmungsaufheller bei depressiven Erkrankungen oder auch als Beruhigungsmittel eingesetzt. Neben der großen Gruppe der Schlaf- und Beruhigungsmittel findet eine ganze Reihe verschiedenster Pharmaka Anwendung bei der Behandlung von Schmerzen und Fieber, von Störungen im Bereich des Magen-Darmtraktes, von Hautaffektionen und sonstigen organischen Leiden. Verordnet werden beispielsweise Schmerz- und Fiebermittel wie Antipyrin, Antifebrin, Chinin, Phenacetin oder Lactophenin, verdauungsfördernde Mittel wie Acidum muriaticum, Bismuthum subnitricum und Rhabarber, sowie zahlreiche andere Medikamentengruppen.

6.6.1. Pharmaka zur Behandlung von Erregungs- und Unruhezuständen oder Schlafstörungen

Brom:

Wie bereits in der Arbeit von Amei Fischer festgestellt, ist auch hier bei den Angaben zur Verordnung des Broms davon auszugehen, dass Bromsalze, wie Natriumbromat bzw. Bromnatrium verordnet wurden, und die Dokumentation der Anordnung im Krankenblatt ungenau ist. Tatsächlich ist in den transkribier-

¹⁸³ Vgl. auch Fischer (2004) und Domeyer (2004). Besonders in der Arbeit von Amei Fischer findet sich eine sehr detaillierte Ausführung über die medikamentöse Therapie.

¹⁸⁴ Ewald (1892).

¹⁸⁵ Hager (1900).

ten Schriften ausschließlich von Brom und nicht von „Bromwasser“ oder „Bromnatrium“ die Rede.

In der zeitgenössischen Literatur werden Bromkaliumpräparate als wirkungsvoll bei der Behandlung von neurasthenischen Zuständen oder Herzpalpitationen beschrieben und sollen eine antispasmodische, antikonvulsive und hypnotische Wirkung besitzen. Bromnatrium oder Natriumbromat hingegen fehle die Nebenwirkung auf das Herz. Es findet seine Hauptindikationen bei der Behandlung von Schlafstörungen, Neurasthenie und Epilepsie.

Im Bellevue wird Brom als Sedativum und Hypnotikum verwendet. Betrachtet man die 31 transkribierten Krankengeschichten, so findet man bei vier Patienten eine Bromverordnung. Als Indikationen gelten hier Unruhe, Nervosität, Herzpalpitationen oder auch eine depressive Stimmungslage:

Ein Patient mit der Diagnose einer „Vagusneurose“ (1469), welcher „oft Herzschmerzen, Druckgefühle auch nachts“ verspürt sowie „tachykardische Anfälle“ bekommt, erhält „bei temporärem Schlechterbefinden Ende April Brom 6,0 pro die mit gutem Erfolg.“

Eine Patientin mit einer „Neurasthenie“ (1482) klagt neben häufigen, starken Kopfschmerzen über eine depressive Verstimmung und erhält ebenfalls Brom: „Hat die Menses durchgemacht, die zweitägige, sehr starke Kopfschmerzen zur Folge hatten. Pat. aufs höchste deprimiert, weint viel. – Wird 3 Tage unter Brom gesetzt, welches sehr günstig wirkte. (pro die 6,0).“

Ein Patient, der wegen Alkoholismus (1494) behandelt wird, erhält aufgrund von „Nervosität“ und „Tremor der Hände“ ebenfalls Brom. Jedoch bleibt das Präparat in diesem Fall ohne Wirkung: „Brom unwirksam. Heute Morg[en] Inj[ektion] Strychn[ini] nitr[ici] 0,001.“

Ein anderer Patient, der wegen Unruhe ein Brompräparat erhält, leidet unter einer „Dementia paralytica“ (1547). Wir finden folgenden Eintrag in der Krankengeschichte: „Im März nehmen die Leibsensationen kontinuierlich ab. Nächte anfangs noch etwas unruhig, Brom. Seit Mitte März auch dieses nicht mehr.“

Chloral/Chloralhydrat:

Das Chloralhydrat ist als erstes synthetisches Psychopharmakon ein potentes Sedativum, welches seinerzeit sowohl in der Psychiatrie als auch als Schlafmittel sehr erfolgreich eingesetzt wurde und auch heute noch erhältlich ist. Während in den ersten Publikationen 1860 die Rede von einem „Einschlafmittel“¹⁸⁶ ist, wird es im „Handbuch der Arzneiverordnungslehre“ im Jahr 1892 als ein stark wirksames Hypnotikum und Sedativum bezeichnet, das zu einem schnellen und ruhigen Schlaf verhelfe. Auch in „Hagers Handbuch der pharmaceutischen Praxis“ wird Chloralhydrat zur Förderung eines ruhigen Schlafes empfohlen.

In den 31 transkribierten Fällen erhalten nur zwei Patienten Chloralhydrat. Beide Patienten sind wegen ihrer Morphinabhängigkeit in Behandlung und erhalten das Präparat als Schlafmittel. So lautet bei dem einen Patienten (1403) die Anordnung folgendermaßen: „Abends abwechseln 2 g Sulfonal und 1,5 g Chloralhydrat“ und einige Monate später: „auf 0,08 Codein schlecht geschlafen. Nachts asthmatischer Anfall. 2,0 Chloral.“

Die andere Patientin (1610) macht einen wiederholten Morphiumentzug durch, und erhält ebenfalls Chloral als Schlafmittel: „Während der ersten Nächte nach d. Entziehung große Zappelichkeit & Schlaflosigkeit. Chloralamid & Chloral ohne Wirkung. Erst in d. IV. Nacht Schlaf mit Chloral 2,5. Seither Besserung.“

Chloralamid:

Chloralamid wird in der zeitgenössischen Literatur¹⁸⁷ ebenfalls als Hypnotikum und Analgetikum genannt, wobei es sich wohl um ein Ersatzpräparat des Chloralhydrats handelt.

Betrachtet man die transkribierten Krankengeschichten, so findet man lediglich eine Patientin, welche Chloralamid bekommt. Es handelt sich dabei um die oben erwähnte morphiumpabhängige Patientin (1610), die das Chloralamid so-

¹⁸⁶ Vgl. Weber (1999), S. 61 ff.

¹⁸⁷ Vgl. Hager (1900).

wohl als alleiniges Schlafmittel erhält („Chloralamid 2,5 sehr guter Schlaf“) als auch in Kombination mit Chloralhydrat.

Codein:

Chemisch betrachtet handelt es sich bei Codein um das Opium-Alkaloid Methylmorphin. Meist werden statt dem reinen Codein dessen Salze verwendet.

Es soll laut dem Handbuch der Arzneiverordnungslehre in schwächerem Maße als Morphin eine schlafmachende Wirkung besitzen und neuralgische Beschwerden lindern. Heute wird das Codein als Antitussivum angewandt, wobei diese Wirkung weder im Handbuch der Arzneiverordnungslehre noch in Hagers Handbuch Erwähnung findet.

In den 31 transkribierten Fällen finden sich bei zwei Patienten Codeinverordnungen.

Bei dem einen Patienten handelt es sich um einen Morphinabhängigen mit Paranoia (1403), der regelmäßig zur Nacht, vermutlich als Schlafmittel, Codein in den Dosierungen 0,02 bis 0,08 erhält, wobei man erfährt, dass er einmal auf „0,08 Codein schlecht geschlafen“ habe und ein anderes Mal „0,02 Codein Abends ohne Wirkung“ geblieben sei.

Bei dem anderen Patienten mit einer senilen Melancholie (1780) hingegen heißt es: „Seit Anfang December erhält er 3 mal täglich 0,01 Codein, das ihn anscheinend etwas beruhigt, aber die Obstipation vermehrt, so dass er öfter 0,5 Rheum nehmen muss.“

Sulfonal:

Das Sulfonal ist ein seit 1888 bekanntes und somit ein seinerzeit relativ neues Hypnotikum. Auch wenn es im „Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneimittelerordnungslehre“ aus dem Jahr 1892 als ein besonders sicheres Schlafmittel charakterisiert wird, welches das natürliche Schlafbedürfnis fördere und bei dem es zu keinerlei Gewöhnungseffekten komme, wird bereits die Gefahr einer tödlichen Vergiftung bei relativ kleinen Dosen erwähnt, wobei eine Hämatorporphyrie auftrete.

Bei den transkribierten Fällen können bei zwei Patienten Sulfonalverordnungen festgestellt werden. Die bereits oben genannte morphinabhängige Patientin (1610) erhält im Wechsel mit dem Chloralhydrat jeden zweiten Abend 2 g Sulfonal. Bei dem anderen Patienten handelt es sich um einen 62-jährigen Melancholiker (1780), der ebenfalls unter Schlafstörungen leidet. Er kommt bereits mit einer außerhalb der Kuranstalt begonnenen Sulfonalmedikation in die Klinik, wobei in der Krankengeschichte festgehalten wird, dass der Schlaf im Bellevue zwar nur gering sei, er dennoch nur selten Sulfonal benötige. Weiter heißt es, dass nach 14-tägiger Schlafmittelkarenz die Gabe von 1 g Trional bereits zum Schlaf führe.

Trional:

Das Schlafmittel Trional ist chemisch mit dem Sulfonal verwandt und wirkt laut „Hagers Handbuch der pharmaceutischen Praxis“ schneller, nebenwirkungsärmer und bereits in kleineren Dosen als das Sulfonal.

In den 31 transkribierten Krankengeschichten erhalten fünf Patienten Trional.

Von dem Patienten mit der Vagusneurose, der „in langen Zwischenräumen, etwa 4 mal“ Trional erhält, erfährt man, dass es „prompt & gut wirkte“ (1469).

Eine Neurasthenikerin, die „stets ein Pulver haben [muss], schläft auf Natr[ium] bic[arbonicum] sehr gut, nur selten wird bei besonderen Gelegenheiten Trional 1,0 verlangt“. Außerdem erfährt man: „Solange [die] Pat[ientin] in der Anstalt war, musste 6 x bei starken Kopfschmerzen, um Ruhe und Schlaf zu verschaffen, Tr[ional] 1,0 gegeben werden“ (1482).

Einer anderen Patientin verhelfen 1,5 g Trional am Abend zu „etwas Schlaf“, in einer anderen Nacht hingegen nur zu „sehr wenig Schlaf“ (1610).

Einem Melancholiker, der alle 14 Tage 1 g Trional zur Nacht erhält, beschert das Mittel „einen Schlaf von etwa 8 Stunden“ (1780).

Auch ein anderer unter Melancholie leidender Patient „schläft auf Tr[ional] 1,0 ziemlich gut“ (1573).

6.6.2. Pharmaka mit stimmungsaufhellender Wirkung

Opium und Morphinum:

Opium gilt als die seinerzeit wichtigste psychotrope Substanz. Es wirkt im wesentlichen beruhigend, schmerzstillend und schlafmachend.

Morphium stellt dabei den wichtigsten Bestandteil des Opiums dar, wobei dem Morphinium eine weniger starke obstipierende Wirkung zugeschrieben wird. Es stehen verschiedene Darreichungsformen für das Opium zur Verfügung. So kann es als Pulver, Pille, Tinktur oder Suppositorium verabreicht werden.¹⁸⁸

Bei sechs der 31 transkribierten Krankengeschichten findet Opium bzw. Morphin Anwendung. Zwei Patienten bekommen Opium zur Hebung einer depressiven Stimmungslage, zwei weitere Patienten zur Schmerzbehandlung im Rahmen einer progressiven Paralyse mit Demenz. Eine Morphinistin erhält Morphin im Rahmen des Entzugs, während der andere Patient, ebenfalls morphinabhängig, sowohl Opium als auch Morphinium erhält, wobei aus den Aufschrieben nicht hervorgeht, ob bei diesem Patienten ebenfalls eine Entzugsbehandlung durchgeführt wird oder die Mittel zur Behandlung seiner zusätzlich vorhandenen hallucinatorischen Paranoia gegeben werden. Er bekommt „Morph[ium] nur 0,1 pro die“. Weiter heißt es im Verlauf: „Stimmung im Ganzen besser, bes. seitdem er seit 19. Juni Ab[ends] 0,2 später 0,12 & 0,08 Op[ium] erhielt. Hallucinationen & Krankheitsauffassung unverändert“ (1403).

Bei einem der Patienten mit Dementia paralytica (1507) heißt es, dass die „Schmerzen noch nicht ganz geschwunden“ seien, so dass in diesem Fall das Opium vermutlich zur Bekämpfung seiner neuralgischen Schmerzen im Bein verordnet wurde. An anderer Stelle erhält dieser Patient statt dem freien Morphinium das Morphinsalz Morphinum muriaticum oder auch Morphinum hydrochloricum. Dieses besitzt laut Hagers Handbuch ebenso wie auch das Opium schmerzstillende, beruhigende, krampfstillende, schlafmachende Wirkung und kann bei krampfhaften und konvulsivischen Leiden, Neuralgien, Herzkrankheiten, Husten, Asthma, Wahnsinn und Delirium tremens angewandt werden. Für

¹⁸⁸ Vgl. Hager (1900).

welche Indikation das Mittel in diesem Fall verordnet wurde, geht aus der Anordnungen nicht hervor, möglicherweise aber zur Linderung des sehr häufig erwähnten Hustens.

Die Anordnung „Opium 0,2 (früher stets 0,4)“ finden wir bei einem anderen Patienten (1547) neben der Dokumentation eines paralytischen Anfalls. In diesem Fall besteht die Indikation für die Opiumgabe wohl in der Coupierung des Anfalls.

Im Fall der unter Paranoia leidenden Patientin (1661) erfährt man „die Opiumtropfen, die Pat. selbst verwaltete, wurden fortgenommen und durch Opiumpulver ersetzt. 0,05 abends, 0,05 in Reserve für die Nacht.“ Über die Wirkung im Verlauf der Medikation heißt es weiter: „Nächte sehr gut seit Opium 0,05 abends gegeben wird, nur selten braucht Pat. ein Reservepulver von 0,05. Nach Aussage der Gesellschaftsdame traten die Verzweiflungsanfälle hier viel weniger als in Frankf[urt] auf.“ Bei dieser Patientin wird das Opium offensichtlich zur Behandlung ihrer depressiven Stimmungslage als Stimmungsaufheller eingesetzt.

Auch die folgende Patientin mit einer Melancholie (1688) erhält Opium zur Stimmungsaufhellung. Nach der Notiz „mit dem Op[ium] ist bis auf 0,35 pro die gestiegen“ heißt es nach mehreren Wochen schließlich: „mit der Reduktion des Opiums wird begonnen, Stimmung deutl. gehoben.“ Als Empfehlung für die weitere Behandlung zu Hause wird festgelegt, dass das freie Opium „bis auf ganz geringe Dosen 0,05 1-2 x pro die fortgelassen werden“ könne.

6.6.3. Pharmaka zur Behandlung von Schmerzen, Fieber, Entzündungen

Antipyrin:

Laut Hagers Handbuch ist Antipyrin fiebersenkend, antineuralgisch und analgetisch wirksam. Eine äußerliche Anwendung sei ebenfalls möglich, hier werden antiputride und blutstillende Wirkungen genannt. Außerdem könne es subcutan als lokales Anästhetikum eingesetzt werden.

Bei den 31 transkribierten Fällen findet man bei zwei Patienten eine Anordnung von Antipyrin.

Ein älterer Patient erhält Antipyrin zu Behandlung seiner schmerzhaften Rheumaanfalle (1780), während die andere Patientin das Mittel zur Bekämpfung starker Kopfschmerzen erhält, doch leider helfen „Gegen die Schmerzen [...] weder Ph[enacetin] noch Lactiph[enin], noch Antipyrin, noch Antifebrin, [...]“ (1482).

Antifebrin:

Das im Jahr 1886 erstmals von Kahn und Hepp als Antipyretikum gelobte Antifebrin oder Acetanilid soll zum einen eine fiebersenkende Wirkung und zum anderen eine antineuralgische Wirkung besitzen.¹⁸⁹

Bei den transkribierten Fällen findet sich lediglich bei der oben genannten Patientin (1482) die Verordnung von Antifebrin.

Chinin:

Chinin wird im Handbuch der Arzneiverordnungslehre als ein Antipyretikum zur Fiebersenkung von intermittierendem Fieber sowie anderer Fieberformen empfohlen. Ferner zur Behandlung von intermittierenden Neuralgien, von akutem Rheumatismus und von Typhus.

Im Bellevue erhalten von den untersuchten Fällen drei Patienten Chinin.

Bei dem bereits bekannten Patienten mit der halluzinatorischen Paranoia infolge seiner Morphinabhängigkeit wird „Op[ium] seit 1. Aug. ohne Mühe durch Chininpillen ersetzt“. Dies geschieht vermutlich zur Behandlung seines „Rheumatismus mit Schwellungen der größeren Gelenke“ (1403).

Weshalb die Patientin mit der Neurasthenie und den therapierefraktären Kopfschmerzen (1482) Chinin erhält, wird in der Krankengeschichte nicht begründet. Ob sie dies ebenfalls zur Analgesie bekommt, lässt sich nur vermuten, da es lediglich heißt: „Bekommt in letzter Zeit kleine Chinindosen, die gut vertragen werden.“

Bei dem dritten Patienten in dessen Krankengeschichte eine Chininverordnung zu finden ist, handelt es sich um den älteren Herrn mit dem Rheumatismus,

¹⁸⁹ Vgl. Loebisch (1894).

dem neben dem Antipyrin zur Schmerztherapie auch Chinin verordnet wird (1780).

Phenacetin:

Laut Hagers Handbuch handelt es sich beim Phenacetin um ein nebenwirkungsfreies Antipyretikum, das aber auch als spezifisches Analgetikum bei Migräne oder gegen lanzinierende Schmerzen bei Tabes dorsalis und Kopfschmerzen nach übermäßigem Alkoholgenuss empfohlen wird. Phenacetin wird durch Metabolisierung zu Paracetamol und Phenetidin umgewandelt und besitzt keine antiphlogistische, sondern lediglich analgetische und antipyretische Wirkung.¹⁹⁰

Die transkribierten Krankengeschichten enthalten nur ein Beispiel für die Gabe von Phenacetin. Es ist die bereits mehrfach erwähnte Patientin mit den therapierefraktären Kopfschmerzen, in deren Krankengeschichte folgendes festgehalten wurde: „Der Galvanische Strom ist gegen die Kopfschmerzen ohne Einfluss, ebenso nützen alle Medicamente so gut wie nichts; am besten noch Phenacetin 1.0 pro die“ (1482).

Lactophenin:

Das Lactophenin, dessen Muttersubstanz Phenacetin ist, soll nach Hagers Handbuch ebenfalls eine antipyretische und antineuralgische Wirkung besitzen.

Bei den transkribierten Krankengeschichten findet es nur im Falle der neurasthenischen Patientin Erwähnung, die das Mittel neben zahlreicher anderer Analgetika zur Therapie ihrer Kopfschmerzen erhält, wobei auch das Lactophenin ohne Wirkung bleibt (1482).

6.6.4. Pharmaka zur Behandlung von Störungen im Gastrointestinaltrakt

Natriumbicarbonat:

Laut Handbuch der Arzneiverordnungslehre findet Natriumbicarbonat Anwendung als Digestivpulver oder bei dyspeptischen Beschwerden. Daneben wirke

¹⁹⁰ Vgl. Karow (2000), S. 430.

es laut Hagers Handbuch ebenfalls als Antacidum sowie zur Therapie von Gicht, Rheumatismus und Blasenkatarrh.

Bei den transkribierten Fällen findet sich jedoch lediglich eine Patientin, welche das Mittel zweckentfremdet als Schlafpulver einnimmt: „Pat. muss stets ein Pulver haben, schläft auf Natr[ium] bic[arbonicum] sehr gut [...]“ (1482). Sie „nimmt Abends als Schlafp[ulver] Natr[ium] bicarb[onicum] 1,0, weiß, dass sie kein richtiges Schlafp[ulver] hat, dennoch kann sie sich vom Pulver noch nicht freimachen.“

Für die eigentliche Indikation des Natriumbicarbonats lässt sich kein Beispiel finden. Im genannten Beispiel wurde es offenbar als Placebo gegeben.

Bismutum subnitricum:

Beim Bismutum subnitricum handelt es sich um basisches Wismutnitrat, welches sich als Mittel zur Behandlung von Brechdurchfällen bei Kindern eignet¹⁹¹ oder aber von Dyspepsien, Magen- und Darmgeschwüren und Krebs.¹⁹²

Unter den transkribierten Krankengeschichten findet sich ein Fall, in welchem mit Hilfe von Bismutum subnitricum die heftigen Magen- und Leibschmerzen einer morphinabhängigen Patientin (1610) behandelt werden sollen, die im Rahmen ihres Entzugs auftreten.

Aqua amygdalae amarae:

Dem Bittermandelwasser wird eine beruhigende Wirkung der sensiblen Nerven von Magen, Darm und Bronchien zugesprochen.¹⁹³

Auch dieses Mittel findet bei der oben genannten Patientin mit gleicher Indikation Anwendung: „In den letzten Tagen fast tägl. leichter Magenkrampf, meist nach den Mahlzeiten, coupiert mit Aq[ua] amygd[alarum] am[arum] [...]“ (1610).

¹⁹¹ Vgl. Hager (1900).

¹⁹² Vgl. Ewald (1892).

¹⁹³ Vgl. Ewald (1892).

Acidum muriaticum:

Die wässrige Salzsäure Acidum muriaticum, die auch unter dem Namen Acidum hydrochloricum geführt wird, kann entweder äußerlich zur Behandlung von Warzen oder Geschwüren verwendet werden oder aber in starker Verdünnung auch innerlich zur Verdauungsförderung.

Im Bellevue finden sich bei den untersuchten Krankengeschichten zwei Beispiele für die Verordnung von Acidum muriaticum.

Von dem einen Patienten erfährt man, dass er unter Blähungen leidet, die wiederum zu Oppressionsgefühlen führen. Neben Aqua foeniculi erhält er auch „Ac[idum] muriat[icum] 3,0“ (1469).

Die andere Patientin leidet unter „Stuhlverstopfung“ und soll als Laxans „nach Mahlzeiten 3x tgl. einen Eßlöffel voll Acid[um] m[uriaticum]“ erhalten.

Aqua laurocerasi:

Das Kirschchlorbeerwasser zählt zur Gruppe der aromatischen Stomachika mit ähnlicher Wirkung wie die Bittermittel. Es komme jedoch zu einem schnelleren Übertritt ins Blut mit zusätzlichen lokalen Schleimhautreizungen. Stomachika oder Bittermittel regen die Speichel-, Magen- und Darmdrüsensekretion an. Darüber hinaus fördern sie die Magen-, Darmmotilität und Resorption.

Calomel:

Beim Calomel handelt es sich um ein Quecksilberpräparat, das neben seiner Hauptanwendung als Laxans auch als Antisymphilitikum eingesetzt wurde.¹⁹⁴

Lediglich bei einem unter Obstipation leidenden Patienten wird in den untersuchten 31 Krankengeschichten „Calomel 0,1 2 x in Apfelmus“ verordnet (1532).

Andere Laxantien, die ebenfalls im Untersuchungszeitraum Anwendung finden sind Mittel wie Rheum (Rhabarber) und Magnesia usta (1741, 1780, 1507. 1507: „die letzten 2-3 Tage wieder Klagen über die Verdauung, Blähungen etc.

¹⁹⁴ Vgl. Schulz (1899).

Ordo: Magn[esia] ust[a] 5,0 N3. 5,0 Pulv[is] rad[ici] Rhei 5,0"). Bei Rheum oder auch Radix Rhei genannt, handelt es sich um eine chinesische Rhabarberwurzel, deren medizinische Wirkung im wesentlichen auf das darin enthaltene Oxymethylantrachinon zurückzuführen ist. Laut Hager wirkt Rhabarber in niedriger Dosierung appetitfördernd, magenstärkend und obstipierend, in höherer Dosierung hingegen verdauungsfördernd und abführend.

Bei Magnesia usta oder Bittererde handelt es sich um gebrannte Magnesia, die als schwaches Abführmittel ihre Indikation vor allen Dingen bei Kindern und schwächlichen Personen findet.¹⁹⁵ Laut Handbuch der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre wird sie in hoher Dosierung als Antidot bei Vergiftungen mit Säuren, Arsenik, Sublimat oder anderen Metallsalzen verwendet.

Aber auch Einläufe mit Wasser oder Öl kommen zur Förderung der Stuhlentleerung zum Einsatz. Als Öle können grundsätzlich Crotonöl, Ricinusöl oder Terpentinöl verwendet werden. So bekommt eine Patientin im Untersuchungszeitraum „Oel per Clysmata. 3x wöchentl[ich]“ gegen die Obstipation (1688).

6.6.5. Sonstige Medikamente zur inneren Anwendung

Arsenik:

Als Mittel zur Belebung des Stoffwechsels bei verschiedenen Hautkrankheiten wird Arsenik innerlich verabreicht. Außerdem stellt es ein Ersatzmittel für Chinin bei schwerem intermittierendem Fieber dar, sofern dieses ohne Wirkung bleibt.

Bei den hier untersuchten Fällen bekommt ein Patient mit der Diagnose einer Erschöpfungsneurose (1519) „2x tägl. eine Pille Acid[um] arsenic[um] 0,002“. Mit welcher Indikation die Verordnung des Mittels erfolgt, ist der Krankengeschichte nicht zu entnehmen.

Athenstädt:

In Hagers Handbuch sind eine Eisentinktur, sowie die Aluminiumsalze Aluminium acético-tartaricum solutum (Essigweinsäure-Thonerdelösung), Aluminium-

¹⁹⁵ Vgl. Hager (1900).

Kalium aceticum und Aluminium-Natriumacetat mit dem Beinamen Athenstädt aufgeführt.

In den Krankengeschichten findet man keine nähere Spezifizierung, so dass hieraus nicht hervorgeht, welches Athenstädt gemeint ist. Lediglich im Binswangerschen Arzneiverordnungsbuch aus dem Jahr 1905 findet man in einer Anordnung die Bezeichnung „Tinct[ura] ferri Athenstädt“, so dass man wohl davon ausgehen darf, dass bei den Athenstädt-Verschreibungen im Untersuchungszeitraum ebenfalls die Eisentinktur gemeint war.

In zwei der 31 transkribierten Krankengeschichten findet sich die Anordnung von Athenstädt: Eine Patientin mit der Diagnose einer Melancholie erhält „nach dem Mittag- und Abendessen je 1 Eßl. Athenstädt Tinktur“ (1716) und ein Patient mit einer manisch-depressiven Konstitution erhält ebenfalls nach dem Mittag- und nach dem Abendessen jeweils „1 L[öffel] Athenstädt“ (1729). Die Indikation für die Verschreibungen geht aus den Krankengeschichten leider nicht hervor.

Kaliumjodid:

Kaliumjodid oder Jodkali wird laut Hagers Handbuch vor allem bei sekundärer und tertiärer Syphilis nach vorangegangener Quecksilberkur verordnet. Auch könne es bei verschiedenen anderen Leiden wie Drüsenhypertrophien, Struma, Skrophulose, Rheumatismus, Asthma, chronischen Blei- und Quecksilbervergiftungen oder Neuralgien angewandt werden.

Im Bellevue erhalten zwei Patienten in den 31 untersuchten Krankengeschichten das Mittel verordnet. Beide Patienten haben die Diagnose einer Dementia paralytica. Während bei dem einen Patienten die Anordnung „Sol[utio] Kal[ii] jod[ici] 20,0/200,0“ lautet (1507), bekommt der andere „Jod Kali 5,0/200,0 3 x tägl“ verabreicht (1547).

Strychnin:

Das aus den Samen des Brechnussbaums gewonnene Strychnin findet üblicherweise in Form von Strychninnitrat therapeutische Anwendung. Entdeckt wurde die Substanz im Jahr 1818. Die Wirkung wie auch das Anwendungsspektrum des Strychnins ist sehr vielseitig. Dosisabhängig wirkt es auf die sen-

siblen Nerven anregend, in höheren Dosen ruft es Krämpfe bis hin zum Erstickten durch Krampf der Atemmuskulatur sowie Blutdrucksteigerungen hervor.¹⁹⁶ Das Handbuch der Arzneiverordnungslehre empfiehlt es zur Behandlung von Lähmungen, Schreibkrämpfen, Enuresis und Alkoholdelir. Überhaupt findet man in verschiedener zeitgenössischer Literatur Angaben über einen positiven Effekt des Strychnins auf die Behandlung von chronischem Alkoholismus.¹⁹⁷

Bei 31 Krankengeschichten, die transkribiert wurden, finden wir tatsächlich die Verordnung des Strychnins bei einem alkoholabhängigen Patienten (1494), der zum einen an Lähmungen der Beine leidet und zum anderen durch einen starken Tremor der Hände am Briefeschreiben gehindert wird. Nachdem das zunächst verordnete Brom unwirksam ist, erhält er „Heute Morg. Inj[ektion] Strychn[ini] nitr[ici] 0,001.“ Ob die Behandlung erfolgreich war, erfährt man leider nichts.

6.6.6. Medikamente zur äußeren Anwendung

Franzbranntwein:

Laut einem Arzneimittelbuch aus dem Jahre 1891 handelt es sich beim Franzbranntwein oder Spiritus Vini gallici um eine „aus vergorenen Abfällen von der Weinbereitung durch Destillation gewonnene, klare, gelbe Flüssigkeit von angenehmem Geruch“. Über die Anwendung und die Bedeutung des aus Spiritus, Wasser, Cognacessenz und Aromazusatz bestehenden Franzbranntweins ist der zeitgenössischen Literatur kaum etwas zu entnehmen. So erfährt man aus dem Handbuch der Arzneiverordnungslehre lediglich, dass innere und äußerliche Anwendungen möglich seien. Äußerlich werde es als Augenwasser empfohlen, beispielweise als Spiritusdämpfe, die man ins Auge leitet, ferner für Waschungen, Einreibungen, Umschläge oder als Bäderzusatz.

Im Untersuchungszeitraum scheint sich der Franzbranntwein als Mittel zur Ab- oder Einreibung jedoch größerer Beliebtheit zu erfreuen. Allein bei den transkribierten Fällen finden wir es in vier Krankengeschichten erwähnt, wobei die An-

¹⁹⁶ Vgl. Hager (1900).

¹⁹⁷ Vgl. Hager (1900).

ordnungen jeweils in den Tageseinteilungen der Patienten zu finden sind. Die Anwendung soll dabei entweder nach einem Bad oder einer Massage erfolgen. Zwei dieser vier Patienten leiden unter einer Neurasthenie (1547, 1676), einer unter einer Vagusneurose (1469) und eine Patientin unter einer Melancholie (1688).

Ichthyol:

Ichthyol ist ein aus Kalkschiefer gewonnenes Teeröl, das mit Schwefelsäure behandelt wurde. Laut Handbuch der Arzneiverordnungslehre ist es als Mittel zur Einreibung bei Gelenkrheumatisums, verschiedenen Hautkrankheiten, Pararitien, Verbrennungen, Ischias, Lumbago, Tic doloureux oder Migräne indiziert.

In den transkribierten Krankengeschichten soll es einem Patienten, bei dem „leichte Anschwellung beider Füße sowie Klagen über von dort in die Unterschenkel ausstrahlende Schmerzen“ vorhanden sind, helfen. Nach bereits zwei Tagen sind „auf Bettruhe und Ichtyolbehandlung Fußbeschwerden geschwunden“ (1676).

Schmierkur:

Bei der sogenannten Schmierkur handelt es sich um eine Quecksilberkur, die Patienten im Sekundärstadium der Syphilis erhalten. Sie erfolgt äußerlich durch Einreibung mit einer quecksilberhaltigen Salbe, dem Unguentum Hydrargyri cinereum. Diese wird abwechselnd über fünf Tage hinweg auf verschiedene Areale der Haut aufgetragen. Am sechsten Tag folgt ein Reinigungsbad und am siebten Tag wird die Einreibeprozedur von vorne begonnen.¹⁹⁸

In unseren Krankengeschichten finden wir zwei Patienten mit der Diagnose Dementia paralytica (1443, 1547), die eine solche Quecksilberschmierkur erhalten.

Sehr schön ist die Anordnung der Behandlung im Falle des 38-jährigen Hauptmanns, der von Otto Binswanger überwiesen wird, dokumentiert: „Einreibung I.

¹⁹⁸ Vgl. therapeutischen Lexikon für Ärzte, Bum (1891).

l[inken] Arm. II. r[echten] Arm. III. l[inken] Bein. IV. r[echten] Bein. V. Rücken. VI. Aussetzen“ (1547).

Senfteig:

Senf kann zur äußeren Anwendung in Form von Senfteig oder Senfpapier als ableitendes Hautreizmittel beispielsweise bei Ohnmachten, Zahnschmerzen oder Rheuma verwendet werden.

In den transkribierten Krankengeschichten findet Senf, als Senfteigumschlag verabreicht, bei einer Patientin mit Magen- und Leibschmerzen (1610) Anwendung.

Alaun:

Alaun oder Alumen kann laut Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre sowohl innerlich als auch äußerlich angewandt werden. Typische Anwendungsgebiete sind Blutungen, wunde Brustwarzen, sog. wildes Fleisch, Geschwüre. Außerdem wird es als Augen-, Zahn- und Schnupfpulver verwendet sowie für Einblasungen in Schlund und Kehlkopf.

Im Untersuchungszeitraum erhält ein Patient, der unter einem leichten „Follikularkatarrh“ beider Augen leidet, eine Alaunbehandlung (1676).

Die folgende Liste enthält in alphabetischer Reihe eine Auswahl der pharmazeutischen Substanzen, die im Untersuchungszeitraum 1896-1900 bei der Behandlung sowohl organischer als auch psychischer Störungen Verwendung finden. Sie ist größtenteils den 31 transkribierten Krankengeschichten entnommen:

Acidum arsenicum	Kalium chloricum
Acidum muriaticum	Lactophenin
Aetherkampferinjektion	Levicowasser
Alaun	Magnesia usta
Ammonium muriaticum	Meconsuppositorium
Antifebrin	Morphium
Antipyrin	Morphium muriaticum
Aqua amygdalae amarae	Natrium bicarbonicum
Aqua foeniculi	Opium
Aqua laurocerasi	Phenacetin
Athenstädt Tinktur	Piperazin
Bismuthum subnitricum	Rheum
Brom	Senfteig
Calomel	Schmierkur
Chinin	Sparteïn
Chloralmid	Kalium jodid/Jod Kali
Chloralhydrat, Chloral	Strychninum nitricum
Cocain	Succus Liquiritiae
Codein	Sulfonal
Colchicin	Tinctura valeriana
Emser	Trional
Franzbranntwein	Tropon
Haemalbumin	Urotropin
Ichthyol	

7. Ausgewählte Krankheitsbilder und Krankengeschichten

Dieses Kapitel befasst sich mit den 4 Krankengeschichten, die aus den 31 transkribierten Fällen exemplarisch ausgewählt worden sind und im Dokumententeil der Arbeit abgedruckt werden. Da bei der Vielfalt der im Untersuchungszeitraum vorkommenden Krankheitsbilder nicht auf alle gleichermaßen eingegangen werden kann, wurde als Schwerpunkt dieser Arbeit das Krankheitsbild Sucht, welches im Wesentlichen Morphinismus und Alkoholismus umfasst, herausgegriffen. So sollen im ersten Unterkapitel die Krankengeschichten von vier Suchtpatienten vorgestellt werden, deren Krankheitsbilder auf der Grundlage des vorliegenden Quellenmaterials und unter Zuhilfenahme zeitgenössischer Literatur näher betrachtet und interpretiert werden sollen.

Der zweite Unterkapitel ist 10 Krankengeschichten aus der Sparte der sogenannten besonderen Fälle gewidmet, die durch Hermann Smidt auf den Diagnosekärtchen als solche gekennzeichnet wurden.

7.1. Suchtpatienten: Morphinisten und Alkoholiker

Im Untersuchungszeitraum 1896 bis 1900 werden 37 Morphinisten und 25 Alkoholiker aufgenommen, wobei sich unter diesen Morphinistenaufnahmen 10 Wiederholungsaufnahmen und unter den Alkoholikeraufnahmen 6 Wiederholungsaufnahmen befinden. Betrachtet man die Verteilung der im Untersuchungszeitraum behandelten Krankheitsbilder, so stellt dabei der Morphinismus mit 9,1 % die fünfthäufigste und der Alkoholismus mit 6,2 % die siebthäufigste Diagnose im Bellevue dar. Fasst man die Alkoholiker und Morphinisten unter dem Begriff „Suchtpatienten“ zusammen, so bilden sie im Untersuchungszeitraum mit einem Anteil von 15,3 % die häufigste Diagnose, gefolgt von den Diagnosen Neurasthenie (13,8 %), Melancholie (11,4 %), circuläre Psychose (10,6 %) und Dementia paralytica (10,4 %). Unter den 31 transkribierten Krankengeschichten befinden sich jeweils zwei Morphinisten (1403, 1610) und zwei

Alkoholiker (1494, 1676). Die Krankengeschichten dieser vier Patienten sollen im vorliegenden Kapitel in chronologischer Reihenfolge jeweils zusammengefasst vorgestellt und anhand diagnostischer, therapeutischer und psychiatrischer Fragestellungen untersucht und interpretiert werden. Bevor wir uns jedoch den Patienten und ihren Krankengeschichten selbst zuwenden, soll zunächst ein kleiner Abriss zur Geschichte des Suchtbegriffs vorangestellt werden. Dieser soll dem besseren Verständnis der Krankheitsbilder selbst, ihrer Entstehung, Entwicklung und Bedeutung in einem sowohl historischen und soziologischen als auch medizinisch-psychiatrischen Kontext dienen.

7.1.1. Zur Geschichte des Suchtbegriffs

Die Wortgeschichte von „Sucht“ führt zurück ins Altgermanische, wo das Wort „Sucht“ seinen Ursprung in Begriffen wie „sauths“ (gotisch), „sots“ (altnordisch) oder „secht“ (altfriesisch) findet.¹⁹⁹ Verwandt mit dem Wort *siech*, hat es die ursprüngliche Bedeutung von Krankheit im Sinne körperlichen Leidens.²⁰⁰ In diese Reihe zählen Begriffe wie *Bleichsucht*, *Gelbsucht* oder *Schwindsucht*. Daneben wurde es jedoch auch in einem mehr moralisch-sittlichen oder religiösen Zusammenhang gebraucht, wobei es negative Charakter- und Persönlichkeitseigenschaften, Laster oder Leidenschaften bezeichnete. Begriffe wie *Schlafsucht*, *Zanksucht*, *Rach-* oder *Gewinnsucht* sind dieser Bedeutungsreihe zuzuordnen.

Die Krankheitsbegriffe *Trunksucht* und *Opiumsucht* entstanden Anfang des 19. Jahrhunderts. Eine Begierde oder einen übersteigerten Trieb in einem krankhaften Sinne bezeichnend, hatten sie seinerzeit dennoch nicht den spezifischen medizinischen Sinngehalt, den wir ihnen heute beimessen. Während das medizinische Konzept der Trunksucht erstmals vom Moskauer Arzt *Constantin von*

¹⁹⁹ Vgl. Pyritz (1942), S. 858.

²⁰⁰ Vgl. Hirschmüller (1996), S. 296.

Brühl-Cramer (gest. 1821) im Jahre 1819 formuliert wurde²⁰¹, prägte der Berliner Arzt *Christoph Wilhelm Hufeland* (1762-1836)²⁰² das der Opiumsucht.

1. *Opiumsucht und Morphinismus*

Bereits aus dem frühen 17. Jahrhundert existieren von ärztlichen und nicht-ärztlichen Orientreisenden Berichte über orientalische, aber auch über europäische Opiophagen („Opiumfresser“), die detaillierte Schilderungen über Wirkung, Dosierung, Gewöhnung und Abhängigkeit enthalten. Beispielsweise wurde vom englischen Arzt *George Young* (1691-1757) unter Zuhilfenahme zahlreicher Fallstudien aus der eigenen Praxis der Begriff „Leibeigenschaft“ gebraucht. Damit charakterisierte er das Phänomen der Abhängigkeit von der Droge. Er stufte sie als gefährlich ein und warnte vor unsachgemäßem Gebrauch, da sie sich als „schleichendes Gift“ entpuppen könnte:

„Bei einigen macht der Mohnsaft einen Zufluss der Lebensgeister, nachdem sie einmal dazu gewöhnt worden: aber sie finden, dass sie nach dem Verhältnis abgemattet werden, wenn dessen Einfluss vorbei ist. Ich sah einen schwindsüchtigen Kranken, welcher durch die erfreuend machende Eigenschaft des Mohnsafts Liederchen sang und den Tod verachtete; aber ehe vier und zwanzig Stunden vergangen, bezeigte er ebenfalls mehr eine wahrhafte Reue [...]“²⁰³

Der Toxikologe *Johann Friedrich Gmelin* (1748-1804) betonte ebenfalls die Schädlichkeit und Toxizität des langfristigen Opiumgebrauchs und lehnte eine Streichung des Opiums von der Liste der giftigen Substanzen ab:

„Ob sie gleich anfangs nur ein Stückchen so groß als ein Nadelkopf nehmen; so steigen sie doch nach und nach bis zu einem Quentchen auf. Nicht nur jedes Mal, ungefähr fünf, sechs Stunden, nachdem sie den Leckerbissen verschlungen haben, werden sie, wenn die Begeisterung vorüber ist, traurig, niedergeschlagen, kalt, gefühllos, zu allen Arbeiten untüchtig, matt und schwach, und seufzen schmachend nach dem glücklichen Augenblicke, da sie ihren Mohnsaft wieder nehmen dürfen, der ihnen wiederum auf einige Stunden Feuer, und Leben giebt; sondern diese traurige Verfassung kommt immer stärker wieder; und wenn sie auch wieder mehr von ihrem Safte nehmen, um die fröhlichen Stunden zu ver-

²⁰¹ Vgl. Kreutel (1988), S. 61. Teilweise wird die Entdeckung der Trunksucht als Krankheit dem Schweden Magnus Huss (1807-1890) zugeordnet, der in seiner wissenschaftlichen Arbeit über die „Chronische Alkoholskrankheit, oder Alcoholismus chronicus“ aus dem Jahre 1852 als erster den Versuch unternahm, ein pathologisch-anatomisches Substrat für die Krankheit zu finden und darüber hinaus dem heute gebräuchlichen Terminus seine Prägung gab.

²⁰² Vgl. Hölzer (1988), S. 207-209.

²⁰³ Vgl. Young (1753), S. 115.

längern, so werden sie doch zuletzt außer der kurzen Zeit ihrer Entzückungen so elend, dass sie stets matt, schwach, zu allem Geschäft, und selbst zu allen Vergnügungen unfähig sind [...] bekommen Lähmungen der Glieder, die abscheulichsten Schmerzen, die bis in das Mark der Knochen dringen, unter denen die übrigen Zufälle sich noch immer mehr verschlimmern.“²⁰⁴

Das „schlafmachende Prinzip“ (*principium somniferum*) des Schlafmohns wurde im Jahr 1804 vom Paderborner Apothekergehilfen *Friedrich Wilhelm Adam Sertürner* (1783-1841) entdeckt und isoliert. Seine im Folgejahr publizierte Arbeit im „Journal der Pharmacie“ über diesen von ihm isolierten Stoff fand jedoch zunächst kaum Beachtung.²⁰⁵ Erst die von ihm im Jahr 1817 publizierte Beschreibung dieser kristallisierenden Substanz alkalischer Natur und seiner Wirkungen auf den Menschen hatte im Jahr 1818 die Aufnahme des von ihm als „Morphium“ bezeichneten Stoffes in den Arzneischatz zur Folge.²⁰⁶ Der Name Morphium, mit welchem Sertürner wohl das schlafmachende Prinzip des Mohns belegen wollte, geht zurück auf den Schlafgott Morpheus, den Schlafbringer, eine Gestalt aus der griechischen Mythologie.

Heinrich Emanuel Merck (1794-1855) begann schließlich in den Jahren zwischen 1824 und 1827 mit der kommerziellen Herstellung von Morphium. Die industrielle Produktion von Opiumpräparaten erlebte in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts sowohl in Europa als auch in den Vereinigten Staaten ihre Blüte.²⁰⁷

Auch wenn die Opiumsucht schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts Erwähnung fand, entstanden erst ab den siebziger Jahren wissenschaftliche Arbeiten zum „Opium-Habit“.²⁰⁸ Auch fand der Begriff Opiumsucht lange keinen Einzug in den Sprachgebrauch. Stattdessen gebrauchte man bis ins 20. Jahrhundert hinein den Begriff „chronische Opiumvergiftung“.²⁰⁹ Dass die Opiumsucht lange „unentdeckt“ blieb, lässt sich wohl auch darauf zurückführen, dass die Opiophagen in der Gesellschaft relativ „unsichtbar“ waren. Es gab keinen

²⁰⁴ Vgl. Gmelin (1777), S. 477 ff.

²⁰⁵ Vgl. Hirschmüller (2000), S. 298.

²⁰⁶ Vgl. Scheffczyk (1997), S. 9, wird im Folgenden mehrfach als Quelle herangezogen.

²⁰⁷ Vgl. Kreutel (1988).

²⁰⁸ Vgl. Hirschmüller (1996), S. 297.

²⁰⁹ Vgl. Kreutel (1988), S. 257.

„öffentlichen“ Opiumkonsum (anders bei Alkohol!); es war mehr eine ganz persönliche Angelegenheit, die im Privaten blieb und somit von Außenstehenden auch kaum registriert wurde, es sei denn, die Betroffenen fielen durch Rausch oder körperlichen Verfall auf.²¹⁰ Auch sah die Gesellschaft im Opiumkonsum nichts Verwerfliches, wurde er bis weit in das 19. Jahrhundert hinein als eine Art persönliche Vorliebe gewertet. Erst gegen Ende des Jahrhunderts geriet das Phänomen Opiumsucht in das medizinische Interesse, und anders als vorher, wurde nun süchtiges Verhalten moralisch bewertet und verurteilt. Vor allem aber der Umstand, dass sich die Opiumsucht zunehmend in den gebildeten Rängen der bürgerlichen Mittelschicht ausbreitete, weckte mehr und mehr die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft. Außerdem trug die Einführung des Morphins als Arzneimittel zu einem explosionsartigen Anstieg des Morphinumgebrauchs und schließlich Morphinummissbrauchs bei.

Schließlich war es der Berliner Sanitätsrat *Eduard Levinstein* (1831-1882), der im Jahr 1875 den Begriff „Morphiumsucht“ prägte²¹¹ und ihr Krankheitscharakter zugestand.²¹² Levinstein, der sich ausführlich mit der Morphiumsucht befasste, kam bei der Frage nach ihrer Entstehung zu dem Ergebnis, dass neben der Einführung der subkutanen Injektion²¹³ die kritiklose weite Indikationsstellung für Morphinum sowie eine mangelnde Kontrolle durch die Ärzte maßgeblich beteiligt waren. Das beinahe schon als Allheilmittel gelobte Morphinum, welches *Adolf A. Erlenmeyer* (1822-1877)²¹⁴ zufolge in Form von Injektionen bei Vergiftungen, Infektionen, Seelenstörungen, Schlaflosigkeit, Meningitis, Neuralgien, Krämpfen, Erkrankungen der Sinnesorgane, Halluzinationen, Asthma, Lungentuberkulose, Entzündungen der Harnorgane, Peritonitis, Gastralgien und Magengeschwüren, Krebs, Rheuma, Zahnschmerzen usw.²¹⁵ helfen sollte fand große

²¹⁰ Vgl. Wiesemann (2000), S. 25.

²¹¹ Vgl. Levinstein (1875), S. 646.

²¹² Vgl. Kreutel (1988), S. 251.

²¹³ Ebenda, S. 248: Erste Berichte über subkutane Morphininjektionen stammen aus dem Jahr 1845 von Francis Rynd (1801-1861) und aus dem Jahr 1856 von Alexander Wood (1817-1884).

²¹⁴ Erlenmeyer war unter anderem Assistent bei Jacobi in der Siegburger-Irrenanstalt, gründete später seine eigene Privat-Irrenanstalt in Bendorf (1848). Veröffentlichte zahlreiche, mitunter preisgekrönte Schriften. U.a. stammt von ihm die Arbeit „Die subcutanen Injektionen“.

²¹⁵ Vgl. Obersteiner (1883) und Erlenmeyer (1866), S. 21-49.

Verbreitung. Levinstein kritisierte und bedauerte den Umstand, dass die Laien den Ärzten das Mittel entrissen, „das allein in deren Hand ein Segen für die Menschheit hätte bleiben können.“²¹⁶

Die beiden Begriffe „Morphiumsucht“ und „Morphinismus“ wurden seinerzeit von den Ärzten teilweise sehr unterschiedlich gebraucht und definiert. Während Levinstein die „Morphiumsucht“ als „Leidenschaft des Individuums, sich des Morphiums als Erregungs- oder Genussmittels zu bedienen“ bezeichnete, „da dasselbe unvermögend ist, von dem Mittel ohne Nachtheil für das subjektive Wohlbefinden zu lassen, [...]“ verstand er unter dem Begriff „Morphinismus“ lediglich die spezifischen Symptome des Morphingebrauchs. Er unterschied also den Süchtigen, der aufgrund unstillbaren Verlangens zum Morphin greift, jedoch nicht zwangsläufig die typischen Intoxikationserscheinungen aufweist, vom Nichtsüchtigen, der wegen eines Grundleidens vorübergehend mit Morphin behandelt wird, ohne danach süchtig zu werden, der aber dennoch beispielsweise unter einer Obstipation im Sinne einer Vergiftung leidet.²¹⁷

Erlenmeyer bevorzugte ebenfalls den Begriff „Morphiumsucht“, unter welchem er „neben dem klinischen Krankheitszustande“, „die als pathologisch zu bezeichnende, durch nichts motivirte Sucht des Individuums nach Morphin als nach einem Reiz- und Genussmittel, nicht als nach einem Heilmittel“ verstand.²¹⁸

Heinrich Obersteiner (1847-1922)²¹⁹, Professor für Neuropathologie und Leiter einer psychiatrischen Heilanstalt in Wien, gebrauchte hingegen den Begriff „chronischer Morphinismus“, welchen er folgendermaßen definierte: „Als chronischen Morphinismus [...] bezeichnet man die Gesamtheit jener krankhaften Erscheinungen, welche nach länger fortgesetztem, regelmäßigem Gebrauch von Morphin, sei es innerlich oder subkutan, ausnahmslos eintreten.“²²⁰ Eine Trennung der beiden Begriffe hielt Obersteiner in der Praxis für schlecht mög-

²¹⁶ Vgl. Levinstein (1883), S. 1-2.

²¹⁷ Vgl. Levinstein (1883), S. 2-3.

²¹⁸ Vgl. Erlenmeyer (1887), S. 15.

²¹⁹ Obersteiner veröffentlichte im Jahr 1883 eine kleine Monographie mit dem Arbeitstitel „Der chronische Morphinismus“, in welchem er den Kenntnisstand der Zeit darlegte.

²²⁰ Vgl. Obersteiner (1883), S. 61.

lich und wies darauf hin, dass der Begriff „Morphinismus“ in den meisten Sprachen akzeptiert sei.

Auch bei der Frage nach einer möglichen Disposition zur Morphiumsucht gingen die Lehrmeinungen teilweise auseinander. Während Levinstein beispielsweise eine besondere Veranlagung für die Erkrankung ausschloss, sah Erlenmeyer in einer gewissen Disharmonie der seelischen Funktionen eine spezielle Disposition, die sich in einer „Willensschwäche“ und „erbärmlicher Weichheit der Gefühle“ zeige.²²¹ Auch *Rudolf Burkart* (geb. 1846) sah „irritable, widerstandslose Naturen“ besonders gefährdet.²²² Dennoch war er, ebenso wie Levinstein, der Ansicht, dass prinzipiell jeder Mensch morphiumsüchtig werden könne. Obersteiner wiederum machte besondere Persönlichkeitsstrukturen für die Entstehung der Morphiumsucht verantwortlich. Er stellte fest, dass sich unter den Morphinisten oft neuropathisch veranlagte Individuen aus Familien mit gehäuften Psychosen befanden. Patienten, die über kein normales Nervensystem verfügten, wie beispielsweise hysterische Frauen oder Neurastheniker, verfielen dem Morphinium leichter und kämen in Ermangelung der nötigen moralischen Kräfte auch nicht mehr davon los.²²³

Erlenmeyer und Levinstein hielten die Entstehung einer Sucht infolge ärztlich indizierter therapeutischer Morphiumanwendung bei chronischen Schmerzen oder psychischer Leiden für weitestgehend ausgeschlossen. Dennoch zeigte die Praxis, dass auch solche Patienten am Ende abhängig wurden.²²⁴

Emil Kraepelin (1856–1926) wies offen den Ärzten die Schuld für die Entstehung und Ausbreitung der Morphiumsucht zu:

„Der wirksamste Hebel für die Ausbildung und Ausbreitung des Morphiums lag in dem Umstande, dass der Arzt, unbekannt mit den drohenden Gefahren, aus Rücksichten der Bequemlichkeit dem Kranken die Spritze selbst in die Hand gab, damit er sich je nach Bedarf und nach eigenem Ermessen das ersehnte Wohlgefühl verschaffen könne.[...] Dagegen zwingt die wahrhaft teuflische Macht des Morphiums denjenigen, der sich einmal an seinen Gebrauch gewöhnt hat, unerbittlich zur Fortsetzung desselben, da jeder Versuch, sich von der Sklaverei des

²²¹ Vgl. Erlenmeyer (1887), S. 13-15.

²²² Vgl. Burkart (1880), S. 3.

²²³ Vgl. Obersteiner (1883), S. 62-63.

²²⁴ Vgl. Erlenmeyer (1887), S. 9. Vgl. auch Scheffczyk (1997), S. 38.

Mittels zu befreien, sofort zu derartig unangenehmen Erscheinungen führt, dass die menschliche Widerstandskraft dadurch gebrochen wird.“²²⁵

Als häufigsten Ausgangspunkt für die Entstehung der Morphiumsucht sah Kraepelin durchaus ein Schmerzleiden oder auch eine traurige Verstimmung, die mit Hilfe von Morphinium behandelt wurde. Provokativ formulierte er: „Gäbe es keine Aerzte, so gäbe es auch keinen Morphinismus.“²²⁶

Kraepelin vertrat die Ansicht, dass die Gefahr, der Morphiumsucht zu verfallen, umso größer sei, je angenehmer sich die ganze Wirkung des Mittels im einzelnen Falle gestalte. So hielt er es für möglich, dass es Menschen gäbe, die bereits nach einer einzigen Einspritzung süchtig würden. Darüber hinaus sah er durchaus eine Neigung zum Morphinismus, die er von der „psychischen Veranlagung“ im Sinne eines bestimmten Grades von Willensschwäche abhängig machte.²²⁷ Als logische Konsequenz forderte Kraepelin von den Ärzten, diesen, von ihnen verschuldeten Missstand, mit allen Mitteln zu bekämpfen:

„Die erschreckende Ausbreitung des Morphinismus, des Cocainismus und anderer ähnlicher Vergiftungen, welche uns die letzten Jahrzehnte gebracht haben, ist ausschließlich auf die Rechnung des ärztlichen Standes zu setzen. Wir haben jene Geisseln der Menschheit geflochten und geben sie ihr noch heute Tag für Tag in die Hand – wir haben daher auch die heilige Verpflichtung, Alles zu thun, was in unseren Kräften steht, um das von uns verschuldete Unheil wieder aus der Welt zu schaffen.“²²⁸

2. Trunksucht

Alkohol und alkoholische Getränke haben in der Geschichte der Menschheit eine Tradition, die schon Jahrtausende alt ist. Berichten zufolge wurde das älteste Bier im Sudan bereits im 8. Jahrtausend vor Christus aus einer Hirseart hergestellt. Aus Überlieferungen weiß man, dass in Ägypten vor dem 3. Jahrtausend vor Christus Gersten- und Weizenbier getrunken wurde. Nach der ägyptischen Mythologie wurde den Menschen die Kunst des Bierbrauens von Osiris, den Gott der Landwirtschaft, beigebracht. Die Wurzeln des ersten Wein-

²²⁵ Vgl. Kraepelin (1896), S. 392.

²²⁶ Vgl. Kraepelin (1896), S. 398.

²²⁷ Vgl. Kraepelin (1896), S. 397.

²²⁸ Vgl. Kraepelin (1896), S. 261.

anbaus und der Weinbereitung hingegen liegen vermutlich in Armenien vor ca. 8000 Jahren, von wo aus sich die Weinkultur schließlich über Ägypten, Griechenland und Spanien auch in Europa ausbreitete.

Alkohol, insbesondere Wein, war bereits in den alten Hochkulturen als Nahrungs-, Genuss- und Rauschmittel bekannt und wurde von vielen Völkern und Kulturen als Göttergabe verehrt. Dionysos (im römischen Raum Bacchus genannt) fand bei den Griechen als Gott des Weines, des Theaters und der Fruchtbarkeit Verehrung.

Der Begriff „Alkohol“ selbst stammt aus dem Arabischen und leitet sich ab vom Wort „kuhl“ (bezeichnet ein fein pulverisiertes Antimon) und wurde im Jahr 1527 durch *Paracelsus* mit der Bezeichnung „alcohol vini“ für „Weingeist“ („Essenz des Weines“) in den deutschen Sprachgebrauch eingeführt.

Wie wir aus medizinischen Schriften wissen, war bereits zur Zeit von Galen (129-199) und Plinius (23-79) bekannt, dass Alkohol sowohl heilsam als auch schädlich sein kann, quasi Heilmittel und Gift zugleich ist. *Arnald von Villanova* aus dem 13. Jahrhundert pries beispielweise das „aqua vitae“ als Allheilmittel. Dass es, wie so oft im Leben, auch hier auf die Dosis, sozusagen auf das rechte Maß ankommt, erkannte auch der protestantische Reformprediger Sebastian Franck im Jahre 1532: „Wenig getrunken ist gesund, und ein arzney den menschen zu erhalten erschaffen [...] Zu vil ist aber gyfft“.²²⁹

Tatsächlich spielte der Alkohol auch in der Medizin, hier vor allem in destillierter Form, bis weit ins 19. Jahrhundert eine wichtige Rolle als Arznei- und Stärkungsmittel.

Im Lehrbuch der Pharmakotherapie aus dem Jahr 1897 wird Alkohol unter anderem als Schlafmittel, nämlich als „wohl das älteste aller schlafmachenden Mittel“, als Vehikel, als Antiseptikum, als Herzstärkungsmittel, als „Excitans für das Gehirn“, als Diuretikum, als Stomachikum, als „Nutriens bei schweren Krankheiten [...], da er bei seiner Verbrennung zu Kohlensäure und Wasser lebendige Kraft liefert und dadurch die Verbrennung von Kohlenhydraten und Fet-

²²⁹ Vgl. Austin (1981).

ten einschränkt“ gelobt. Außerdem werden seine „günstigen Wirkungen“ bei Typhus, bei schweren Formen von puerperaler Sepsis und bei Schlangenbissen betont.²³⁰

Im Handbuch der Therapie innerer Krankheiten empfiehlt Stintzing den Alkohol als „Erregungsmittel“ für „anämische und schwächliche Patienten, für deren gesamte Ernährung und Nerventhätigkeit regelmäßig dargereichte Reizmittel sich unbedingt als nützlich erweisen.“²³¹

Alkoholische Getränke hatten einen hohen Stellenwert in der Bevölkerung. Sie dienten als Heil- und Stärkungsmittel, sowie als Nahrungsmittel im Alltag (Alkohol als Volksnahrung) oder aber auch als Rauschmittel an Festtagen und bei religiösen Ritualen.

Erst in der frühen Neuzeit begann man im übermäßigen Alkoholgenuss ein sozialpolitisches Problem zu erkennen. Auch rückten zunehmend die negativen Folgen des Alkoholmissbrauchs in das Blickfeld der Gesellschaft. Die Gründung der ersten Mäßigkeitsvereine und sogenannter Temperenzorden entstammen jener Zeit. Auch Martin Luther wetterte gegen das „Saufen-Laster“. Dennoch wurde das Problem der Trunksucht weniger von medizinisch-ärztlicher Sicht betrachtet, sondern eher aus moralisch-sittlicher. In diesem Sinne wurde der Trunkenbold für seine Lasterhaftigkeit entsprechend verurteilt.

Erst Ende des 18. Jahrhunderts, im Geiste des Absolutismus und der französischen Revolution, änderte sich die Stellung der Medizin und mit ihr die Wahrnehmung des Trinkers.

Der bekannte amerikanische Irrenarzt und Sozialreformer *Benjamin Rush* (1745-1813) veröffentlichte im Jahre 1784 eine Arbeit über die schädlichen Folgen des Branntweintrinkens und bezeichnete den Zustand, der durch dieses Laster entstehe, als „Krankheit des Willens“. Auch der Berliner Arzt *Christoph Wilhelm Hufeland* veröffentlichte im Jahr 1796 eine erste Arbeit, in der er aus-

²³⁰ Vgl. Kobert (1897), S. 458 ff.

²³¹ Vgl. Stintzing (1903), S. 377 ff.

drücklich vor dem Branntweingenuss warnte, welcher eine gefährliche Abstumpfung erzeuge, die ohne alle Rettung ins Verderben führe.²³²

Mit seiner im Jahr 1819 erschienenen Arbeit „Über die Trunksucht und eine rationelle Heilmethode derselben“ führte *Brühl-Cramer* erstmals den Krankheitsbegriff der Trunksucht in der medizinischen Literatur ein. Im Jahr 1852 folgte dann eine preisgekrönte Arbeit vom schwedischen Arzt *Magnus Huss* mit dem Titel „Alcoholismus chronicus“. Hierin bezeichnete er die „chronischen Folgen der Alkoholvergiftung“ als eine „eigene Krankheitsindividualität“, die beim unmäßigen Branntweinsäuer auftrete.²³³

Nachdem man noch bis ins 18. Jahrhundert hinein die Trunksucht als eine Art persönliche Vorliebe gewertet hatte, wurde sie nun zu einer Krankheit des Willens erklärt. Auch wenn Huss mit seiner Arbeit über das pathologisch-anatomische Substrat der Sucht den modernen Begriff der Sucht mitgeprägt hatte, entspricht dieser wohl noch kaum dem heutigen Suchtbegriff. Vielmehr hat er sich mit den spezifischen organischen und neurologischen Symptomen infolge chronischen Alkoholkonsums im Sinne einer Vergiftung beschäftigt und diese beschrieben, nicht jedoch mit dem eigentlichen Phänomen Sucht und Abhängigkeit, wie sie unserem heutigen Verständnis entspricht. Hufeland war der erste Mediziner, der darin den krankhaften Zwang zum Trinken erkannte. *Brühl-Cramer* war es schließlich, der die Trunksucht zum Gegenstand der Pathologie machte, indem er die Theorie der krankhaften Maßlosigkeit aufstellte.²³⁴ Er sah in der Trunksucht ein „unwillkürliches Uebel“, folglich eine „Krankheit“ und nicht eine Verletzung der Moralität.²³⁵

Auch wenn bereits in jener Zeit der Begriff Trunksucht zunehmend seinen moralisierenden Charakter verlor und an seine Stelle ein modernes, entmoralisierendes Suchtverständnis trat, kann es dennoch nicht mit dem Suchtverständnis heute gleichgesetzt werden. Vielmehr bezeichneten die Begriffe Trunk- und auch Opiumsucht immer noch eine Art schlechte Gewohnheit, welche mit typischen negativen körperlichen und seelischen Folgen behaftet

²³² Vgl. Hufeland (1796).

²³³ Vgl. Huss (1852).

²³⁴ Vgl. Spode (1991), S. 217 ff.

²³⁵ Vgl. *Brühl-Cramer* (1819).

schen negativen körperlichen und seelischen Folgen behaftet war. Außerdem wurden lediglich die Folgen der Trunksucht als Krankheit bewertet, wohingegen auffälliges Trinken weiterhin im sittlichen Kontext bewertet wurde.

Während der industriellen Revolution des 19. Jahrhunderts und der damit verbundenen sozialen Umwälzungen kam es zu Verelendung großer Bevölkerungsschichten und der Alkoholismus wurde zum Brennpunkt sozialpolitischer Diskussionen. Während im Deutschen Reich beispielsweise der Pro-Kopfverbrauch von Branntwein während der Jahre 1871-1900 mit durchschnittlich 8,7 Liter konstant geblieben war, nahm der Bierkonsum von 79,4 Liter auf 108,88 Liter pro Kopf zu.²³⁶ Auf der einen Seite kam es durch die zunehmende Industrialisierung zu einem Anstieg der Produktionsleistung, welche noch verstärkt wurde durch neue technische Erfindungen auf dem Sektor der Branntwein-, Schnaps- und Bierproduktion. Auf der anderen Seite nahmen infolge der kapitalistischen Ausbeutung die Arbeitslosigkeit, die Armut und Krankheiten in den unteren Bevölkerungsschichten stark zu.²³⁷ Um das harte Arbeitsleben der Arbeiter in den Schnapsfabriken erträglich zu machen, wurde ihnen der Lohn teilweise in Form von Branntwein ausgehändigt. So interpretierte *Friedrich Engels* (1820-1895) im Jahr 1876 die zunehmende Trunksucht der Arbeiterschicht als Folge der schlechten Lebensumstände:

„Alle Lockungen, alle möglichen Versuchungen vereinigten sich, um die Arbeiter zur Trunksucht zu bringen. Der Branntwein ist ihnen fast die einzige Freudenquelle [...es wirkt] die Gewissheit, im Rausch wenigstens für ein paar Stunden die Not und den Druck des Lebens zu vergessen [...] so stark, dass man den Arbeitern ihre Vorliebe für den Branntwein nicht verdenken kann. Die Trunksucht hat hier aufgehört, ein Laster zu sein, für das man den Lasterhaften verantwortlich machen kann, sie wird ein Phänomen, die notwendige, unvermeidliche Folge gewisser Bedingungen auf ein, wenigstens diesen Bedingungen gegenüber, willenloses Objekt.“²³⁸

Inwieweit die gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Entwicklungen jener Zeit einen Anstieg der Trunksucht in den verschiedenen Bevölkerungsschichten bewirkten, wurde bereits Ende des 19. Jahrhunderts unterschiedlich

²³⁶ Vgl. Hölzer (1987), S.18.

²³⁷ Vgl. Hölzer (1987), S. 12-13.

²³⁸ Vgl. Engels (1876), S. 331 f. zitiert in Hölzer (1987), S. 15.

gedeutet und rege diskutiert. In Anbetracht der Komplexität der Zusammenhänge soll an dieser Stelle auf eine genauere Analyse der verschiedenen Aspekte verzichtet werden.

Auch wenn sich Ende des 19. Jahrhunderts die „Trunksucht“ als eigene Krankheitsentität durchgesetzt hatte, blieb weiterhin die Frage nach der Ursache derselben umstritten. Schließlich behauptete sich zur Jahrhundertwende das erb-biologische Modell. Dieses beinhaltete die Vorstellung, dass Alkohol als ein „Keimgift“ das Erbgut schädige. Infolgedessen komme es zu einer „Degeneration“ desselben, welche dann auf die Nachkommenschaft weitervererbt werde. *Emil Kraepelin*, der einen fanatischen Kampf gegen den Alkoholismus führte²³⁹ und der Hygieniker *Max Gruber* (1853-1927) stellten in den „Wandtafeln zur Alkoholfrage“ die „große Kindersterblichkeit in Trinkerfamilien, sodann die Häufigkeit von Nerven- und Geisteskrankheiten [...]“ dar. Kraepelin, der die Trunksucht als einen bedeutenden Faktor bei der Entstehung von Geisteskrankheiten wertete, forderte deshalb von ärztlicher Seite zur Verhütung des Irreseins die Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs. Indem er der Ärzteschaft vorwarf, ihren Aufgaben in diesem Kampf nicht genügend nachzukommen, machte er den ärztlichen Stand selbst für die Entstehung und Verbreitung des Suchtproblems der Zeit verantwortlich:

„Eine besondere Wichtigkeit haben von denselben vor Allem der Kampf gegen Trunksucht und Syphilis, der gerade vom ärztlichen Stande mit allem zu Gebote stehenden Mitteln geführt werden müsste. Die Gleichgültigkeit, mit welcher die große Masse der Aerzte, der berufenen Hüter der Volksgesundheit, den hier erwachsenden Aufgaben gegenübersteht, trägt einen wesentlichen Theil der Schuld an dem namenlosen Unglück, das alljährlich durch Alkoholentartung und Paralyse über unser Volk gebracht wird.“²⁴⁰

Neben Kraepelin hatten sich weitere prominente Mediziner dem Kampf gegen den Alkoholkonsum verschrieben: So unter anderem Auguste Forel (1848-1930) Eugen Bleuler (1857-1939), Paul Julius Möbius (1853-1907), um einige der namhaften Psychiater zu nennen. Doch die „Antialkoholbewegung“ spaltete sich in zwei Lager auf, nämlich in das der „Abstinenten“ und das der „Mäßigen“.

²³⁹ Vgl. Ackerknecht (1985), S. 76.

²⁴⁰ Vgl. Kraepelin (1896), S. 260 f.

Während die Anhänger der „Abstinenzbewegung“ die völlige Enthaltbarkeit propagierten, sah in ihr überhaupt die Möglichkeit einer Heilung der Trunksucht, vertraten die „Mäßigen“ die Auffassung, dass „ein Glas Bier oder Wein“, also Alkohol in geringen Maßen, nicht schaden könne. Die Tatsache, dass die „Abstinenten“ die Enthaltbarkeit gegenüber allen alkoholischen Getränken nicht nur für Trunksüchtige forderten, sondern, selbst abstinente, den Alkoholgenuss generell für *jedermann* ablehnten, machte ihre Position nicht gerade populärer. Trotz ihrer realitätsfernen, ja an Utopie grenzenden Vorstellungen setzte sich schließlich die „Abstinenzbewegung“ gegenüber der „Mäßigkeitsbewegung“ durch, nicht zuletzt deshalb, weil sie im Gegensatz zu den „Mäßigen“ klare Erfolge bei der Behandlung Trunksüchtiger verbuchen konnte.

Auguste Forel, Professor für Psychiatrie in Zürich, seit dem Jahr 1886 selbst abstinente, gilt als Vorreiter der „Abstinenzbewegung“. Mit seiner Hilfe entstanden verschiedene Abstinenzvereine. Er gründete in den Jahren 1888/89 die Trinkerheilstätte Ellikon an der Thur, daneben zahlreiche Guttemplerorden in verschiedenen europäischen Ländern. Er war Erster Vorsitzender des im Jahr 1896 in Frankfurt a. M. gegründeten Vereins abstinenten Ärzte des deutschen Sprachgebiets. Außerdem führte er in der Züricher Irrenheilanstalt Burghölzli, welcher er seit 1879 als Direktor vorstand, die Abstinenztherapie, die im übrigen bis heute die Grundlage jeder Suchttherapie ist, bei der Behandlung von Alkoholkranken ein:

„Da nach einer langen Erfahrung festgestellt worden ist, dass ein gewesener Trinker nur in den seltensten Fällen zur Mäßigkeit im Genuss alkoholischer Getränke zurückkehren kann, dass er vielmehr, sobald er diesen mäßigen Genuss probieren will, mit fast mathematischer Sicherheit rückfällig, d.h. baldigst zu einem Trunkenbold wird, muss die ganze Energie des Hausvaters darauf konzentriert werden, aus den Pfleglingen der Anstalt bei ihrer Entlassung lebenslängliche Abstinenten und Mitglieder von Abstinenzvereinen zu machen. Das ist erfahrungsgemäss weitaus der sicherste Weg zur definitiven Heilung, oder besser gesagt der einzige.“²⁴¹

²⁴¹ Vgl. Forel (1982), S. 33.

3. Sucht und Abhängigkeit heute

Die von der WHO im Jahr 1957 eingeführte Definition des Begriffes „Sucht“ (addiction) wurde 1964 durch den Begriff „Abhängigkeit“ (dependence) ersetzt. Es wird dabei unterschieden zwischen einer psychischen und einer körperlichen Abhängigkeit. Während die psychische Abhängigkeit durch ein übermächtiges und unwiderstehliches Verlangen (Craving), eine bestimmte Substanz oder Droge einzunehmen charakterisiert ist, bezeichnet die physische Abhängigkeit eine Toleranzentwicklung (Dosissteigerung) und das Auftreten von Entzugssymptomen.

Die WHO definiert Alkoholiker als „exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, dass sie deutliche geistige Störungen und Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen; oder sie zeigen Prodrome einer solchen Entwicklung, daher brauchen sie Behandlung.“

Nach ICD-10 liegt Abhängigkeit vor, wenn drei der folgenden Kriterien erfüllt sind:

1. Verminderte Kontrollfähigkeit bis hin zum Kontrollverlust
2. Craving (unstillbares Verlangen, Drang Substanzen oder Alkohol zu konsumieren)
3. Substanzgebrauch, um Entzugssymptome zu mildern
4. Entzugserscheinungen (körperliches Entzugssyndrom)
5. Toleranzentwicklung und Dosissteigerung
6. Verändertes Sozialverhalten (Eingeengtes Verhaltensmuster, Vernachlässigung anderer Interessen)
7. Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweis schädlicher Folgen (körperlich, psychisch, sozial).

Bei der Frage nach der Ätiologie der Abhängigkeit geht man heute sowohl bei der Alkohol- als auch bei der Drogenabhängigkeit von einer multifaktoriellen

Genese aus. Folgende Faktoren spielen hierbei eine Rolle: Die Wirkung der Droge selbst (Anxiolyse, Enthemmung, Euphorisierung, Kontaktförderung usw.), individuelle Faktoren (neurotische Persönlichkeit, elterliches Vorbild, erlerntes Fehlverhalten, „broken home“ usw.), genetische Faktoren, soziokulturelle Faktoren (Verfügbarkeit, Gepflogenheiten in der Familie, Einstellung der Gesellschaft, Trinkzwänge, Image von Abstinenz, Risikoberufe, „peer group“ usw.) und aktuelle Lebenssituation (Probleme in Schule, Beruf, Familie). Meist führen aktuelle Belastungen und Konflikte zum Missbrauch und letztlich zur Abhängigkeit.

7.1.2. Zeitgenössische Literatur

Chronische Morphinumvergiftung

Schlägt man ein zeitgenössisches Lehrbuch der Psychiatrie auf, so findet man das Krankheitsbild des Morphinismus unter den Überschriften „Morphinismus“, „Morphiumsucht“, „chronische Morphinumvergiftung“ oder „Morphinismus chronicus“.

Theodor Kirchhoff (1853-1922), Professor der Psychiatrie und seit 1902 Leiter der Irrenanstalt Schleswig-Staffeld, definiert den Morphinismus als „Folgezustand des wiederholten Missbrauchs eines Genussmittels, dessen Aussetzen dann wieder so unangenehme Gefühle und Functionsstörungen hervorruft, dass die wegen ihrer Unterdrückung erneute und übertriebene Anwendung des Mittels zur Entwicklung seiner giftigen Eigenschaft führt“²⁴² Man stellte bei einem Großteil der Morphinumkranken fest, dass am Anfang eine ärztlich angeordnete Morphinumbehandlung gegen ein körperliches, oftmals mit Schmerzen einhergehendes Leiden oder aber gegen eine seelische Störung gestanden hat.²⁴³

Kraepelin vertritt die Auffassung, dass die Entwicklung des Morphinismus „bei weitem am häufigsten“ ihren Ausgang „von der ausgezeichneten schmerzstillenden Wirkung des Mittels nimmt“. So würde am Anfang der Erkrankung „irgend ein leichteres oder schwereres schmerzhaftes Leiden, eine Neuralgie,

²⁴² Vgl. Kirchhoff (1892) S. 510.

²⁴³ Vgl. Kirchhoff (1892) S. 510, Oppenheim (1905) S.1413, Kraepelin (1896) S. 393 f.

Ischias, Zahnschmerzen, Schlaflosigkeit, eine traurige Verstimmung“ stehen, welche dann zur „ersten Einspritzung“ führe. Er räumt jedoch ein, „dass eine große Zahl von Morphinisten [...] schon vor der chronischen Vergiftung einen bedeutenden Grad von Willensschwäche dargeboten haben.“²⁴⁴

Hermann Oppenheim (1858-1919), Professor der Neurologie, meint hingegen zu erkennen, dass ein großer Teil der Morphiomsüchtigen „nicht etwa an einer mit heftigen Schmerzen verbundenen, chronischen, unheilbaren Krankheit“ leide. Vielmehr macht er „Zustände von Neurasthenie, Hypochondrie, Gemütsverstimmungen u. dergl.“ dafür verantwortlich, dass „das Individuum“ und „besonders leicht“ der Arzt dazu verleitet würden, sich des Morphiums zu bedienen. Allerdings schränkt er hierbei die Entwicklung einer Morphiomsucht auf eine Gruppe derjenigen ein, bei denen „das Mittel einen Zustand von Euphorie, ja selbst eine Art von Sinnesrausch erzeugt, der mit großem Lustgefühl verbunden ist.“²⁴⁵

Übereinstimmend wird der Einführung der „Pravaz-Spritze“²⁴⁶ eine bedeutende Rolle in der Entwicklung der Morphiomsucht zugesprochen. Daneben erkennt man, leider viel zu spät, welche große Gefahr darin liegt, dass Ärzte und Pflegepersonal dem Patienten die Morphiumspritze zur Eigentherapie, beispielweise gegen Schmerzen, in die Hand geben. Der Patient wird damit in die „glückliche“ Lage versetzt, außerhalb jeder ärztlichen Kontrolle sich selbst jede beliebige Morphiumdosis zu injizieren.

Als besonders gefährdet werden die Berufsgruppen der Ärzte und der Apotheker eingestuft, die jederzeit freien Zugang zu dem Mittel haben und somit leicht dazu verleitet werden können, das Morphiom sich selbst, Kollegen, häufig aber auch der eigenen Ehefrau zu verabreichen. So stellt Kirchhoff eine „auffallende Häufigkeit fest, mit der Aerzte oder deren Frauen Morphiumeinspritzungen vornehmen“²⁴⁷. Laut Oppenheim werden Ärzte am häufigsten von diesem

²⁴⁴ Vgl. Kraepelin (1896) S. 393.

²⁴⁵ Vgl. Oppenheim (1905) S. 1413.

²⁴⁶ Charles Gabriel Pravaz (1791-1853) entwickelte für die Einspritzung von Liquor Ferri sesquichlorati in Aneurysmen die nach ihm benannte Pravazsche Spritze. Im Jahr 1853 wurde sie von Alexander Wood in Edingburgh für die Morphiuminjektion empfohlen.

²⁴⁷ Vgl. Kirchhoff (1892) S. 511.

Leiden ergriffen. In seinem Lehrbuch aus dem Jahr 1905 heißt es, „von 250 Morphiumsüchtigen gehörten 93 dem ärztlichen Stande (einschließlich der Arztfrauen) an; von 100 männlichen Patienten waren 42 Aerzte“.²⁴⁸ Ebenso wie Levinstein die „gebildeteren und höheren Kreise“ als besonders gefährdete Gesellschaftsschicht ansieht,²⁴⁹ stellt auch Kraepelin fest, dass der Morphinismus „fast ausschließlich eine Krankheit der besseren Stände“ darstellt, und hier „vor Allem die mit dem ärztlichen Berufe in Beziehung stehenden Personen besonders stark prädisponirt erscheinen.“²⁵⁰

Bei den typischen Symptomen des chronischen Morphinismus werden psychische und körperliche Erscheinungen unterschieden. Zu den psychischen Vergiftungserscheinungen zählt Oppenheim „vor allem eine Veränderung des Charakters“ und beschreibt den typischen Kranken als reizbar, mürrisch, menschen-scheu, gleichgültig gegen fremde Interessen und zunehmend selbstsüchtig und ehrgeizig. Alle Wünsche und Bestrebungen würden sich einzig um die Befriedigung des Morphiniumhungers drehen. Geistige Störungen, so Oppenheim, blieben auf das Gebiet der ethischen Vorstellungen beschränkt, während die Intelligenz nur in Form einer Gedächtnis- und einer geistigen Leistungsschwäche eine Einschränkung erfahre.²⁵¹ Krafft-Ebing stellt als Folge des chronischen Missbrauchs eine „trotzlose Willenschwäche“ fest und erkennt in dem Versuch der „Befreiung des Kranken von seinen bösen Dämonen“ eine schwierige Aufgabe.²⁵²

Im Lehrbuch der Pharmakotherapie von *Rudolf Kobert* (1854-1918) werden als körperliche Symptome des Morphinismus chronicus Appetitlosigkeit, Neigung zu Erbrechen und Obstipation im Wechsel mit blutigen Diarrhoen genannt. Der Kranke sei ohne entsprechende Dosiszufuhr am Tage nicht arbeitsfähig und nachts leide er unter Schlaflosigkeit. Darüber hinaus komme es bei männlichen Kranken zu einem frühzeitigen Potenzverlust. Schließlich, so Kobert, führe die Erkrankung zu einem völligen Verfall der Körperkräfte, zu Temperaturschwan-

²⁴⁸ Vgl. Oppenheim (1905) S. 1413.

²⁴⁹ Vgl. Kreutel (1988) S. 252.

²⁵⁰ Vgl. Kraepelin (1896) S. 397.

²⁵¹ Vgl. Kirchhoff (1892) S. 511.

²⁵² Vgl. Krafft-Ebing (1903) S. 555.

kungen, zu geistiger Deprivation, Verlogenheit, Vernachlässigung des Amtes und der Verpflichtungen gegen die Familie.²⁵³

Laut Kraepelin bildet sich beim „dauernden Gebrauche“ von Morphinum eine Gewöhnung aus, durch welche die unangenehmen Nebenwirkungen in den Hintergrund treten. Im Vordergrund stehe die sowohl anregende als auch beruhigende Wirkung des Morphiums. Die Gewöhnung erfordere dann jedoch schon bald die Steigerung der Dosis, bis hin zu 2-3 Gramm oder auch mehr pro Tag. Zu den Folgen des chronischen Morphinumgebrauchs zählt Kraepelin eine Beeinträchtigung des Gedächtnisses und der geistigen Leistungsfähigkeit sowie Stimmungsschwankungen, heftige Angstanfälle und hochgradige Schlafstörungen. Daneben würden Sensibilitätsstörungen in Form von Parästhesien und Hyperästhesien auftreten sowie eine erhöhte Reflexerregbarkeit, Bewegungsstörungen, Paresen und Sprachstörungen. Appetit und Ernährung seien gestört, es komme zu erheblichem Gewichtsverlust. Vor allem aber, so Kraepelin, würde „in ganz besonderem Maasse“ der Charakter der Kranken in Mitleidenschaft gezogen.²⁵⁴ Auch Oppenheim stellt einen „demoralisierende[n] Einfluss der Morphiumsucht“ fest. Die Betroffenen seien „unzuverlässig, unwahr gegen sich selbst und gegen andere, das ethische Gefühl stumpft sich mehr und mehr ab.“²⁵⁵

Über das prinzipielle therapeutische Vorgehen herrscht um die Jahrhundertwende weitestgehend Einigkeit. Dieses besteht zunächst in der Entziehung des Morphiums - heute „Entgiftung“ - oder mit den Worten von Krafft-Ebing ausgedrückt in der „methodische[n] Entziehung des Giftes unter ärztlicher Leitung in einem Krankenhause.“²⁵⁶ Als Therapieziel wird eine Abstinenz angestrebt.

Da nach Kraepelin eine „völlige und dauernde Abgewöhnung des Morphiums aus eigener Kraft [...] erfahrungsgemäss niemals oder doch nur überaus selten vor[kommt]“, müsse sich „der Kranke für einige Zeit bedingungslos in die Hände

²⁵³ Vgl. Kobert (1897) S. 470 f.

²⁵⁴ Vgl. Kraepelin (1896) S. 394ff.

²⁵⁵ Vgl. Oppenheim (1905) S. 1414.

²⁵⁶ Vgl. Krafft-Ebing (1903) S. 558. Vgl. auch: Kirchhoff (1892) S. 512, 513; Kraepelin (1896) S. 401; Kobert (1897) S. 471; Oppenheim (1905) S. 1416; Friedländer (1913) S. 16.

des Arztes und in Verhältnisse [begeben], welche eine völlige Ausschließung des Morphiums mit Sicherheit gestatten“.²⁵⁷ Obwohl auch Oppenheim der Meinung ist, dass die Entziehung „fast nur in Anstalten durchzuführen [sei], in denen der Patient während der ganzen Periode aufs sorgsamste ärztlich beobachtet werden kann“, so räumt er doch ein, dass ihm in seiner Praxis „schon 4 oder 5 Fälle begegnet“ seien, „in denen sehr energische Personen sich selbst das Morphium mit dauerndem Erfolg entzogen hatten.“²⁵⁸ Dennoch bleibt das eher die Ausnahme. Erlenmeyer sieht in einer häuslichen Entziehungskur wenig Erfolg und spricht sich sogar für die Einrichtung von Spezialanstalten für Morphi-
umabhängige aus.²⁵⁹

Uneinigkeit herrscht lediglich in der Frage, wie schnell oder wie langsam die Entziehung durchzuführen sei. Zur Diskussion stehen im Prinzip drei Verfahren: Die „plötzliche“ Entziehung nach *Levinstein*, die „allmähliche“ nach *Burkart* und die „schnelle“ nach *Erlenmeyer*.²⁶⁰

Die „plötzliche“ Entziehung, die Levinstein im Jahr 1875 eingeführt hat, sieht das abrupte Absetzen der Morphinzufuhr vor, wobei der Patient zuvor einwilligen muss, gegebenenfalls auch gegen seinen Willen in der Klinik festgehalten zu werden. Die Räume hat Levinstein so konzipiert, dass eine Selbstmordgefährdung weitestgehend ausgeschlossen werden kann.²⁶¹

Krafft-Ebing hingegen warnt vor der „plötzlichen“ Entziehung, die er als „grausam, nicht ungefährlich“ einstuft und in der er gleichzeitig auch ein höheres Rezidivrisiko sieht.²⁶² Erlenmeyer bezeichnet die Methode als „obsolet“²⁶³ und auch Kraepelin weist auf die Gefahren einer abrupten Entziehung hin, vor allem auf die der schweren Kreislaufkollapszustände.

Burkart spricht sich seit 1877 für die langandauernde „allmähliche“ Entziehung aus (3-4 Wochen), die mit weit weniger für den Kranken gefährlich werdenden

²⁵⁷ Vgl. Kraepelin (1896) S. 401.

²⁵⁸ Vgl. Oppenheim (1905) S. 1416.

²⁵⁹ Vgl. Erlenmeyer (1887) S. 124-137.

²⁶⁰ Vgl. Oppenheim (1905) S. 1416.

²⁶¹ Vgl. Scheffczyk (1997) S. 28.

²⁶² Vgl. Krafft-Ebing (1903) S. 558.

²⁶³ Zitiert von Friedländer (1913) S. 14.

Entzugserscheinungen behaftet sei. Bei dieser Methode erfolgt eine nach einem Plan festgesetzte Dosisreduktion der Morphinumdosierung, wobei die Injektionen zwei- bis viermal täglich verabreicht werden. Zunächst wird die Tagesdosis täglich in größeren Schritten von 0,3 bis 0,2 g reduziert, später dann in etwas kleineren Schritten zwischen 0,01 bis 0,005 g pro Tag.²⁶⁴ Daneben empfiehlt Burkart zur Erleichterung der Entziehung, das entzogene Morphinum durch die orale Gabe von Opium zu ersetzen. Er bezeichnet dieses Vorgehen als „das eigentlich Charakteristische“ und als „Kernpunkt“ seiner Therapie.²⁶⁵ Kraepelin hingegen findet wenig Verständnis für die Substitution mittels Opium und sieht einfach nur den Morphinummissbrauch durch Opiummissbrauch ersetzt.²⁶⁶

Eine Art Mittelweg zwischen der „allmählichen“ und der „plötzlichen“ Entziehungsmethode stellt die sogenannte „schnelle“ Entziehung nach Erlenmeyer dar, welche von Kraepelin als die „in der That für die überwiegende Mehrzahl der Fälle am angemessenste“²⁶⁷ Methode oder auch von Friedländer als „die bis heute am meisten geübte Methode“²⁶⁸ den anderen Verfahren gegenüber präferiert wird. Die Behandlungsdauer beträgt 1 bis 2 Wochen. Dabei wird die Morphinumdosierung, die für das Wohlbefinden des Kranken erforderlich ist, sofort auf die Hälfte oder auf ein Drittel reduziert und anschließend schrittweise auf Null herunterdosiert. Kleine Dosen von 0,3 bis 0,5 g Morphinum werden innerhalb von 3 bis 6 Tagen und größere Dosen ab 1 bis 1,5 g innerhalb von 8 bis 10 Tagen entzogen.²⁶⁹

Um die Entziehungskur zu erleichtern, kommen unterstützend verschiedene pharmakologische und physikalische Maßnahmen in Betracht. Typische Medikamente, welche für die Erleichterung der Abstinenzsymptome genannt werden, sind *Brom*, *Trional*²⁷⁰, *Codein*, *Belladonna*, *Chinin*²⁷¹ (Oppenheim empfiehlt den Einsatz „nur versuchsweise und immer nur für kurze Zeit“), *Dionin* als Sub-

²⁶⁴ Vgl. Burkart (1880) S. 70-72.

²⁶⁵ Vgl. Burkart (1880) S. 75. Vgl. auch Burkart (1882), S. 48-55.

²⁶⁶ Vgl. Kraepelin (1896), S. 404.

²⁶⁷ Vgl. Kraepelin (1896) S. 403.

²⁶⁸ Vgl. Friedländer (1913) S. 14.

²⁶⁹ Vgl. Friedländer (1913) S. 14

²⁷⁰ Vgl. Krafft-Ebing (1903) S. 558.

²⁷¹ Vgl. Oppenheim (1905) S. 1416.

stitutionsmittel (Fromme)²⁷², *Heroin* (Oppenheim bemerkt jedoch: „doch habe ich davon ungünstige Nebenwirkungen gesehen“).²⁷³ Das Lehrbuch der Pharmakotherapie von Kobert empfiehlt wegen der lebensgefährlichen Kollapsgefahr bei der plötzlichen Entziehung die Anwendung von *Aether, Sekt, Ammoniakalien, Spartein, Kokain und Atropin* als Excitantien sowie den Einsatz von Ersatzmitteln in Form von *Morphin* oder *Opium, Kodein* oder *Trional*.²⁷⁴

Oppenheim weist darauf hin, dass während des Entzugs „großes Gewicht“ auf die „Erhaltung der Kräfte“ gelegt werden müsse, wobei er hierfür den Alkohol (Champagner, Portwein, Cognac etc.) als für „oft kaum zu entbehren“ erachtet, empfiehlt ihn jedoch „recht zurückhaltend“ zu verabreichen.²⁷⁵

Als physikalische Maßnahmen werden verschiedene Bäder (beispielsweise mit kalten Übergießungen), Massagen,²⁷⁶ Eisanwendungen auf den Kopf, lokale Kälteapplikationen²⁷⁷ usw. empfohlen.

„Mit der Entwöhnung vom Morphinum ist die Kur keineswegs beendet.“²⁷⁸ Dass einer erfolversprechenden Behandlung der Morphiumsucht nicht durch die alleinige Entziehung genüge getan werden kann, ist auch den Ärzten des ausgehenden 19. Jahrhunderts bekannt. Oppenheim empfiehlt dem Kranken, der seiner Meinung nach „noch nicht in die gewohnte Umgebung, in seine Berufssphäre zurückkehren“ dürfe, nebst ärztlicher Überwachung „im Anschluss an die Entziehung eine Seereise“ zu unternehmen.²⁷⁹

Krafft-Ebing hingegen erkennt ganz richtig:

„Die Ursachen, um deretwillen der Kranke zum Morphinisten wurde, müssen beseitigt, die letzten Spuren der Intoxikation und der Abstinenz getilgt und die Persönlichkeit muss moralisch und physisch widerstandsfähiger gemacht werden. Zu diesem Zwecke sind Wochen, selbst Monate der Nachbehandlung nötig. Ist die Erfüllung dieser Indikationen nicht möglich, so sind Rezidive unvermeidlich.“²⁸⁰

²⁷² Vgl. Oppenheim (1905) S. 1416.

²⁷³ Vgl. Oppenheim (1905) S. 1416.

²⁷⁴ Vgl. Kobert (1892) S. 471.

²⁷⁵ Vgl. Oppenheim (1905) S. 1416.

²⁷⁶ Vgl. Oppenheim (1905) S. 1417, Krafft-Ebing (1903) S. 558, Kobert (1892) S. 471.

²⁷⁷ Vgl. Kraepelin (1896) S. 404.

²⁷⁸ Vgl. Krafft-Ebing (1903) S. 559.

²⁷⁹ Vgl. Oppenheim (1905) S. 1416.

²⁸⁰ Vgl. Krafft-Ebing (1903) S. 559.

Kraepelin sieht ebenfalls die Gefahren des Morphinismus durchaus noch nicht gebannt und empfiehlt dem Patienten deshalb „jede Schwankung seiner nervösen und psychischen Widerstandsfähigkeit genau zu beachten und sich mindestens ein Jahr lang nach beendeter Cur in irgend einer Form unter eine gewisse Ueberwachung zu stellen, welche jede Neigung zum Rückfalle im Keime erstickt, sei es Familie, sei es Gesellschaft eines zuverlässigen, eingeweihten Freundes.“ Ebenso warnt er eindringlich vor jeglicher Morphiumeinspritzung in der Zukunft, da er darin die große Gefahr des Rückfalls erkennt.²⁸¹

*Die Bedeutung der Kokaintherapie beim Morphiumentzug*²⁸²

Die seit 1878 in Amerika erstmals diskutierte Anwendung von Kokain, einem Extrakt der Kokapflanze (*Erythroxylon Coca*), zur Erleichterung der Morphiumentziehung, weckt Anfang der achtziger Jahre in Europa zunehmend das Interesse.²⁸³ Die ursprünglich in Mittel- und Südamerika heimische Kokapflanze wurde bereits von den Inkas für religiöse Zwecke benutzt. Im Jahre 1860 gelang erstmals dem Chemiestudenten *Albert Niemann* (1834-1861) die Isolation des Kokains, wobei zunächst unklar blieb, ob es sich dabei um die Wirksubstanz der Koka handelte. Erste Berichte Ende 1883 über die positive Wirkung von Kokain bei Soldaten wecken das Interesse von Sigmund Freud (1856-1939). Im Selbstversuch prüft er die physische und psychische Wirkung des Stoffes. Freud befasst sich von April 1884 bis 1887 mit dem Kokain und veröffentlicht mehrere Schriften dazu. Vor allem sein Aufsatz „Über Coca“, der im Jahr 1884 in „Heitlers Centralblatt für die gesamte Therapie“ in Wien erscheint, erweckt die Aufmerksamkeit der Fachwelt.²⁸⁴ Freud sieht verschiedene Anwendungsgebiete für Kokain: Er empfiehlt Coca als Stimulans, bei Störungen der Magenverdauung, in Fällen von Kachexie, gegen Asthma, als Aphrodisiakum, zur örtlichen Anwendung und zur Morphiump- und Alkoholentwöhnung.²⁸⁵ Durch die langjährige Morphiumpabhängigkeit seines geschätzten Freundes und Kolle-

²⁸¹ Vgl. Kraepelin (1896) S. 405 f.

²⁸² Vgl. zu diesem Thema auch die Arbeit von Stefan Scheffczyk (1997): „Die Kokaintherapie der Morphiumpsucht am Beispiel des Sanatoriums Bellevue in Kreuzlingen (1884-1887).“

²⁸³ Vgl. Hirschmüller (1996) S. 302.

²⁸⁴ Vgl. Freud (1884e).

²⁸⁵ Vgl. Freud (1884e) S. 16-24.

gen Ernst Fleischl von Marxow (1846-1891), einem bekannten Wiener Physiologen, angeregt, beschäftigt sich Freud insbesondere mit der Kokaintherapie zur Unterstützung des Morphiumentzugs.²⁸⁶ Vor allem die Gefahr der gefürchteten Kollapszustände im Rahmen der „plötzlichen“ Entziehung, sieht Freud durch den Einsatz von Kokain gemindert. Ein weiterer Vorteil ist seinen Einschätzungen nach der Umstand, dass Abstinenzerscheinungen unterdrückt werden können. Somit bleibt der Patient arbeitsfähig und eine Entzugstherapie wird ambulant zu Hause durchführbar. Insgesamt schien sich die Entziehung durch die Anwendung von Kokain nicht nur sicherer zu gestalten, sondern auch schneller und unkomplizierter.²⁸⁷ Unterstützung erfährt Freud durch den älteren Kollegen Heinrich Obersteiner, der ebenfalls in der Behandlung von Ernst Fleischl zu Rate gezogen wird und der ebenfalls eigene Versuche mit Kokain durchführt.²⁸⁸ Obersteiner stellt im Jahr 1884 auf dem internationalen Medizinkongress in Kopenhagen in seinem Vortrag der „Sektion für Psychiatrie und Neurologie“ die Kokaintherapie vor.

Auch Robert Binswanger greift die Empfehlung der Kokaintherapie auf. So werden im Sanatorium Bellevue zwischen 1884 und 1887 insgesamt 18 Entziehungen mit Hilfe von Kokain durchgeführt. Innerhalb von 3-7 Tagen werden 1-5 g Kokain, durchschnittlich etwa 500 mg täglich, subkutan injiziert. Tatsächlich verlaufen die Entziehungsbehandlungen darunter wesentlich schneller, sind komplikationsärmer und weniger unangenehm.²⁸⁹ Im Jahr 1885 publizieren die Kreuzlinger Ärzte Carl Rank und Hermann Smidt mehrfach ihre Ergebnisse, die sie als äußerst positiv einschätzen. Rank lobt das Kokain als „ein höchst schätzbares, dieselbe [Morphiumentziehung] bedeutend erleichterndes und abkürzendes, geradezu unentbehrliches Mittel ohne nennenswerte üble Neben- und Nachwirkungen.“²⁹⁰ Widerspruch jedoch finden Rank und Smidt bereits im Jahr 1885 in Erlenmeyers Publikation, in der dieser die positiven Resultate der Kreuzlinger Ärzte anzweifelt. Er steht der Kokaintherapie sehr kritisch gegen-

²⁸⁶ Vgl. Hirschmüller (1996) S. 302 ff.

²⁸⁷ Vgl. Scheffczyk (1997) S. 56.

²⁸⁸ Vgl. Fichtner und Hirschmüller (1988) S. 118; vgl. auch Freud (1996).

²⁸⁹ Vgl. Hirschmüller (1996) S. 304 f. und Scheffczyk (1997).

²⁹⁰ Rank (1885).

über und widerspricht der Freudschen Theorie, beim Kokain würde es sich um einen Antagonisten des Morphiums handeln. Erlenmeyer sieht im Kokain vielmehr ein Substituens und kommt nach seinen Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass das Kokain bei der Behandlung Morphiumsüchtiger nutzlos sei.²⁹¹ - Erlenmeyer, wohl der entschiedenste Kritiker der „Kokaintherapie“, erkennt darin, wie er sagt, „gewaltigen Feind“ und warnt eindringlichst vor der Kokainsucht durch die Anwendung von Kokain beim Morphiumentzug:

„Die Cocainsucht hat sich der Trunksucht und der Morphiumsucht als würdige dritte Geißel der Menschheit angeschlossen. [...] Gelingt die Substituierung des Morphiums durch Cocain, so hat er den Teufel mit Beelzebub vertrieben; er ist das Morphiium los, das Cocain hält ihn aber erst recht fest.“²⁹²

Bis Ende der achtziger Jahre werden Nutzen und Gefahren der Kokaintherapie kontrovers diskutiert, wobei Obersteiner oder auch andere Kliniker bis über das Jahr 1890 hinaus die Kokaintherapie befürworten.²⁹³

Alcoholismus chronicus

Schlägt man in einem Lehrbuch der Psychiatrie oder Pharmakologie zum Thema Alkoholsucht nach, so wird man in der Regel unter den Begriffen „Akuter Alkoholismus“, „Chronischer Alkoholismus“ bzw. „Alkoholismus chronicus“, „akute Alkoholintoxikation“, „Trunksucht“ oder „Säuferkrankheit“ fündig.

Das Lehrbuch für Psychiatrie von Theodor Kirchhoff definiert das Krankheitsbild folgendermaßen: „Unter dem Namen Alkoholismus bezeichnet man die Gesamtheit flüchtiger und sich verschleppender Krankheitszustände, die durch den Missbrauch alkoholischer Getränke hervorgerufen werden.“²⁹⁴

In Kraepelins Lehrbuch der Psychiatrie aus dem Jahr 1896 findet man den Alkoholismus unter der Überschrift „Die chronischen Vergiftungen“. Kraepelin unterscheidet zunächst die akute Alkoholvergiftung, welche er als „Rausch“ bezeichnet, vom chronischen Alkoholismus. Ätiologisch geht Kraepelin von einer

²⁹¹ Vgl. Scheffczyk (1997) S. 74 f.

²⁹² Vgl. Erlenmeyer (1886).

²⁹³ Vgl. Scheffczyk (1997) S. 141.

²⁹⁴ Vgl. Kirchhoff (1892), S. 512.

angeborenen oder ererbten Veranlagung aus. So werde die „Neigung zum Trinken“ in „hohem Maasse auf die Nachkommenschaft übertragen“. Er stützt seine These auf eigene Beobachtungen, denen zufolge er bei Dreiviertel der Trinker eine erbliche Belastung hat feststellen können. Auf der anderen Seite sieht er Gefahren in staatlichen Einrichtungen und in der geselligen Gewohnheit, vor allem im „flotten“ Lebensgenuss. Gedankenlosigkeit und Unwissenheit der Menschen führten dazu, in Alkohol in erster Linie ein Mittel für die körperliche Leistungsfähigkeit und zur „Stärkung“ des Organismus zu sehen. Kraepelin bezeichnet dies als „gefährlichen Unfug“ und weist seinen ärztlichen Kollegen einen großen Teil der Schuld zu.²⁹⁵ Er geht davon aus, dass durch einen über längere Zeit fortgesetzten Konsum von Alkohol eine gewisse Nachwirkung der Vergiftungserscheinungen dauerhaft zurückbleibe. Es komme zu einer „allmählichen Umwandlung im psychischen Verhalten des Menschen, welche mehr und mehr in das Krankheitsbild des chronischen Alkoholismus hinüberführt.“²⁹⁶ Zu den typischen klinischen Erscheinungen zählt Kraepelin „eine merkliche Herabsetzung seiner [des Trinkers] Arbeitskraft“, eine gesteigerte Ermüdbarkeit, verminderte Konzentration, eine Verarmung der Vorstellungskraft und Abnahme der Urteilsfähigkeit, Gedächtnisstörungen und eine fehlende Krankheitseinsicht. Teilweise komme es zu einzelnen Sinnestäuschungen, in schweren Fällen sogar zum ausgeprägten Schwachsinn. Als wichtigste Erscheinung nennt er jedoch „die sittliche Entartung des Trinkers, das allmähliche Schwinden jener tieferen Beweggründe des Handelns, welche die Einheitlichkeit und Geschlossenheit des Charakters feststehend bedingen.“²⁹⁷ Der Trinker, so Kraepelin, zeichnet sich aus durch eine Schwäche des Willens, der Vernachlässigung seiner Pflichten gegenüber Familie und Gesellschaft und durch mangelnde Einsicht bezüglich der eigenen Verschuldung der Trunksucht. „Hand in Hand mit der sittlichen Verblödung geht eine Erhöhung der gemüthlichen Reizbarkeit, namentlich während der Alkoholwirkung.“ So neige der Trinker zu streitsüchtigem und unflätigen Verhalten, zu Rohheiten, Gewalttätigkeit, Misshandlung und Zer-

²⁹⁵ Vgl. Kraepelin (1896) S. 369 f.

²⁹⁶ Vgl. Kraepelin (1896) S. 363 f.

²⁹⁷ Vgl. Kraepelin (1896) S. 365.

störung. Hinzu komme im Laufe der Zeit eine gewisse Unruhe und Unstetigkeit.²⁹⁸

Krafft-Ebing fasst in seinem Lehrbuch der Psychiatrie unter dem Begriff „Alkoholismus chronicus (Trunksucht) all jene psychischen und physischen dauernden degenerativen Erscheinungen zusammen, die der habituelle Missbrauch des Alkohols hervorbringt.“²⁹⁹ Zu den psychischen Erscheinungen zählt er die Entartung der Sitten und des Temperaments, eine zunehmende Gemüthsreizbarkeit, Zornmüthigkeit, Zustände tiefer geistiger Verstimmung, krankhaften Missmuth, eine auffällige Willensschwäche in der Erfüllung beruflicher und bürgerlicher Pflichten, eine Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit, früh schon eine Gedächtnisschwäche bis hin zum völligen Blödsinn. Außerdem nennt er den bei chronischen Alkoholikern typischerweise als Komplikation im Rahmen einer Psychose auftretenden Eifersuchtswahn. Auch Halluzinationen können vorkommen. Zu den physischen Erscheinungen zählt Krafft-Ebing Zirkulationsstörungen im Bereich des Gehirns, welche zu Kopfschmerzen, Schwindel, Verworrenheit und Benommenheit führen. Daneben komme es zu Störungen im Bereich des sensoriiellen Apparates mit Hyperästhesien, Anästhesien, Halluzinationen, Störungen im Bereich des Gesichts- und Gehörsinns. Auch im Bereich motorischen Funktionen treten frühzeitig Störungen auf: Tremor (v.a. im Bereich der Zunge, der Lippen, im Gesicht und an den Händen), im fortgeschrittenen Stadium paretische Erscheinungen im Facialisbereich, sowie an den Extremitäten. Als häufige Erscheinungen im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung werden Sensibilitätsstörungen in Form von Hyperästhesien, Neuralgien, bis hin zu Analgesien und Anästhesien genannt. Im Rahmen der Organschäden sind Arteriosklerose, Gefäßlähmung, Fettherz, chronischer Magenkatarrh, Leber – und Nierenentartungen festzustellen.³⁰⁰

Bezüglich der therapeutischen Herangehensweise bei der Behandlung von Alkoholikern herrschen unterschiedliche Anschauungen. So gibt es die Gruppe der „Mäßigen“, die den Alkoholgenuss in geringen Mengen befürworten und die

²⁹⁸ Vgl. Kraepelin (1896) S. 366 ff.

²⁹⁹ Vgl. Krafft-Ebing (1879) S. 167.

³⁰⁰ Vgl. Krafft-Ebing (1879) S. 169 ff.

Gruppe der „Abstinenten“ (Kraepelin, Forel, Bleuler, Möbius), die wiederum die „völlige Enthaltbarkeit vom Alkohol in jeder Form“³⁰¹ fordern: „Wenn mir demnach auch die grundsätzliche Verdammung jedes Alkoholgenusses für den gesunden Menschen wesentlich den Werth eines sittlichen Beispiels zu haben scheint, so muss für den Trinker die unverbrüchliche Bewahrung voller Enthaltbarkeit als die nothwendige Vorbedingung seiner Wiederherstellung betrachtet werden.“³⁰² Kraepelin und auch Krafft-Ebing empfehlen, die Behandlung in einem sogenannten Trinkerasyll, also in speziell hierfür eingerichteten Anstalten durchzuführen. Krafft-Ebing erachtet eine Entwöhnung von Alkohol in Privatbehandlung für nicht möglich³⁰³ und vertritt die Auffassung, dass „nur ein mehrjähriger Aufenthalt in Asylen, wo alles was Alkohol heißt, proscribirt ist und der Kranke systematisch dieses Nervenreizes entwöhnt wird“, Hilfe schaffen kann.³⁰⁴ Auch Kraepelin entrüstet sich über manche Arztkollegen, die selbst in Anstalten für Nerven- oder Geistesranke den Trinkern ganz harmlos nach wie vor den regelmäßigen Genuss geistiger Getränke gestatten.³⁰⁵ Trinker, welchen völlig die Krankheitseinsicht fehlt und die nicht bereit sind, sich einer Behandlung zu unterziehen, können, so Kraepelin, zwangsweise einer Entziehung zugeführt werden, indem sie als geisteskrank in eine Irrenanstalt verbracht werden. Dennoch sieht er diese Zwangsbehandlung als nur schwerlich durchführbar, da „der Alkoholismus als psychische Störung gesetzlich bisher keineswegs anerkannt wird“ und fordert in diesem Sinne gleichzeitig die „Nothwendigkeit staatlichen Eingreifens.“³⁰⁶ Bei der Frage nach der praktischen Durchführung der Entziehung empfiehlt Kraepelin durchaus einen plötzlichen Entzug des Alkohols. In besonderen Ausnahmefällen könne jedoch eine bestimmte Menge von Alkohol zur Verhinderung von Kollapszuständen sinnvoll sein. Als Behandlungsdauer sieht Kraepelin in „einigermaßen schweren Fällen“ eine Anstaltsbeaufsichtigung von mindestens einem dreiviertel bis einem Jahr für angebracht. Jedoch müsse die Entscheidung über die Dauer der Therapie ganz individuell

³⁰¹ Vgl. Kraepelin (1896) S. 372.

³⁰² Vgl. Kraepelin (1896) S. 372.

³⁰³ Vgl. Krafft-Ebing (1903) S. 531.

³⁰⁴ Vgl. Krafft-Ebing (1879) S. 172.

³⁰⁵ Vgl. Kraepelin (1896) S. 372 f.

³⁰⁶ Vgl. Kraepelin (1896) S. 373.

von der Persönlichkeit des Kranken und seinen äußeren Verhältnisse abhängig gemacht werden.³⁰⁷

Kirchhoffs Lehrbuch der Psychiatrie vertritt die Auffassung, dass mit einer völligen Wiederherstellung erfahrungsgemäß nicht gerechnet werden könne und man sich daher darauf beschränken müsse, die Krankheitserscheinungen zu mildern. Auch gebe es keine bestimmten Heilmittel oder Heilmethoden. Obwohl er einräumt, dass die dauernde Entziehung des Alkohols den Verfall aufzuhalten vermag, hält er diese für praktisch wenig geeignet, da der Kranke, um dies zu erreichen, sich zu einem dauernden Abschluss von der Welt entschließen müsste, was man ja eher selten täte. So sieht Kirchhoff seine Möglichkeiten folgendermaßen beschränkt: „Seine Entfernung [die des Alkohols] steht nicht in unserer Macht, um so mehr müssen wir streben, seiner Ausbreitung durch Verbesserung der Hygiene zu begegnen.“³⁰⁸

7.1.3. Die Krankengeschichten

*Friedrich P. (1403)*³⁰⁹

Friedrich P., 45 Jahre alt, Professor der Zoologie, wird Mitte Mai 1896 aus der Irrenheilanstalt in Jena auf die Bitte Otto Binswangers hin in die Kuranstalt Bellevue übernommen. Vorangegangen war bereits ein 1-monatiger Aufenthalt in der Irrenheilanstalt Jena, in welcher mit einer Entziehungsbehandlung begonnen worden war. Es folgten ein 6-monatiger Aufenthalt in der Privatklinik von Otto Binswanger und ein erneuter ca. 1-monatiger Aufenthalt in der Irrenheilanstalt Jena.

Aus dem Einweisungsschreiben, welches im Auftrag Otto Binswangers von einem Dr. Warda verfasst wurde, erfährt man, dass der Patient an einer „halluzinatorischen Paranoia im Anschluss an chronische Malaria, mäßigen Alkoholismus und Morphinismus“ leide, wobei ihn Otto Binswanger für „durchaus gesellschaftsfähig“ hält. Er schlägt eine Unterbringung im sogenannten Mittelbau, d.h.

³⁰⁷ Vgl. Kraepelin (1896) S. 373 f.

³⁰⁸ Vgl. Kirchhoff (1892) S. 529.

³⁰⁹ Die Namen der Patienten sind anonymisiert.

in keiner geschlossenen Abteilung, vor, hält jedoch die Zuweisung eines Privatwärters für erforderlich: „[...] namentlich da zu befürchten wäre, dass er auf Grund von Stimmen plötzlich fortreist, wie er vor einigen Wochen unvermutet von hier nach Leipzig gefahren ist.“³¹⁰ Zusätzlich existiert in der Krankenakte ein von Otto Binswanger ausgestelltes „Ärztliches Zeugnis“, in welchem dem Patienten eine „hallucinatorische Paranoia infolge Morphiummissbrauchs“ bescheinigt wird. Aus der Anamnese erfahren wir, dass der Patient zwar ein „schwächliches Kind“ war, jedoch „nie wesentliche Krankheiten durchgemacht“ habe. Als Schüler sei er eine zeitlang nervös gewesen. Er soll nicht viel getrunken, dafür aber viel geraucht haben. Vor seinem Universitätsstudium ging er als Avantgarder zum Militär und nahm im Jahr 1871 an der Belagerung von Paris teil, wo er sich den Tripper zuzog. Später studierte er dann Medizin und Zoologie. Er erwarb sich die akademischen Grade Doktor der Medizin, Doktor der Philosophie und habilitierte sich im Jahr 1880 im Fachgebiet der Zoologie.

Im Rahmen seiner vielen Reisen, vor allem nach Nepal, erkrankte er im Jahr 1884 an Malaria. Er sei „damals schwer krank“ gewesen. Seit 1879 leidet der Patient an einer rheumatischen Erkrankung mit häufig rezidivierendem Befall der größeren Gelenke. Wegen der Gelenkschmerzen griff der Patient dann im Jahr 1886 erstmals zu Morphium. Er soll dann im Verlauf „mehrere Male ganz frei von Morphium“ gewesen sein, nehme nun jedoch seit „2 $\frac{3}{4}$ Jahren ununterbrochen Morphium“. Außerdem soll er im Frühjahr 1894 zusätzlich zeitweise Cocain genommen haben. Der tägliche Alkoholkonsum wird auf „angeblich nur $\frac{1}{2}$ Flasche Wein“ sowie 3-4 Flaschen Bier beziffert. Später erfahren wir aus der Krankengeschichte noch, dass der Patient zugibt, „auch Hyoscin eine Zeit lang gespritzt zu haben.“ Anlass für die erste stationäre Aufnahme in Jena war schließlich eine seit 8 Tagen bestehende halluzinatorische Erregung. Außerdem ist ein Suizidversuch mit einer Lanzette mit starkem Blutverlust dokumentiert. Allerdings ist nicht klar, ob dieser bereits in der Irrenanstalt erfolgte oder schon vorher. Die Kreuzlinger Akte enthält eine vollständige Abschrift der Krankengeschichte aus der Anstalt Jena. Daraus geht folgendes hervor:

³¹⁰ Nr. 1403/2.

Neben Bettruhe wurden dem Patienten zum Zeitpunkt seiner Aufnahme in Jena Morphinum in einer Dosierung von 0,1 Gramm pro Tag sowie abwechselnd 2 Gramm Sulfonal und 1,5 Gramm Chloralhydrat zur Nacht verordnet. In welcher Form die Entziehungskur vonstatten ging, d.h. in welchen Schritten die Dosisreduktion des Morphiums erfolgte, ist leider nicht dokumentiert. Bei seiner Übersiedelung aus der staatlichen Anstalt in Otto Binswangers Privatklinik etwa einen Monat später heißt es lediglich: „Hier wird in einigen Wochen die Entziehung beendet.“

Ansonsten litt der Patient an Gehörhalluzinationen, welche anfangs als „sehr zahlreich“ bezeichnet wurden. Auch während des zweiten Jenaer Aufenthalts etwa ein halbes Jahr später bestanden die Beschwerden fort:

„Heute hörte er von ganz heiliger Stimme: „Du bist gerecht und gerettet.“ Hörte von der Stimme seiner Mutter, dass er der letzte M. sei. Das hat er schon lange aus den Familienpapieren gewusst. Schon vor Weihnachten sagte eine Stimme: „Hier stirbst Du als letzter Spross des einst kgl. Hauses M.“ Sein Stammbaum gehe bis auf Noah. Christus war einer seiner Vorfahren. Seitdem er im vorigen Jahre den Arm gebrochen und sich dabei wohl eine Hirnerschütterung zugezogen, höre er die Offenbarungen. Gleich darauf: Erst seit Monaten habe er Offenbarungen. Visionen bestritten.“¹⁾ Nach Angabe der Gattin führt thatsächlich die Familie des Pat. ihren Stammbaum auf eine franz. Adelsfamilie M. zurück.“

Neben dem Stimmenhören litt er aber offenbar auch an einer Art Verfolgungswahn, was aus einer Eintragung einen Monat später, kurz vor seiner Übersiedelung nach Kreuzlingen, hervorgeht:

„Sehr viel Stimmen. Zweifelt gar nicht an unnatürlicher Beeinflussung. Spricht davon, die Angelegenheit dem Staatsanwalt zu übergeben.“

Nach den insgesamt 8-monatigen Klinikaufenthalten in der Irrenheilanstalt Jena sowie in der Privatklinik Otto Binswangers wird Friedrich P. schließlich „zu seiner Wiederherstellung“ im Bellevue aufgenommen. Es ist davon auszugehen, dass inzwischen die Morphiumentziehung abgeschlossen ist und somit seine weitere Erholung im Vordergrund der Behandlung stehen soll. Nach wie vor dominiert die halluzinatorische Komponente im Sinne einer paranoiden Erkrankung das Krankheitsbild von Friedrich P. Nach eigenen Angaben des Patienten sei er zwar „in der Unterhaltung & Lectüre davon so gut wie frei“ und „er müsse

schon scharf hinhören, um etwas zu bemerken“, werde aber besonders nachts noch von Stimmen geplagt. Schließlich wird jedoch zum eigenen Schutz des Patienten eine vorübergehende Verlegung in die geschlossene Abteilung Waldegg erforderlich, da er, durch die nächtlichen Verfolgungen so sehr irritiert, seiner Frau gegenüber suizidale Absichten äußert.

Höchst erstaunlich erscheint die Tatsache, dass der Patient für zwei Wochen, offenbar zur Stimmungsaufhellung, Opium erhält. Dieses wird zunächst in einer Dosierung von 0,2 Gramm gegeben, dann über 0,12 und 0,08 Gramm wieder ausgeschlichen und abgesetzt, um schließlich durch Chinipillen ersetzt zu werden. Dieses erfolgt angeblich „ohne Mühe“. Weshalb die Kreuzlinger Ärzte das Risiko eingingen, einem morphiumabhängigen Patienten nach erst kürzlich erfolgter Entziehungskur das morphinhaltige Opium zu verabreichen, ist aus heutiger Sicht nur schwer nachzuvollziehen. Zwar zählten seinerzeit Unruhezustände, Schlaflosigkeit und eine depressive Stimmungslage durchaus zum Indikationsspektrum von Opium, doch erscheint dessen Verabreichung in diesem Fall äußerst eher riskant als hilfreich. Schließlich standen durchaus Alternativen zur Verfügung, man denke beispielsweise an Chloralhydrat, Bromide oder Chinin. Obwohl Morphium als der Hauptwirkstoff des Opiums erkannt worden war und man infolge der Kenntnisse über die Wirkungen von Morphium als logische Konsequenz Opium auch der Klasse der suchterzeugenden Substanzen hätte zuordnen müssen, stellt Kreutel fest, dass dies dennoch seinerzeit nicht der Fall war.³¹¹

Doch beschäftigen wir uns etwas genauer mit dem Beschwerdebild des Patienten. Zunächst liegt als Grunderkrankung eine etwa zehnjährige Morphiumabhängigkeit vor, zu welcher noch Alkohol-, Cocain- und Hyoscinmissbrauch hinzukommen. Heute sprechen wir bei solchen Konstellationen von Polytoxikomanie. Was aber Friedrich P. letztlich in die Klinik geführt hat, scheint weniger die Suchtproblematik gewesen zu sein als vielmehr eine akut aufgetretene halluzinatorische Erregung. Ob es sich dabei tatsächlich um eine akute und neu aufgetretene Halluzination handelt oder ob der Patient schon über einen längeren

³¹¹ Vgl. Kreutel (1988) S. 255 f.

Zeitraum hinweg darunter gelitten hat, kann man allenfalls vermuten. Gehen wir zunächst davon aus, dass es sich um ein akut aufgetretenes Symptombild handelt und versuchen wir herauszufinden, ob dies auf die Grundkrankheit, die Morphium- und Alkoholabhängigkeit, zurückgeführt werden kann. Ganz offensichtlich sahen die Kreuzlinger Ärzte diesen kausalen Zusammenhang, wurde doch die Diagnose „Paranoia ex Morphinismo“ in der Krankenakte notiert. Dabei ist anzunehmen, dass die Diagnose aus dem ärztlichen Zeugnis Otto Binswangers übernommen wurde.³¹²

Zieht man die zeitgenössische Literatur heran, so findet man keinen eindeutigen kausalen Zusammenhang zwischen chronischem Morphinmissbrauch und dem akuten Auftreten einer halluzinatorischen Paranoia beschrieben. Im Lehrbuch der Psychiatrie von Theodor Kirchhoff findet man lediglich die Anmerkung, dass „gelegentlich, namentlich in den Zeiten der Abstinenz“ auch Sinnes-täuschungen vorkommen können. Gleichzeitig stellt er aber fest, dass die chronische Morphinvergiftung „kaum je zum Blödsinn“ führe; „wo es der Fall zu sein scheint, wird man eine andere Psychose daneben vermuthen dürfen.“³¹³ Wir erinnern uns an dieser Stelle, dass bei Friedrich P. die Halluzinationen nicht während einer Abstinenzphase erstmals auftraten, sondern während seines Morphinkonsums. Erst später wurde eine Entziehung vom Morphin begonnen. Schon eher würden die Symptome des Patienten zum Bild des „alkoholischen Irreseins“ infolge chronischen Alkoholmissbrauchs im Sinne eines halluzinatorischen Wahnsinns bei Trinkern passen. Kraepelin beschreibt diese Erscheinung, die er als „keine sehr häufige Krankheit“ bezeichnet, als einen sich akut entwickelnden Zustand mit Verfolgungswahn auf dem Boden von Gehörtäuschungen bei nahezu völliger Klarheit des Bewusstseins. Der Beginn sei in der Regel ein plötzlicher. Der Kranke höre, häufig zunächst nachts, verschiedene unbestimmte Geräusche, Rauschen, Glockenläuten usw., dann auch einzelne Äußerungen oder ganze Gespräche, welche sich mit seiner Person beschäftigten. Die Stimmen schienen von der Straße, vom Gang, aus dem Nebenzimmer zu tönen, teilweise flüsternd, aber auch mit vollkommener sinnlicher Deut-

³¹² Vgl. 1403/4.

³¹³ Vgl. Kirchhoff (1892).

lichkeit. Zum Teil würden sie nur mit einem Ohr wahrgenommen. Meist handle es sich um die Stimmen Bekannter oder aber sie würden vom Kranken bestimmten Personen, Polizisten, dem Staatsanwalt usw. zugeschrieben. Inhaltlich würden die Stimmen als unangenehm charakterisiert, enthielten Vorwürfe, Drohungen etc. Das Bewusstsein des Kranken beschreibt Kraepelin als kaum getrübt, er sei orientiert, das Denken folgerichtig, und er sei in der Lage, seine Krankheitserscheinungen zusammenhängend wiederzugeben. Eine Krankheitseinsicht bestehe jedoch nicht. Kraepelin unterscheidet nach dem jeweiligen Verlauf der Erkrankung eine akute und subakute Form, wobei die Grenze unscharf sei und es Übergänge gebe. Bei der akuten Form komme es nach zwei bis drei Wochen zu einer plötzlichen Genesung, während die subakute Form sich über mehrere Monate hinziehen könne, teilweise mit vielfachen Nachlässen und Verschlimmerungen. So würden das Auftreten von weiteren Sinnes-täuschungen neben den Gehörhalluzinationen sowie das Auftreten von Größenideen neben dem Verfolgungswahn auf eine längere Krankheitsdauer hindeuten.³¹⁴

Kehren wir also zurück zu Friedrich P. und seinen Beschwerden. Übereinstimmend stellen wir folgende Punkte fest: Der Erkrankungsbeginn war ein plötzlicher. Der Patient leidet vor allen Dingen an Gehörtäuschungen („Es sei entweder eine Erkrankung seines Gehörorgans oder ein von außen zugeführtes, frevelhaftes Spiel mit seinem Gehörorgan“, so ein Erklärungsversuch des Patienten selbst³¹⁵) und schreibt die von ihm gehörten Stimmen Dritten zu: „Meiner subjektiven Empfindung nach werde ich nämlich durch dritte Personen von außerhalb beeinflusst, mag es sein durch welchen Stoff es will, vielleicht durch irgendeinen, in einem bisher noch unbekannt gebliebenen Aggregatzustand versetzten, gasförmigen Körper.“³¹⁶ Die Halluzinationen sind teilweise unangenehmen Inhaltes („Du bist ein ganz verlumpter Kerl“), teilweise an Größenwahn erinnernd („Sein Stammbaum gehe bis auf Noah. Christus war einer seiner Vorfahren“). Ansonsten ist Friedrich P. bewusstseinsklar, räumlich orientiert und

³¹⁴ Vgl. Kraepelin (1896) S. 384 ff.

³¹⁵ 441/1403.

³¹⁶ Nr. 441/1403.

scheint keine Krankheitseinsicht zu besitzen. Die Tatsache, dass der Patient über einen längeren Zeitraum hinweg, d.h. seit über einem Jahr, an den Beschwerden leidet, er neben dem Verfolgungswahn auch Größenideen hat, würden ebenfalls zu einer subakuten Form des Alkoholwahnsinns, wie Kraepelin ihn beschreibt, passen. Dennoch scheinen die Kreuzlinger Ärzte dem Alkoholismus wenig Gewicht beizumessen. Jedenfalls finden sich hierfür keine Anhaltspunkte in der Krankengeschichte. Immerhin wurde bei der Aufnahme in der Irrenanstalt Jena folgendes zum Alkoholkonsum von Friedrich P. festgehalten: „Alkoholgenuß angeblich nur ½ Fl. Wein, 3-4 Fl. Bier tgl.“ Das Wörtchen „angeblich“ lässt bereits erahnen, dass der damals behandelnde Arzt durchaus auch eine größere Menge zumindest nicht ausschließen wollte oder konnte. Sollte die Angabe des täglichen, möglicherweise regelmäßigen Alkoholgenusses mit einer halben Flasche Wein und zusätzlich drei bis vier Flaschen Bier korrekt sein, so würden wir heute sicher von einer Alkoholabhängigkeit sprechen müssen. Wertvolle Hinweise darauf, dass bei Friedrich P. neben der Morphiumsucht tatsächlich auch ein größeres Alkoholproblem vorliegt, finden wir im Briefwechsel der Ehefrau mit den behandelnden Ärzten. Sie scheint sehr besorgt darüber zu sein, dass diesem im Bellevue offenbar keine Beachtung geschenkt würde. So bringt sie in ihrem Brief vom 22.05.1896 an Robert Binswanger ihre Sorge darüber folgendermaßen zur Sprache:

„Von seinen Hallucinationen schrieb mir zu heute mein Mann, auch dass er bei seinen Ausgängen sich hie und da ein ganzes Glas Bier oder Wein schmecken ließe. Letzteren hat er ja lange entbehren müssen – Ihr Herr Bruder erlaubte gar keinen Wein zu trinken, auch kein Bier, obwohl mein Mann früher an beides gewöhnt war; in der letzten Zeit bekam mein Mann täglich 2½ - L[iter]-Fläschchen leichtes Bier. Ich möchte Ihren Anordnungen nicht vorweggreifen, erlaube mir aber diese Bemerkung im Interesse meines Mannes.“

Da ihren Hinweisen möglicherweise wenig oder keine Beachtung geschenkt wird, fühlt sie sich ganz offensichtlich gezwungen, das Thema in ihrem Brief vom 07.06.1896, also zwei Wochen später, erneut zur Sprache zu bringen:

„Es ist möglich, dass sein Leiden fortschreitet, in erster Linie schreibe ich aber die Erregungszustände auch dem Weingenuss [zu], der ihm schon seit Monaten nicht mehr gestattet war. Ich weiß nicht, ob es Ihnen, geehrter Herr Doctor, bekannt ist, dass mein armer Mann außer wiederholten Entziehungskuren von Morphium auch solche von Alkohol unter Aufsicht von Ärzten überstanden hat und

und dass er gerade in der letzten Zeit gegen den Durst meist Selterswasser mit Traubensaft bekam. Ich möchte nun meine bereits früher ausgesprochene Bitte, die Ausgaben meines Mannes und seine Correspondenz zu kontrollieren, dringend wiederholen, ersuche auch, ihm keinen Wein oder Cognac etc. auf seinen Touren mit dem Wärter zu gestatten.“

Hier wird die Ehefrau von Friedrich P. noch direkter und weist Robert Binswanger auf die bereits durchgemachten Entziehungskuren vom Alkohol hin. Sie geht sogar soweit, Binswanger klare Vorschriften bezüglich der Behandlung ihres Mannes zu machen.

Dass Robert Binswanger bei der Behandlung Alkoholkranker keinen besonderen Wert auf eine abstinenten Lebensführung legt, wissen wir aus den uns vorliegenden Quellen. So schreibt Smidt im Jahr 1920 folgendes zu den Anschauungen seines Vorgesetzten bezüglich des Alkoholgenusses:

„In den achtziger Jahren wurde Bier den Patienten nahezu ad libitum gratis verabreicht. Der Weingenuss wurde nur beschränkt, wenn er die Grenzen der Mäßigkeit allzu deutlich überschritt. Erst im letzten Jahrzehnt seines Lebens überzeugt er sich, dass Trinker nur durch völlige Abstinenz zu heilen sind, und schränkte auch bei anderen Patienten den Genuss der Alkoholika bedeutend ein.“³¹⁷

Tatsächlich scheint Binswanger dem Abstinenzgedanken ein gewisses Unverständnis entgegenzubringen. In einem Brief an Hermann Sahli (um 1890) macht er deutlich, dass er die Basis der Forelschen Schule als eine „Missachtung des ganzen ärztlichen Standes“ versteht. Er wirft Forel unter anderem vor, seine Richtung repräsentiere lediglich ein Naturheilverfahren, welches keine wissenschaftliche Basis brauche und auch von Laien betrieben werden könne. Er bezeichnet die Forelianer als „fanatische Mönche mit all ihrem Glaubenseifer, ihrer Streitsucht, ihrer Weltfremdheit.“³¹⁸ Da Robert Binswanger ganz offensichtlich kein Anhänger des Abstinenzkonzeptes ist, wird er vermutlich auch im Falle von Friedrich P. wenig Wert auf die Durchsetzung eines strikten Alkoholverbots gelegt haben, wie es dessen Ehefrau forderte. Jedenfalls finden wir keine entsprechende Anordnung in der Krankengeschichte.

³¹⁷ FAB 351 Smidt (1920).

³¹⁸ FAB 443/198.

Nach eigenen Angaben Binswangers umfasst die Behandlung von Morphinisten und Alkoholikern zum einen die Einhaltung einer „bestimmten Curzeit“, die „Begleitung eines Privatwärters“ und das Deponieren der Gelder bei Angehörigen oder bei der Anstalt.³¹⁹ Daneben hält er es für wichtig, „dass auch diese Kranken, solange keine besonderen Entziehungs-Erscheinungen auftreten u. speziell wieder in der Reconvalescenz sich am gesellschaftlichen Leben der Anstalt rege beteiligen.“ Er sieht darin einen „großen Schutz u. eine genaue Controlle für dieselben“.³²⁰

Kehren wir noch einmal zurück zu unserem Patienten Friedrich P. und dazu, was uns von der Anamnese her bekannt ist. Dieser entnehmen wir, dass Friedrich P. neben Alkohol und Morphinium zusätzlich „Im Frühjahr [18]94 zeitweise Cocain“ genommen hat. Könnte man hierin eine Verbindung zu dem paranoid-halluzinatorischen Krankheitsbild finden? Tatsächlich finden wir im Lehrbuch Kraepelins folgenden Hinweis: „Auf der allgemeinen Grundlage der cocainistischen Entartung entwickelt sich überaus häufig das eigenartige Krankheitsbild des Cocainwahnsinns, welcher in vielen Stücken dem früher geschilderten Alkoholwahnsinn ähnelt.“³²¹ Auch hier handle es sich um einen raschen Krankheitsbeginn, es komme zunächst zu einer großen Reizbarkeit, Ruhelosigkeit und Unstetigkeit, bis plötzlich Halluzinationen auf verschiedenen Sinnesgebieten auftreten: „Der Kranke hört Schimpfworte, Anspielungen, Drohungen, Gespräche [...]“. Auch werden Gehörtäuschungen beschrieben, infolge derer der Kranke sich überall bedroht und beobachtet fühle. Man lese seine Gedanken mit Hilfe geheimnisvoller Vorrichtungen. Auch hier bliebe das Bewusstsein klar, die Patienten seien räumlich orientiert und in der Lage, „zusammenhängend und ziemlich geordnet über ihre Vorstellungen und Zustände Auskunft zu geben.“ Kraepelin stellt beim chronischen Cocainismus eine große, unverkennbare Ähnlichkeit mit dem Alkoholismus fest. Vor allem die Sinnestäuschungen und der Eifersuchtswahn ähnelten sich durchaus. Jedoch breche die Cocain-

³¹⁹ FAB 308 Binswanger (1890) Manuskript einer Anstaltsbeschreibung.

³²⁰ Ebenda.

³²¹ Vgl. Kraepelin (1896) S. 408.

entartung weit gewaltiger und unwiderstehlicher über den Menschen herein als der Alkoholismus.³²²

Leider geht aus der Krankengeschichte nicht hervor, ob Friedrich P. tatsächlich nur im angegebenen Zeitraum, also nur kurzfristig, Cocain genommen hatte, oder ob möglicherweise doch über einen längeren Zeitraum ein Cocainkonsum bestanden hat. Die Ärzte im Bellevue scheinen zumindest nicht davon auszugehen.

Fassen wir noch einmal zusammen, was wir von unserem Patienten wissen und versuchen herauszufinden, inwiefern er in das Bild des typischen Morphinisten bzw. Cocainisten aufgrund dessen, was wir über diese Krankheitsbilder in zeitgenössischen Lehrbüchern gefunden haben passt.

Wir haben festgestellt, dass die am häufigsten betroffene Berufsgruppe unter den Morphinisten diejenige der Apotheker und Ärzte ist. Weiter gehen die meisten Autoren von einem primären schmerzhaften Grundleiden aus, das zur Verordnung und schließlich zum Missbrauch des Morphiums geführt hat. Kraepelin sieht daneben den Cocainismus als typische Folge der Morphiumsucht: „Die Entstehung des Cocainismus schliesst sich, wie früher bemerkt, fast immer an einen anfänglichen Morphinismus an. Bei dem Versuche, sich von demselben zu befreien, greift der Kranke mit oder ohne Zureden des Arztes zum Cocain, welches ihm zunächst und ganz vorübergehend Erleichterung verschafft, ihn dann aber wegen der wachsenden Unruhe und Schlaflosigkeit zwingt, zum Morphium zurückzukehren.“³²³

Somit scheint Friedrich P. ein typischer Morphinist zu sein und gut in das charakteristische Bild des Morphiumsüchtigen zu passen: Als Arzt gehört er der besonders gefährdeten Berufsgruppen an, am Anfang stand eine schmerzhaftes Erkrankung (Gelenkrheumatismus), die zum Gebrauch von Morphium als einem potenten Analgetikum führte. Ferner griff auch er zumindest zeitweise zum Cocain, möglicherweise um damit einen Morphiumentzug zu erleichtern.

³²² Vgl. Kraepelin (1896) S. 408 ff.

³²³ Vgl. Kraepelin (1896) S. 411.

Wie eingangs bereits festgestellt, würden wir heute in Anbetracht des vielfältigen, missbräuchlichen Gebrauchs von Morphin, Cocain, Alkohol in doch erheblicher Menge sowie von Schlafmitteln (Hyoscin) vom Krankheitsbild der typischen Polytoxikomanie sprechen. Erschwerend kommt bei Friedrich P. eine paranoid-halluzinatorische Komponente hinzu, die das Beschwerdebild während seines Anstaltsaufenthaltes zu dominieren scheint. Die Tatsache, dass Friedrich P. keinen besonderen Reglementierungen und Kontrollen im Bellevue zu unterliegen scheint, er zudem freien Zugang zu alkoholischen Getränken hat und über große Geldsummen frei verfügen kann, scheint in bezug auf die Suchterkrankung zumindest aus heutiger Sicht eher bedenklich. Eine Erklärung für Robert Binswangers freie Patientenführung könnte sein, dass er Friedrich P. nach seiner Entziehungskur in Jena als „geheilt“ betrachtet und für ihn die Erholung des Patienten im Vordergrund stand. Somit sah Binswanger möglicherweise keinen Anlass für besondere Maßnahmen oder Einschränkungen für den Patienten, von einem Alkoholverbot hielt er ohnehin nicht allzu viel. Hierzu passend wird bei der Entlassung nach dem etwa 4 ½ -monatigen Anstaltsaufenthalt auch lediglich eine gewisse Besserung bezüglich der Nervosität und der Halluzinationen konstatiert, während auf die sicherlich weiterbestehende Suchtproblematik nicht mehr eingegangen wird.

Marie G. (1610)

Marie G. ist eine langjährige Patientin der Kreuzlinger Anstalt, welche regelmäßig das Bellevue aufsucht, um sich hier einer Entziehungsbehandlung von Morphin zu unterziehen. In den Jahren 1887 bis 1895 war sie bereits viermal zur Behandlung im Bellevue, im Untersuchungszeitraum sind es fünf Aufenthalte und in den Jahren 1901 bis 1910 folgten weitere sechs stationäre Behandlungen.

Über Marie G. wissen wir, dass sie mit einem Arzt verheiratet ist, drei Kinder hat und ihr Leben im wesentlichen bestimmt wird von regelmäßigen Entziehungskuren und ebenso regelmäßigen Rückfällen. Als Arztgattin und Angehörige der höheren und gebildeteren Gesellschaftsschicht scheint auch sie in das Bild der „typischen“ Morphinistin zu passen. Wie wir dem Einweisungsbrief von Prof.

Litten aus dem Jahr 1887 entnehmen, wurde Marie G. erstmals wegen eines Pruritus vulvae mit Morphinum behandelt. Später wurde gegen eine Angina pectoris ebenfalls Morphinum eingesetzt, was nach Prof. Littens Einschätzung schließlich zur Morphinumgewöhnung geführt haben soll.

Marie G.s Krankenakte ist voll von reumütigen Briefen an die Kreuzlinger Ärzte, in denen sie immer wieder ihre erneuten Rückfälle beichten muss, versucht, dieselben zu erklären und, auf Verständnis hoffend, um Hilfe bzw. erneute Aufnahme bittet. Typisch für einen Morphiumsüchtigen erscheinen auch die vielfältigen Gründe, die immer wieder zum Griff zur Spritze geführt haben sollen. Mal sind es die Magenschmerzen (1610/17), mal die Kniegelenksentzündung (1610/9), dann der Spritzenabszess, dessen „furchtbare Schmerzen“ nur mit Hilfe von Morphinum zu ertragen waren (1610/12), dann wieder der Catarrh mit Husten (1610/16), welcher mittels Morphinumtropfen behandelt werden muss oder aber die „furchtbare Sorge, Tag und Nacht um meinen geliebten Mann“ (1610/7). Die Beschaffung von Morphinum scheint ohne Probleme möglich zu sein. Entweder bekommt es Marie G. vom Ehemann selbst („Mein Mann gab mir die bekannten Morphintropfen 0,3 M[orphium] auf 30 gr[amm] Mandelwasser“ (1610/16), vom Arztkollegen oder vom Apotheker („Es fing wieder mit einer heftigen Kolik an – der hiesige Arzt gab mir Opium – und als das Fläschchen zu Ende war, machte es der Apotheker mir sofort stets stillschweigend weiter.“ (1610/17)).

Erinnern wir uns an Kraepelins Worte und an die seiner Zeitgenossen, so stellen wir fest, dass dieser freie Zugang zum Opium bzw. Morphinum innerhalb gewisser Gesellschaftskreise bzw. Berufsgruppen durchaus üblich war. Aber wir erkennen darin auch unweigerlich die immensen Gefahren für die Betroffenen, vor denen Kraepelin und viele andere Ärzte mit Recht warnten. Als Arztgattin ist es Marie G. offenbar ein Leichtes, entweder über den eigenen Ehemann, über dessen Kollegen oder den Apotheker Morphinum zu beziehen.

Für die im Untersuchungszeitraum relevanten Aufnahmen sind in der Krankengeschichte zwei Entziehungen ausführlich dokumentiert. Wir wollen diese einmal genauer betrachten und feststellen, in welcher Form die Kreuzlinger Ärzte

den Morphiumentzug vornehmen, wie schnell die Dosisreduktion vonstatten geht und welche unterstützenden Maßnahmen Anwendung finden.

Die Patientin wird am 29. Mai 1896 aufgenommen. Es heißt, sie spritze wieder seit vier Monaten. Als Grund werden Magenkrämpfe angegeben. Die Entziehung beginnt am 1. Juni, also erst drei Tage nach ihrer Aufnahme im Bellevue. Als Ausgangsdosis werden am ersten Tag 0,04 Gramm Morphiurii muriaticum gegeben. Über die folgenden acht Tage hinweg erfolgt die Dosisreduktion in kleinen Schritten von 0,005 Gramm pro die:

Tag 1: 0,04 g Morphiurii
Tag 2: 0,035 g Morphiurii
Tag 3: 0,03 g Morphiurii
Tag 4: 0,025 g Morphiurii
Tag 5: 0,02 g Morphiurii
Tag 6: 0,015 g Morphiurii
Tag 7: 0,01 g Morphiurii
Tag 8: 0 g Morphiurii (Wassereinspritzung)
Tag 9: 0 g Morphiurii (Wassereinspritzung).

Aufgrund von Schlafstörungen werden 1,5 Gramm Trional oder 2,5 Gramm Chloralamid verordnet. Daneben wird das Schlafproblem mittels Hypnose angegangen. Neben den Schlafstörungen und der allgemeinen Unruhe kommt es bei Marie G. zu Magenkrämpfen, welche auch noch Wochen nach dem Entzug immer wieder auftreten. Diese werden mittels Tinctura valeriana, Aqua laurocerasi, Aqua amygdalae amarae, Bismuthum subnitricum, Senfteig, heißen Umschlägen oder CO₂-Magenduschen behandelt. Da offenbar keine dieser Maßnahmen den durchschlagenden Erfolg bringt, werden schließlich Opium-Suppositorien in einer Dosierung von 0,1 Gramm 2 mal täglich verordnet. Diese erhält die Patientin über einen Monat hinweg. Aufgrund einer starken Erkältung mit Bronchitis und Atemnot erhält Marie G. etwa vier Wochen später erneut 0,05 Gramm Opium. Fünf Tage später reist die Patientin ab.

Im Mai des Jahres 1897 wird Marie G. erneut im Bellevue zum Morphiumentzug aufgenommen. Es heißt in der Krankengeschichte, sie spritze seit Mitte März wieder, „bes[onders] infolge von Schlechterbefinden ihres Gatten.“ Als Tagesdosis werden 0,06 Gramm angegeben.

Die Dosisreduktion im Rahmen der Entziehung ist genau dokumentiert. Am ersten Tag erhält Marie G. noch die gewohnten 0,06 Gramm, dann wird über 6 Tage hinweg die Dosis in 0,01 Gramm-Schritten täglich verringert:

Tag 1: 0,06 g Morphinum
Tag 2: 0,05 g Morphinum
Tag 3: 0,04 g Morphinum
Tag 4: 0,03 g Morphinum
Tag 5: 0,02 g Morphinum
Tag 6: 0,01 g Morphinum
Tag 7: 0 g Morphinum.

Da während der ersten Nächte der Entziehung „große Zappeligkeit und Schlaflosigkeit“ bestehen, werden als Schlafmittel Chloralamid und Chloral verordnet. Jedoch bleiben diese ohne Wirkung. Weiter ist dokumentiert, dass erst ab der vierten Nacht mit Hilfe von 2,5 Gramm Chloral das Schlafen möglich wird und ab diesem Zeitpunkt eine Besserung zu verzeichnen ist.

Die nächste Eintragung in der Krankenakte erfolgt erst wieder einen Monat später. Hier ist notiert, dass die Patientin aufgrund von aufgetretenen Magenkrämpfen („[...] meist abends 9½ U. aber auch Tags sehr heftig [...]“) neben Magenausspülungen mit Fachinger 0,2 Gramm Opiumpulver erhält.

Zwei Monate später wiederholt sich das Ganze erneut. Wieder werden der Patientin gegen Magenkrämpfe 0,1 bis 0,2 Gramm Opium verabreicht. Das Opium wird anschließend wieder successive reduziert. Einen Monat später heißt es „[...] keine Pulver mehr.“ Zusätzlich werden die Koliken mit Magenausspülungen, faradischen Bädern, Galvanisationen von Magen und Rücken, Bettruhe und Priessnitz behandelt. Darüber hinaus wird ihr Rauchverbot erteilt.

Versuchen wir die Form der Entziehungsbehandlung den Methoden nach Levinstein, Burkart oder Erlenmeyer zuzuordnen, so stellen wir fest, dass man keiner der empfohlenen Prozeduren genau folgt: Die Kreuzlinger Ärzte haben ihre eigene Methode entwickelt, bei der sie kontinuierlich in 0,005 oder 0,01 g Schritten die Ausgangsdosis täglich verringern. In Abhängigkeit von der Eingangsdosis und den gewählten Reduktionsschritten, erstreckt sich die Morphinentziehung über einen Zeitraum von ein bis zwei Wochen. Damit entspricht ihr Verfahren am ehesten der „schnellen“ Entziehung nach Erlenmeyer. Die Be-

handlung der Entzugserscheinungen wird hauptsächlich medikamentös vorgenommen. Obwohl wir über Robert Binswanger wissen, dass er die „eigentliche Suggestionstherapie, insbesondere die Hypnose, wenn auch nicht ganz, so doch weitestgehend“ ablehnte, wird bei Marie G. zusätzlich der Versuch unternommen, ihr mit einer Hypnose-Behandlung zu helfen. Im Vordergrund der Therapie scheint die rein körperliche Entziehung vom Morphinum zu stehen. Auch wenn darauf Wert gelegt wird, dass die Patienten, sofern es ihre Entzugserscheinungen zulassen, am gesellschaftlichen Leben der Anstalt teilnehmen und nicht isoliert werden, findet man keinen Anhaltspunkt für eine weiterführende Therapie neben oder nach der Entziehungsbehandlung. Ob oder in welcher Form die Patienten auf ein Leben ohne Drogen vorbereitet werden, ob sie auf irgendeine Art und Weise „moralisch“ gestärkt werden, geht zumindest aus den vorliegenden Dokumentationen nicht hervor. Auch scheinen keine Versuche unternommen worden zu sein, die Ursache der Sucht zu ergründen und das Problem von dieser Seite her anzugehen.

Der Umstand, dass die Patientin im vorliegenden Fall in einem Zeitraum von fast 20 Jahren 15 mal die Anstalt aufsuchte, spricht einerseits für, andererseits sicher auch gegen das Binswangersche Behandlungskonzept. Wie aus dem Briefwechsel der Patientin (und ihres Mannes, Nr. 1405) mit den Kreuzlinger Ärzten hervorgeht, bringt ihnen Marie G. größtes Vertrauen entgegen. Trotz der „strafenden Augen“ und Marie G.s Angst „vor all den Vorwürfen, den stummen und beredten“, werden die „in so weitem Maße bewiesene Geduld und Beharrlichkeit“, die „so beglückende Resultate erreicht hat“ in höchsten Tönen gelobt. Alles in allem sind die Briefe der Eheleute G. voll des Lobes und des Dankes an das Ärzteteam und ihre Frauen. Auch wenn, sowohl aus damaliger als auch aus heutiger Sicht, sicher mehr Gewicht auf eine über die körperliche Entziehung hinausgehende Therapie oder Begleitung hätte gelegt werden müssen, so können wir doch nicht endgültig beurteilen, weshalb Marie G. keine dauerhafte Abstinenz erreicht hat.

Bernhard N. (1494)

Bernhard N., 30 Jahre alt und von Beruf Kaufmann, wird Ende Mai 1897 mit der Diagnose „Alcoholismus“ für drei Monate in die Binswangersche Kuranstalt aufgenommen. Leider gibt der Patient selbst „wenige und ungenaue Auskunft“ und „sucht den Alcoholismus zu cachieren“. Seinen Alkoholkonsum gibt er mit 2 Liter leichten Weins pro Tag an. Genaueres über Bernhard N. entnehmen wir dem Brief seines Stiefbruders, eines Konsuls in Venedig, in welchem die Ankunft des Kranken ankündigt. Wir erfahren, Bernhard N. sei „in der letzten Zeit ziemlich heruntergekommen, in Folge zu viel Weintrinkens und obgleich er mir [dem Stiefbruder] wiederholt versprochen hat es aufzugeben, scheint er doch nicht genügend Energie zu haben.“ Den Angaben des Stiefbruders zufolge hat sich Bernhard N. dazu entschlossen, das Bellevue aufzusuchen, „um sich dies abzugewöhnen“, nachdem sie von Binswangers Kur erfahren hatten. Ansonsten wird Bernhard N. von seinem Stiefbruder als ein „herzensguter Mensch“ beschrieben, der selbst wünscht, geheilt zu werden.

Im Aufnahmebefund wird Bernhard N. als schlank, mager mit einer frischen Gesichtsfarbe beschrieben. Er sei „entschieden etwas erregt“, habe einen leichten Tremor der Gesichtsmuskeln sowie einen Tremor manuum. Die Sprache wird als „impulsiv“ bezeichnet, wobei er die Sätze hervorstoße. Das Kopfrechnen sei schlecht. Des weiteren wird eine leichte Hypochondrie festgestellt. Bernhard N. werden zunächst Massagen, Abreibungen und kühle Wickel verordnet. Eine Anordnung bezüglich des Alkoholgenusses lässt sich in der Krankengeschichte nicht finden. Wir erfahren lediglich, dass er, soweit es sein Zustand erlaubt, mit zu Tische geht und auch an einem gemeinsamen Ausflug teilnimmt. Wie wir der Eintragung der Krankenakte entnehmen, ist Smidt zwei Wochen später sehr zufrieden mit seinem Patienten, er sei „sehr wohl. Entwickelt vortreffl[ichen] Appetit“, die Zunge sei rein, Schlaf und Stimmung gut und es sei kein stärkerer Tremor mehr vorhanden. Zum Zeitpunkt der Entlassung dokumentiert Smidt, er habe sich „dauernd gut gehalten“, habe „aber keine Versprechungen für die Zukunft gegeben.“

Ludwig von W. (1676)

Der 31-jährige Gutsbesitzer Ludwig von W. wird Ende Juli von seinem Arzt Dr. Bogatsch persönlich in die Anstalt Bellevue verbracht. Aus seinem Einweisungsschreiben geht hervor, dass Ludwig von W. sich zuvor von Otto Binswanger sowie von Prof. Rossbach in Jena wegen Hysterie hat behandeln lassen. Insbesondere nach einer durchgemachten Influenza-Pneumonie, die mit einer Pleuritis einherging, leide der Patient nun unter verschiedenen hysterischen Beschwerden. Besonders häufig seien Tachykardien und Angstgefühle vorhanden.

Entsprechend den Angaben in der Krankengeschichte werden im Bellevue die Diagnosen einer Neurasthenie und eines chronischen Alkoholismus gestellt. Aus dem Aufnahmebefund erfahren wir unter anderem, dass die Stimmung des Patienten wechselnd sei und er des öfteren unter tränenreichen Depressionen leide. Daneben heißt es, er habe „in letzter Zeit trotz gegentheiligter ärztlicher Verordnung ziemlich viel Alkohol zu sich genommen, bes[onders] um seine Herzschwäche zu korrigieren.“

Wie wir der Tageseinteilung für Ludwig von W. entnehmen, wird neben Massagen, verschiedenen hydro- und elektrotherapeutischen Anwendungen, regelmäßigen Spaziergängen sowie einer kohlenhydratarmen Diät („Wenig Kartoffeln. Keine Mehlspeisen.“) ausdrücklich ein Alkoholverbot angeordnet („Kein Alkohol!“).

Den Eintragungen in der Krankengeschichte zufolge wird das Befinden des Patienten während seines Aufenthaltes von Klagen über die verschiedensten Beschwerden dominiert: Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzschwäche, Angina pectoris), Rücken- und Kopfschmerzen, Kopfdruck, häufig starker Schwindel, Schmerzhaftigkeit der Extremitäten, Schmerzen im Bereich der Leisten, Hoden und der Blase, Lungenschmerzen, körperliche Abgeschlagenheit, Ermüdung usw. Daneben ist Ludwig von W. großen Stimmungsschwankungen unterworfen, sein Aussehen ist wechselnd und sein Verhalten „bei deprimierter Stimmung bisweilen querulierend.“ In einem Brief weist der Hausarzt Robert Binswanger ausdrücklich darauf hin, dass der Patient seine strikten Anweisungen

bezüglich des Alkoholgenusses nur dem Anschein nach auf das Genaueste befolgt habe: „So ließ er sich ohne Wissen der Mutter Wein aus Breslau senden, trank in Gesellschaft der Familie nur das von mir erlaubte Quantum, auf seinem Zimmer aber griff er zu seinem persönlichen Vorrat.“ Bogatsch betont seine Sorge darüber, dass der Patient auch im Bellevue „ohne geeignete Aufsicht ähnliches vollziehen könnte.“

Bemerkenswert scheint, dass im Falle von Ludwig von W. tatsächlich ein Alkoholverbot ausgesprochen wurde und dies auch so dokumentiert ist. Auch wird ihm ein Privatwärter an die Seite gestellt, der ihn während seiner Spaziergänge begleitet. Einer Eintragung zwei Wochen nach seiner Aufnahme entnehmen wir, dass sich Ludwig von W. abstinent hält. Wir schließen daraus, dass von Seiten der Klinik zumindest der Versuch unternommen wird, die Einhaltung des Alkoholverbotes durchzusetzen. Nachdem sich der Patient „gut hält“, wird ihm der Privatwärter einige Tage später genommen. Somit geht offenbar eine wichtige Kontrollinstanz für Ludwig von W. verloren, erfahren wir doch aus der Krankengeschichte einige Wochen später, dass er „in Alkohol zu exzedieren“ scheint. Etwa einen Monat vor seiner Entlassung heißt es dann, der „Pat. will nur wenig Alkohol zu sich genommen haben. Es steht aber bes[onders] infolge den Aussagen von Mitpatienten fest, dass Pat. in letzter Zeit wieder stark in Baccho excediert.“ Es findet sich an keiner Stelle ein Hinweis darauf, dass die Missachtung der Regeln in irgendeiner Weise Konsequenzen für den Patienten nach sich gezogen hätte. Es werden keine Kontrollen bezüglich des Alkoholkonsums erwähnt und auch nicht, dass ein neuer Privatwärter zugeteilt worden wäre. Nach seinem fast 5-monatigen Aufenthalt wird Ludwig von W. entlassen. Wie es zum Zeitpunkt der Entlassung um seine Alkoholsucht steht, ist in der Krankengeschichte nicht dokumentiert. Betrachtet man die Aufzeichnungen über seinen Aufenthalt, so gewinnt man den Eindruck, als hätte er im Bellevue einen netten Kuraufenthalt verbracht, zahlreiche Ausflüge unternommen, sich die Zeit mit Spaziergängen sowie mit „Herren der Gesellschaft“ vertrieben und weiterhin soviel Alkohol getrunken, wie er wollte. So bemerkenswert die Anordnung des Alkoholverbotes zu Beginn der Behandlung ist, so bedauerlich ist doch, dass auf dessen Einhaltung so wenig Wert gelegt wurde.

7.2. Besondere Fälle

In diesem Kapitel werden 10 Krankengeschichten vorgestellt, die wegen der Person des Patienten, wegen seines Krankheitsbildes oder durch die Beziehung zu bekannten Ärzten besonderes Interesse verdienen. Sie wurden aus denjenigen Fällen ausgewählt, welche Hermann Smidt seinerzeit auf den Diagnosekärtchen mit zwei Kreuzchen versehen und ihnen damit eine besondere Bedeutung zugesprochen hat. Diese Krankengeschichten sollen nicht dazu dienen, die vorgestellten Krankheitsbilder auf bestimmte psychiatrische oder medizinische Fragestellungen hin näher zu untersuchen. Vielmehr soll durch sie dem Leser ein weiterer Einblick in das Spektrum der Kreuzlinger Klientel ermöglicht werden.

*1. Julie von Smirnoff, geb. La Roche (1895)*³²⁴

Die Krankengeschichte der jungen Julie von Smirnoff erscheint uns aus mehreren Gründen interessant. Zum einen ist es die persönliche Geschichte der jungen Patientin selbst die unser Interesse weckt, zum anderen aber auch die Tatsache, dass der Fall durch die deutsche und schweizerische Presse ging und schließlich vor Gericht geendet hat.³²⁵

Der Fall berührt darüber hinaus aufs Empfindlichste die Frage nach den Einweisungs- und Internierungsmethoden (vermeintlich) psychisch Kranker in der Binswangerschen Anstalt sowie die Frage nach der Umsetzung der Irrengesetzgebung aus dem Jahre 1897, an dessen Ausarbeitung Robert Binswanger maßgeblich beteiligt war.

Zunächst muss festgestellt werden, dass sich in der Krankenakte kein Krankenblatt befindet und uns somit die Originalkrankengeschichte für unsere Untersuchung des Falls nicht vorliegt. Dafür enthält die Akte neben Bergen von

³²⁴ Im Gegensatz zur sonstigen Praxis wird hier der wirkliche Name der Patientin verwendet, weil sie ihren Fall selbst der Öffentlichkeit vorgestellt hat. Ein Versuch der Anonymisierung wäre hier sinnlos. Der Fall wird in der Dissertation von Julia Würthner (in Vorbereitung) ausführlich diskutiert.

³²⁵ Robert Binswanger verklagte den verantwortlichen Redakteur Martin Vögelin vom „Thurgauer Tagblatt“ wegen Ehrverletzung und Kreditschädigung. Binswanger gewann in allen Instanzen.

Zeitungsartikeln und Prozessberichten einige Briefe und einen Separatabdruck der Schweizer Wochenzeitung mit dem Titel „Irrenanstalt und Millionenerbe - Streiflichter aus einer Basler Millionärsfamilie und einer thurgauischen Irrenanstalt“ aus dem Jahre 1897. Aus den uns vorliegenden Quellen lässt sich nun zusammenfassend folgende Geschichte erzählen:

Die 19-jährige Julie Smirnoff wird am 12. April 1896 der Binswangerschen Anstalt zugeführt. Sie ist in Begleitung ihres Vaters, eines bekannten Basler Bankiers, und zweier Detektive. Ihr Kommen wurde bereits in einem Schreiben des Vaters vom 25.02.1896 angemeldet. Ergänzend liegt ein Einweisungsbrief vom 28.02.1896 vom Hausarzt der Familie, einem Prof. Massini aus Basel, vor. Dieser Brief befindet sich leider nicht mehr im Original in der Akte, dafür wurde er vollständig in der „Schweizerischen Wochenzeitung Zürich“ vom 20.02.1897 abgedruckt. Hieraus erfahren wir, dass Julie sechs Jahre zuvor ihre Mutter verloren hatte und seither von Mägden und einer „dummen Gouvernante“ betreut wurde. Der Vater wird als cholerisch und wenig fürsorglich beschrieben, verkehre mit Maitressen und führe ein eher lasterhaftes Leben. Auch wenn Massini einräumt, La Roche sei „sehr oft heftig“ und biete den Kindern kein „liebliches Heim“, so betont er dennoch seine Überzeugung, eine Misshandlung der Tochter habe nie stattgefunden. Er berichtet darüber, dass Julie sich derzeit mit einem jungen Russen namens Edgar von Smirnoff auf der Flucht befinde, da sich der Vater einer Verlobung und Heiratsabsichten seiner Tochter widersetzt habe. Laut Massini sei Julie ein verdorbenes Mädchen, bei dem er einen zunehmenden Hang zur Lüge feststellen konnte, das „die unerquicklichen häuslichen Verhältnisse in ganz übertriebener Weise aufbauschte.“ Massini bringt abschließend seine Hoffnung zum Ausdruck, „die Disziplin eines Anstaltslebens und die geeignete Behandlung werden die arme Kranke wieder herstellen, dass sie der Gesellschaft wieder kann übergeben werden.“

Der Aufnahme im Bellevue vorausgegangen war die heimliche Vermählung des Paares in England. Kaum wieder in die Schweiz zurückgekehrt, ist der junge von Smirnoff von der Polizei verhaftet worden, während Julie nach Kreuzlingen gebracht wurde.

An dieser Stelle sei ein Auszug aus der von Julie von Smirnoff abgefassten Darstellung der Ereignisse eingefügt, welche am 24. Juni 1896 in der „Straßburger Bürgerzeitung“ erstmals zu lesen war:

„[...] Den 3. Februar ergriff ich die Flucht. Die Misshandlungen, die Trunkenheit und das unsittliche Leben meines Vaters, sowie die Liebe zu Edgar von Smirnoff ließen mich diesen Fluchtplan ergreifen. Ich wandte mich nach Frankreich, während Edgar von Smirnoff in Berlin weilte. Ein Freund Edgar von Smirnovs, Herr Dr. Taunay in Saarburg, bot uns sein Haus an. Von da reisten wir Mitte Februar nach England, um uns trauen zu lassen. Ich war krank, heftige Schmerzen in den Lungen und Blutungen derselben, infolge von schrecklichen Stockhieben seitens meines Vaters, die ich in Basel zu ertragen hatte, erschwerten mir alles, und die größte Schonung, Sorgfalt und Aufopferung meines Gemahls haben es ermöglicht, dass mein Zustand bis jetzt noch ungefährlich ist. In Saarburg, wohin wir nach unserer Trauung wieder zurückkehrten und wo ich seit einiger Zeit nur liegen durfte, überraschte uns eines Tages die Polizei und dann mein Vater. Mein Vater erheuchelte, um seinen Zweck zu erreichen, den gebrochenen Vater, wie er es vor den Menschen sehr oft that. Mein Gemahl und Dr. Taunay wurden verhaftet. Es wurde mir nicht gestattet, meinem Gemahl auch nur die Hand zu reichen. Krank wurde ich bei Sturm und Regen von Herrn La Roche fortgeschleppt. Mein Trauschein, alles war umsonst. Er brachte mich mit gerichtlichen Transporteuren nach Kreuzlingen, Privat-Irrenanstalt (wie in allen Lexikons zu sehen ist). Dort wurde ich am ersten Tag für melancholisch und wahnsinnig erklärt. Mein Vater stieß die schrecklichsten Drohungen gegen mich aus, nur wenn jemand in der Nähe war, gebärdete er sich äußerst liebenswürdig. Ich wurde ins Bett gesteckt und von zwei Wärterinnen Tag und Nacht bewacht. Auf meine beständige Bitte, mir einen Geistlichen zu senden, erhielt ich die höhnische Antwort: „Für was dies, wir stammen ja alle vom Affen ab.“ Die letzten Worte, die mein Vater an mich richtete waren: „Nun, hier kannst du lange sitzen.“ Nur Kaffee und ein trockenes Stück Brot Morgens, eine Wassersuppe Mittags und wieder Kaffee und ein Stück Brot Nachts waren meine Nahrung. Während der 6 Tage, wo ich gezwungen wurde, mein Bett zu hüten, wurde dasselbe nie gemacht. Auf das Befragen des Arztes und des Herrn La Roche sagte ich, dass ich seit einem Monat in anderen Umständen sei. Pulver, 7 jeden Tag, wurden mir eingegeben und Kreuzlingen, auf strengen Befehl Dr. Binswangers, die mir die furchtbarsten Schmerzen verursachten, an denen ich jetzt noch leide. Die Nacht von Sonnabend auf Sonntag sollte meine Erlösung sein. Die Nacht vorher wollte ich schon fliehen, aber es gelang mir nicht. Erstens waren alle Thüren verschlossen und die Wächterin erwachte. Gott hat mir aber geholfen in darauffolgender Nacht. Ich konnte einige Sachen zusammenpacken, ohne dass die Wächterin erwachte, und mich Nachts um 1 Uhr aus dem Zimmer schleichen, die Thüre, die sonst bei Tag und Nacht geschlossen war, fand ich offen. Die Haustüre gehorchte dem Druck meiner Hand und wie ich durch den Garten kam, an das große Thor, stand dasselbe groß offen und ich konnte die Flucht ergreifen. Welch ein Wunder, denn sonst war diese Thüre, wie ich durch mein Fenster sehen konnte, schwer verrammelt. Man kann sich denken, welch seliges Gefühl mich durchzog, als die Mauern der Privat-Irrenanstalt von Dr. Binswanger in Kreuzlingen hinter mir waren. Dass ich geistig normal bin, nicht einmal nervös, bezeugen schriftlich und sind jederzeit bereit, es auch vor Gericht zu bezeugen, zwei tüchtige Aerzte, die mich längere Zeit behandelt haben, worunter Kreisphysikus. Es geht aus diesem unmenschlichen Verfahren, ein eigenes Kind, das geistig vollständig normal ist, in ein Privat-

irrenhaus zu sperren, hervor, dass Erbschaftsangelegenheiten der Grund sein können. [...]"

Im Rahmen der vom Regierungsrat angeordneten Untersuchung des Falles wurde am 7.9.1896 durch den Physikatsadjukt Dr. Kolb ein Bericht verfasst. Aus diesem geht hervor, dass die Aufnahme der Patientin von Robert Binswanger aufgrund des „ausführlichen Zeugnisses von Prof. Massini“, in welchem dieser Julie als „höchstwahrscheinlich psychisch alteriert dargestellt“ hatte, bewilligt worden war. Die Aufnahme erfolgte laut Untersuchungsbericht „zum Zwecke der Beobachtung u. der Feststellung ihres Geisteszustandes.“ Außerdem heißt es weiter, Robert Binswanger habe Massinis Aufnahmegesuch nur in dem Sinne bewilligt, „dass die Kranke bei ihm nicht als in einer Korrekptionsanstalt, sondern als Nervenkranke aufgenommen u. nur, wenn sie freiwillig bleibe u. den betr. Anordnungen sich unterziehen werde.“ Aus der Krankengeschichte der Patientin gingen folgende Befunde hervor: „[...] dass sie dann körperlich leidend in die Anstalt kam, dass dieselbe in allererster Linie körperliche Pflege u. Schonung u. entsprechende medicamentöse Behandlung erlangte, dass psychische Störungen bei allgemeiner u. oberflächlicher Beobachtung gar nicht hervortraten. [...]“ Laut Einschätzung Kolbs sei die Patientin „während ihres ganzen Aufenthalts als körperlich Kranke (lungenleidend)“ behandelt worden, und da sie Fieber hatte und sehr schwach war, sei sie „in ganz korrekter Weise im Bett zurückgehalten“ worden. Das ominöse Pulver, das im Verdacht stand, zum Zwecke der Abtreibung gegeben worden zu sein, stellte sich als „Plumb[um] acet[icum] 0,03 pr. dos.“ heraus, einem seinerzeit völlig gängigen Medikament, welches „allgemein gegen Blutspeien zur Anwendung“ kam.

Zum Vorwurf der Kranken, sie sei wie eine Gefangene strengstens bewacht worden, stellt der Untersuchungsbeamte folgendes fest: „Die Kranke bewohnte mit einer Wärterin, die nur für sie alleine bestimmt war, zwei Zimmer im sog. Mittelbau [...]. Es sind dies zwei Zimmer von mittelmäßiger Eleganz, aber hinlänglich geräumig u. gut möbliert, ohne besondere Sicherheitsvorkehrungen (d.h. ohne Gitter u. dergl.) mit Aussicht gegen den Hof u. das Hauptgebäude Belle-View, nach Lage u. Beschaffenheit sind dieselben durchaus nicht dazu angethan, einen Kranken wider seinen Willen zwangsweise zurückzuhalten o-

der einzusperren; von einer Aussicht auf das angeblich gefürchtete eiserne Portal ist keine Rede; dagegen ist unmittelbar neben dem Mittelbau, gegen die Krone zu, eine breite allzeit offene Einfahrt. Das Entwischen von solchen Lokali-täten war weder ein Helden- noch ein Kunststück.“

Kolb kommt zu dem Ergebnis, dass sowohl in bezug auf die Aufnahmebedin-gungen als auch auf die Pflege und Behandlung der Kranken während ihres Aufenthaltes völlig korrekt vorgegangen worden war und diese „vollkommen ihrem damaligen Zustande“ entsprachen. Auch könne von einer widerrechtli-chen Gefangenhaltung oder Einsperren im Zimmer keine Rede sein. Das Ver-halten der Patientin, das sie während ihres Aufenthalts geboten hatte, stehe außerdem in „grellem Contrast“ zu ihren Schilderungen in ihrer Veröffentli-chung: Vom Wartpersonal des Bellevues soll sie als liebenswürdig, folgsam, zufrieden, mitteilsam und heiter beschrieben worden sein. Basierend auf den im Rahmen seiner Untersuchungen festgestellten Eigenschaften Julie von Smir-noffs erlaubt sich Kolb bei der Patientin eine Verdachtsdiagnose zu stellen: Sie sei eine Person, die „Verschwendungssucht, Schuldenmachen, abenteuerliches Herumreisen, Lügen u. auch [Neigung] zu geschlechtlichen Verwirrungen zeig-te, deren Erziehung einerseits allerdings durch ungünstige Familienverhältnis-se, andererseits aber insbesondere durch ihre persönlichen Anlagen sehr er-schwert wurde, die an Characterschwäche – wie sie sich besonders durch Lü-genhaftigkeit u. Schamlosigkeit kennzeichnet – bietet. Dies sind im wesentli-chen die Merkmale derjenigen psychischen Erkrankungsform, welche kurzweg als „Moral insanity“ bezeichnet wird – eines moralischen und geistigen Schwä-chezustandes.“ Kolb merkt an, dass dies auch der Ansicht Smidts und Binswan-gers entspricht, sie dies jedoch nicht offiziell sagen wollten, da sie in der Kürze der Zeit „wenig eigene Beobachtungen zur Hand hatten.“

2. Graf Zacharias A. (1433)

No 1433

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name: Zacharias A.
Stand: Graf
Alter: 36
Wohnort: Cziffer (Ungarn)
Tag der Aufnahme: 14.VIII. 96
Tag des Austritts: 15. Oktober 1896.
Diagnose:

Zacharias A., 36 Jahre alt, ist ein aus Ungarn stammender Graf, der auf Anraten des bekannten Wiener Arztes und Psychiaters Prof. Wagner-Jauregg³²⁶ hin in Begleitung seines Veters die Binswangersche Anstalt aufsucht.

Der Krankenakte liegt das ärztliche Zeugnis Wagner-Jaureggs bei:

Aerztliches Zeugnis!

Der Gefertigte bestätigt hiermit, dass Herr Graf A. aus C. in Ungarn an periodischen maniakalischen Anfällen leidet und dass derselbe aus diesem Grunde dringend der Aufnahme in eine Irrenheilanstalt bedarf.

Julius Wagner R. v. Jauregg
 Dr. Dr. Prof. d. Psychiatrie
 Wien 20/VIII 96.

Der Krankengeschichte entnehmen wir eine sehr ausführliche Dokumentation der dem Klinikaufenthalt vorausgehenden Leidensgeschichte von Zacharias A. Da es sich teilweise um detaillierte Ausführungen handelt, lässt sich vermuten, dass Smidt diese möglicherweise aus einem Tagebuch übernommen hat, welches entweder Angehörige oder aber der Leibarzt des Patienten geführt haben könnten. Die eigentliche Krankengeschichte beginnt im Jahr 1894: „Im September wurde zuerst eine gewisse nervöse Unruhe bemerkt, Aufundabgehen im Zimmer und Schnalzen mit den Fingern; starker Stimmungswechsel.“ Bereits im Sommer hatte sich Zacharias A.s Aussehen dahingehend zu verändern begon-

³²⁶ Julius Wagner-Jauregg (1857-1940), bekannt für die Einführung der Fiebertherapie in der Psychiatrie. Erhielt 1927 den Nobelpreis für die „Entdeckung der therapeutischen Bedeutung der Malariainpfung bei progressiver Paralyse.“ Seit 1893 Professor für Psychiatrie an der Universität Wien sowie Direktor der I. Wiener Psychiatrischen Klinik.

nen, dass sein Gang gespreizter, die Augen prominenter und die Haare an den Schläfen auffallend grau wurden. Im Herbst ist er unruhig, nervös und man stellt häufige Veränderungen des Gesichtsausdrucks fest. Als im Januar 1895 die Verlobung des Mädchens, für das sich Zacharias A. selbst interessiert hatte, veröffentlicht wird, fasst er den Gedanken, dass es in Wahrheit ihn liebe und zur Heirat gezwungen worden sei. In den folgenden Monaten beschäftigt er sich ständig mit diesem Thema, grübelt viel und ist schlechter Stimmung. Mal glaubt er, das frisch vermählte Ehepaar sei ins Kloster eingetreten, mal dass sie sich scheiden ließe, um ihn zu heiraten. Im April kommt es zu „Sterbebedanken“. Hinzu kommen paranoide Ängste, Beziehungsideen und Größenwahn. Zacharias A. glaubt, „dass man ihn in Budapest schief ansehe“, dann wieder, er müsse sich mit 10 Leuten duellieren, wobei er sich für unverwundbar hält. Die Nachricht vom plötzlichen und etwas mysteriösen Tod des früheren Erziehers lässt ihn an eine Vergiftungstheorie glauben, welche er dann auf sich selbst bezieht. Eine Verfolgungsidee entwickelnd, fürchtet er, von seinem Arzt vergiftet zu werden. Bei dem Versuch des Vaters, den völlig verwirrten Sohn aus Wien aufs Land zu bringen, entflieht dieser und fährt zur Schwester, die ebenfalls in Wien lebt. Nachdem er dort völlig verwirrt und von Verfolgungsideen geplagt einige Tage zugebracht, kommt es allmählich zu einer gewissen Beruhigung: „Dann ruhig, schläft viel, sein Gang aber noch gespreizt, spricht wenig.“ Nach einer kurzen Erholungsphase auf dem Lande kommt es dann Ende Mai erneut zu einer 3 Wochen andauernden Episode mit extremer Unruhe, Erregungszuständen und Verwirrtheit. Hinzu kommen Halluzinationen, eine gesteigerte Betriebsamkeit („Fängt an, Bücher und verschiedene Gegenstände in seinem Zimmer in Reih und Glied zu stellen; macht das Fenster auf und zu...“) und Zornaffekte bis hin zum Gewaltausbruch gegen den Leibarzt. Prof. Wagner-Jauregg, welcher zur Konsultation hinzugezogen wird, verordnet dem Patienten Bettruhe. Diese Anordnung lässt sich jedoch nur schwer in die Praxis umsetzen: „Lässt sich nur schwer im Bett halten.“ Inzwischen glaubt sich Zacharias A. in einer Schlacht, welche er selbst anführt, „er legt sich hin, kommandiert aber fortwährend die Fensterläden auf und zu zumachen; diese stellen die Kanonen vor“. Er schwingt vom Fenster aus das Leintuch, „hält fortwährend patriotische religiöse

Reden, so schön, dass die Kammerdiener vor Rührung weinen“, er verwechselt den Diener mit einem Freund, „hält den Ofen seines Zimmers für Bismarck“, halluziniert und „duldet seine Angehörigen nicht im Zimmer, da er viel zu thun habe.“ Nach einer „tobsüchtigen Erregung“, bei der einiges an Porzellan zu Bruch geht und nach insgesamt „11 ganz schlaflosen Nächten“ erhält der Patient Chinin. Nachdem in den folgenden Tagen die Erregung allmählich wieder abgeklungen und der Patient nun „sehr ruhig“ geworden ist, befindet ihn Prof. Wagner-Jauregg für „psychisch normal, lässt ihn aufstehen.“ Als Medikation erhält er 30 g Chinin und Arsentropfen. Der Zustand des Patienten normalisiert sich zunehmend und es folgt eine 1-monatige klare Zeit: „Besuch von Wagner, der ihn für normal und geheilt betrachtet und annimmt, da Chinin geholfen habe, dass eine Malariaintoxication vorgelegen habe.“ Keine zwei Tage später kommt es zu einem dritten „Anfall“, wieder mit motorischer Unruhe, Schlaflosigkeit, frommer Stimmung, Neigung zum Beten, kindischem Benehmen:

„Zieht den Rock des Kutschers an. Geht tänzelnd herum, bedeckt sich die Augen, wenn er einen roten Gegenstand sieht, schmückt sich den Hut mit Blumen, spricht wie ein ängstliches Kind: „Nicht wahr, man soll sich vor der Nacht nicht fürchten und vor den Visionen soll man nicht erschrecken!““

Der Patient ist zunehmend verwirrt:

„[...] er schleicht durch das Gebüsch, kauert auf der Erde, spricht vor sich hin, sucht einen Knochen auf der Erde, rollt sich im Staub, schneidet Grimassen, springt herum, schlägt aus wie ein Pferd. Singt patriotische Lieder, pfeift, declamiert, lässt die Diener exercieren, verbrennt Banknoten, zündet den Hemdärmel an.“

Schließlich wird Zacharias A. in einem vergitterten Zimmer untergebracht, wo er Scheiben zerschlägt, die Türe zertrümmert, den Ofen demoliert und sich das Gesicht mit Ruß einschmiert. Er bekommt Sulfonal, worauf er nachts schläft. Die etwa drei Wochen andauernde Erregung weicht schließlich einer großen Depression, mit erhöhtem Schlafbedarf, Zurückgezogenheit und dem Bedürfnis allein zu sein. Zacharias A. macht den Umstand des Eingesperrtseins für seinen Anfall verantwortlich und „drängt von C. fort [an den Vater gerichtet]: „Meinetwegen nach Constanz, nur fort hier; packe mich auf und expediere mich, wohin Du willst.“

Zacharias A. wird bei der Aufnahme in der Binswangerschen Kuranstalt als „äußerlich ruhig“ beschrieben, als jemand, der „in der Unterhaltung Anfangs eher still“ ist, sich aber schon bald an seine neue Umgebung gewöhnt, gesprächiger wird und Interesse für „alles mögliche, besonders auch für nationalökonomische Dinge“ zeigt. Der Behandlungsplan im Bellevue beinhaltet morgendliche Abreibungen bzw. Abklatschungen, warme Bäder, Levicowasser, Ruhen, Ausflüge, sowie „Einspritzungen“. Die weiteren Eintragungen in der Krankengeschichte befassen sich im wesentlichen mit der Behandlung einer vier Monate zuvor erworbenen Gonorrhoe. Ansonsten heißt es eine Woche nach seiner Aufnahme, dass das „Allgemeinbefinden gut“ sei. Schließlich wird der Patient nach insgesamt 2 Monaten „mit der Weisung, seine Gonorrhoe noch eine Zeit lang in gleicher Weise behandeln zu lassen, entlassen.“

Aus einem aus Robert Binswangers Feder stammenden Nachtrag gehen folgende Einschätzungen hervor:

„Der Patient ist bis zum 14 ten October hier geblieben u. hat keinen Anfall u. keine Erregung gezeigt. Er wusste, obwohl in einer Separat-Villa untergebracht, dass er in 1 Nervensanatorium sei u. machte auch die entsprechende Behandlung mit. Mit der größten Sorgfalt ließ er sich seinen Tripper curieren. Er besaß mäßige Krankheitseinsicht oder wollte cachieren. Kurz er stellte seine psychischen Erregungen als „Fieberanfälle“ hin u. klagte über die Bevormundung durch seine Eltern in der Krankheit u. wohl mit Recht. Er ist eine träumerische, grüblerische, mehr phlegmatische Natur! Er liest mit Vorliebe in den verschiedensten Disciplinen u. gründlich. Er ist ernst, lebenswürdig im Verkehr. Wenn man seine Vorgeschichte kennt, so denkt man, dass er ein Periodiker sei. Ein Neuropath mit apathischen u. Erregungsstadien.“

Aus heutiger Sicht würden wir von einer schizoaffektiven Psychose ausgehen, wobei der Klinikaufenthalt in der Bellevueschen Anstalt wohl am ehesten in einen freien Intervall gefallen sein dürfte.

3. Kurt H. (1465)

No 1465

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name: Kurt H.
Stand: Kaufmannslehrling
Alter: 20
Wohnort: Augsburg
Tag der Aufnahme: 11.7.92
Tag des Austritts: [14.02.1892]
Diagnose: Epilepsie – Epileptisches Irresein

Weiterer Aufenthalt: 4.02.1897 – 10.07.1897

Kreuzlingen. Am Samstag gegen Abend hieß es, in der Badanstalt sei ein Mann ertrunken aufgefunden worden. So war es auch. Der Verunglückte war Pensionar in der Heilanstalt Bellevue, ein noch junger Herr L. aus Augsburg. Derselbe nahm am Nachmittage unter ärztlicher Aufsicht mit noch andern Pensionären ein Bad und muss dann später ohne Vorwissen des Arztes noch einmal ein Bad genommen haben, wobei er ohne einen Laut ertrank. Da er epileptischen Anfällen unterworfen war, so mag er in einem solchen Momente, nachdem er das Schwimmbassin verlassen hatte, das rasche Todesopfer geworden sein, ohne von den Mitbadenden nur bemerkt zu werden.

Dieser in der Krankenakte befindliche Zeitungsausschnitt berichtet vom tragischen Tod des Patienten Kurt H., welcher sich seit dem 04. Juli 1897 in der Obhut der Kuranstalt Bellevue befand.

Bereits im Jahr 1892 hatte sich der damals 19-Jährige für 7 Monate in der Anstalt aufgehalten, nachdem der Vater des jungen Mannes sich hilfesuchend an Robert Binswanger gewandt hatte. Sein Sohn, „ein kräftiger sehr gesund und frisch aussehender junger Mann“, wie er ihn beschrieb, litt seit seinem 17. Lebensjahr an epileptischen Anfällen. Diese nahmen in seinem 18. Lebensjahr an Häufigkeit zu (drei bis vier Anfälle pro Woche), bis schließlich täglich mehrere Anfälle auftraten. Außerdem waren in den vorangehenden Monaten Versündigungsideen hinzugekommen.

Im Bellevue findet folgende medikamentöse Behandlung statt:

Juni: Brom durchschnittlich 3,0 g/die.
 Abends als Schlafmittel häufig Trional oder Sulfonal 1-1,5 g.
 Juli: Brom 4,0 g/die.

	Erste Hälfte des Monats Schlafmittel wie im Juni.
August:	Brom 3,0 g/die. Kein Schlafmittel mehr.
Ab Sept.:	Atropinpille 0,0001 g/die für 50 Tage. ½ Flasche Bromwasser mit Brom 4,5 g/die.

Außerdem wurden Hypnose und Suggestion durchgeführt. Die Hypnose blieb jedoch „ohne erkenntlichen Erfolg“ und wurde „- weil erfolglos“ – aufgegeben.

Nachdem es anfangs noch zu mehreren Krampfanfällen pro Tag gekommen war, entnehmen wir der weiteren Verlaufsdokumentation, dass „seit dem 29. Oct. kein Anfall mehr“ auftrat. Neben den Anfällen fielen bei Kurt H. außerdem Versündigungsideen, Stimmenhören und Kopfschmerzen auf. Am 14. Februar 1892 verließ Kurt H. die Anstalt. Über seinen Gesundheitszustand bei seiner Entlassung wurde nichts dokumentiert. Wir wissen heute, dass es häufig eine Komorbidität zwischen Epilepsie und psychischen Störungen gibt.

Dem folgenden Briefwechsel des Patienten entnehmen wir, dass es ihm erstaunlich gut ging und er gemeinsam mit seinem Bruder sogar eine neue Wohnung beziehen konnte.

Am 04. Februar 1897 tritt Kurt H., jetzt 24-jährig, erneut ins Bellevue ein. Über den aktuellen Gesundheitszustand des Patienten gibt ein in der Krankenakte vorliegendes Attest von einem Dr. med. F. Dürig aus Moritzbrunn bei Eichstätt, datiert vom 7.2.1897, Aufschluss. Besagter Kollege war Ende Januar 1897 konsultiert worden. Dem Bericht entnehmen wir, dass der Patient „in jüngster Zeit auch eine geistige Störung an den Tag gelegt hat.“ Dürig vermutet hinter diesen Zuständen ein „epileptisches Irresein“ oder „epileptische Äquivalente“ und empfiehlt dringend eine Anstaltsbehandlung. Hierauf erfolgt am 4. Februar 1897 die erneute Aufnahme von Kurt H. ins Bellevue.

Aus der Eintragung in der Krankengeschichte erfahren wir, dass es auf der Fahrt nach Kreuzlingen mehrfach zu „Personenverkennungen“ gekommen war. Der Patient wird sofort auf eine Zelle in der Waldegg (geschlossene Abteilung) verbracht. Nachdem Kurt H. einige Tage später wieder ganz klar ist, wird er in

ein Zimmer im Mittelbau verlegt, wo ihm jedoch ein Privatwärter zugewiesen wird.

Im weiteren Verlauf des Aufenthalts werden mehrmals am Tag epileptische Anfälle dokumentiert. Während einer Nacht erleidet Kurt H. sogar 5 Krampfanfälle. Die Behandlung erfolgt wieder mit Atropinpillen und Bromwasser. Im Verlauf nehmen die Anfälle ab, in den Monaten April bis Juli kommt es nur noch zu insgesamt 7 Anfällen. Ansonsten erfahren wir, dass der Patient sehr viel über seinen Zustand grübelt und versucht, eine Erklärung für die Krampfanfälle zu finden. Er kommt zu dem Schluss, er müsse „von jetzt an einen regelmäßigen geschlechtlichen Verkehr“ pflegen, und zwar „nicht aus allgemeiner Libido, die bei ihm fast gar nicht vorhanden sei, sondern um seinen Kopf zu entlasten“.

Die letzte Eintragung in der Krankengeschichte stammt vom 10. Juli 1897. Hier heißt es: „Pat. ist beim Baden ertrunken, nachdem er sich gegen ärztliche Vorschrift allein aus seiner Cabine ins Wasser begeben und dort einen Anfall bekommen hat.“

Interessant erscheint der nun folgenden Briefwechsel einerseits zwischen Hermann Smidt und Robert Binswanger, welcher sich zum Zeitpunkt des tragischen Vorfalles in Basel aufhält und zwischen Smidt und dem Vater des Verunglückten andererseits. In dem Brief Robert Binswangers vom 13. Juli an seinen Stellvertreter kritisiert er den Umstand, dass der Patient ohne seinen Privatwärter zum Baden geschickt wurde: „[...] Ich habe nur eines zu bemerken, dass Kurt H. einen Privatwärter hatte u. dass es demselben jedenfalls nicht geschadet hätte, wenn er ihn ins Bad begleitet hätte, trotz des begleitenden Arztes.[...]“ Auch ist er verärgert darüber, dass keine Obduktion des Verunglückten durchgeführt wurde. Es ist in der Tat schwer nachzuvollziehen, weshalb Smidt in diesem Fall darauf verzichtet hat, wo doch überhaupt nicht klar war, unter welchen Umständen sich dieser tragische Tod ereignet hatte. Eine Obduktion hätte möglicherweise tatsächlich wichtige Hinweise geben können. So heißt es in dem Brief an Smidt: „[...] so wirst Du Dich erinnern, dass ich immer u. immer auf Sectionen dränge u. dass dieselben in der Abwesenheit dann doch nicht gemacht werden. Im Falle H.s. hätte die Section gewiss werthvolle Aufschlüsse

gegeben!“ In einem Brief an den Vater des Verunglückten versucht Smidt die Schuld für den Unglücksfall folgendermaßen von der Anstalt zu weisen: „[...] Wie Ihnen Ihr Herr Sohn mitgeteilt haben dürfte, hatte unser Kranker in seiner Sorglosigkeit einen Augenblick die Anordnungen des ihn begleitenden Arztes außer Acht gelassen, und der unglückliche Zufall, dass niemand sonst in der Nähe war, führte zur Katastrophe. Ich glaube nicht, dass den begleitenden Arzt ein Verschulden trifft. Er hatte mit ihm das Bad verlassen, dachte nicht daran, dass Herr Kurt dieses eine Mal nicht folgsam sein werde. [...]“ Dass der Sohn zu seinem Schutz einen Privatwärter hatte, dieser ihn an besagtem Tag jedoch nicht begleitet hat (was er laut Robert Binswanger eigentlich hätte tun sollen), wird geflissentlich verschwiegen.

Ein Artikel in der Frankfurter Zeitung³²⁷ über den Todesfall veranlasst den Vater des Verstorbenen, sich am 13. Juli an Robert Binswanger zu wenden. Offenbar beinhaltet der besagte Artikel einige unkorrekte oder auch unerwünschte Angaben, und Herr H. bittet Binswanger, eine Richtigstellung zu veranlassen. So sollen neben dem Alter des Jungen in dem Artikel der erwähnte Zusammenhang zwischen Kurt H. und der Firma des Vaters berichtigt werden. Noch am selben Tag geht stellvertretend für Robert Binswanger folgender Brief an die Frankfurter Zeitung:

An die Redaktion der „Frankfurter Zeitung“

Bezugnehmend auf die Notiz in No. 191 Abendblatt Ihrer geschätzten Zeitung erlauben wir uns zunächst zu [unleserliches Wort; dem Sinn nach: berichtigen], dass Herr H. nicht der Firma H. & A. angehört hatte, sondern Commiss gewesen war. Er war 24 Jahre alt. Ein Arzt begleitete ihn stets ins Bad, so auch am 10. Juli. Er war gemeinsam mit dem Patienten geschwommen u. hatte mit ihm das Bad verlassen. Während sich der Arzt entkleidete, war Herr H. an dem sehr warmen Tage gegen die ausdrückliche Anordnung des ersteren leichtsinnigerweise noch einmal in das Bad gestiegen u. dabei leider, wie in Ihrer Notiz erwähnt, verunglückt.

Hochachtungsvoll zeichnet f. d. Direktion der Couranstalt Bellevue
Dr. Smidt.

Mit der Bitte um gütige Aufnahme.

³²⁷ Dieser Zeitungsartikel liegt im Quellenmaterial leider nicht vor. Es handelt sich um die Ausgabe Nr. 191 im Abendblatt der Frankfurter Zeitung.

Darüber, was es mit diesem Zeitungsartikel in der Frankfurter Zeitung auf sich hat, erfahren wir lediglich aus einem Konzept für einen Brief, welchen Robert Binswanger am 30. August des Jahres an einen Herrn Sonnemann von der Frankfurter Zeitung verfasste. So heißt es eingangs: „Beiliegend übermittle ich Ihnen, mit der Bitte um gefällige Retournierung, 2 Ausschnitte der Frankf. Zeitung aus No. 191 u. 194, welche sich wiederum in höchst unerfreulicher Weise mit meiner Anstalt beschäftigen.“

Wir erfahren, dass es einen Korrespondenten der Frankfurter Zeitung in Konstanz gibt, der bereits mehrfach nachteilige Artikel über die Anstalt Bellevue verfasst hatte: „[...] von einem uns unbekanntem aber uns jedenfalls feindlich gesinnten Konstanzer Correspondenten der F. Z. brühwarm gemeldet werde u. leider in entstellter u. schädigender Weise. [...]“ Robert Binswanger wähnt hinter den letzten beiden Artikeln wieder selbigen Korrespondenten. Er unterstellt ihm eine „böswillige Auslassung“, indem dieser, „[...] die Thatsache, dass der junge H. in Begleitung eines Arztes im Bade war, welche in amtlichen Konstanzer Blättern u. denjenigen des benachbarten Kantons Thurgau hervorgehoben werde, verschwieg [...]“ Binswanger ist aufs äußerste verärgert und stellt sich nicht ganz zu unrecht die Frage, weshalb denn ausgerechnet seine Anstalt und die des benachbarten Hofraths Fischer für eine deutsche Zeitung so interessant sein mögen: „Wenn ich das Vorherige u. das, was ich noch bringen will, zusammenhalte, so wittere ich eben eine böse Absicht der F. Z. gegen meine Anstalt. Es gibt in Deutschland noch 100 Anstalten, warum beschäftigt die F. Z. sich seit mehreren Jahren nur mit meiner Anstalt u. derjenigen des Hofrats Fischer?“ Ansonsten ist Binswanger sehr darum bemüht, jegliche Verantwortung für den Tod von Kurt H. von sich zu weisen:

„Ich hebe hervor, dass der Kranke H. kein blödsinniger Epileptiker war, den Arzt u. Wärter in eine Zelle in der Schwimmanstalt schleppen, sondern ein intelligenter, gebildeter Mann, der nie in Begleitung eines Arztes u. Wärters baden gegangen wäre. Es war ihm durchaus zuzutrauen, dass er die Vorschrift des Arztes, sich gleichzeitig mit ihm auszuziehen, stets beachten würde, was er vorher eben immer gethan hat. Zudem ist nicht nachgewiesen, dass er im Wasser einen epileptischen Krampfanfall bekommen hat. Es ist ebenso leicht anzunehmen, dass der sehr vollblütige u. congestionierte Mann einen Schlaganfall erlitten hat, der ihm über kurz oder lang auch geblüht hätte. Eine Section konnte nicht gemacht werden u. es wundert mich, dass Ihr betreffender Redacteur dies auch nicht getadelt hat.“

Nachdem Binswanger zuvor seinen Mitarbeiter Smidt für die Unterlassung der Obduktion getadelt hatte, stellt er hier lediglich fest, dass diese nicht gemacht werden konnte. Robert Binswangers Verärgerung ist sicher verständlich, fürchtet er doch um den guten Ruf seiner Anstalt. Ebenfalls ist verständlich, dass er nach außen hin betont, dass alles völlig korrekt verlaufen ist, dass das Unglück von Seiten der Anstalt weder absehbar noch vermeidbar war. Daran zweifeln lässt uns lediglich der oben dargestellte Briefwechsel, der unmittelbar nach dem Ereignis zwischen ihm und Smidt stattgefunden hat.

4. Elisabeth B. (1543)³²⁸

No 1543

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name:	B., Elisabeth
Stand:	Privatiere
Alter:	24. wird im Februar 1898 25 Jahre
Wohnort:	Wien
Tag der Aufnahme:	11/XII/97
Tag des Austritts:	25/IX/98
Diagnose:	Acutes hallucinatorisches Irresein (Manisch-depr. Irresein)

Die aus Wien stammende Elisabeth B. ist 25 Jahre alt, als sie mit der Diagnose eines akuten halluzinatorischen Irreseins in der Anstalt Bellevue aufgenommen wird. Sie ist die Tochter von Clara B. (574), einer Patientin Josef Breuers, welche mit der Diagnose einer Hysterie bzw. periodischen Melancholie ebenfalls mehrfach in der Kreuzlinger Anstalt verweilte.³²⁹

Aus der Anamnese erfahren wir, dass bei Elisabeth B. im März des Jahres 1897 zunächst eine leichte Erregung aufgefallen war. Im Juni stellte sich dann eine Depression ein, die von einer inneren Aufregung unterbrochen wurde, sich dann aber zunehmend über drei bis vier Wochen hinweg verstärkte und schließlich bis Oktober gleichbleibend anhielt. In dieser Zeit kam es zu Suizid-

³²⁸ Im Gegensatz zur üblichen Praxis wurde hier auf die bisher angewandte Methode der Anonymisierung verzichtet, da die Mutter der Patientin als Clara B. publiziert ist.

³²⁹ Aufenthalte von Clara B.: 17.4.1883-19.6.1884, 1.6.-1.8.1896, 27.9.1898-7.10.1899, 13.3.1910-24.1.1911. Vgl. Hirschmüller (1978), S. 184 ff.

gedanken. Ab November konnte eine vorübergehende Besserung verzeichnet werden, welche jedoch Ende des Monats durch eine absolute Schlaflosigkeit der Patientin abgelöst wurde. Behandelt wurde diese mit Brom und Opium. Erneut folgte eine sich steigernde Erregung, welche sich ab Dezember bis hin zu Tobsuchtsanfällen steigerten. Zum Aufnahmebefund von Elisabeth B. finden wir in der Krankengeschichte folgende Aufzeichnung:

„Pat. kommt Vormittags 12 Uhr hier an, weiß nicht dass sie in Kreuzlingen ist, welches Pat. kennt, hält den Bodensee für den Comersee, meint in Mailand zu sein. Überführung im Wagen nach Tannegg. Hier verlangt Pat. Waschwasser, weigert sich dann in die untere Abteilung des Hauses zu gehen, Niemand hätte ihr was zu befehlen, sie täte, was sie wollte, viel außer Bett, veranlasst bald dies, bald das, ruft nach ihrem Diener und Mädchen, schimpft über ihre Eltern, der Vater wäre ein feiger Lump, der sie bestohlen und Angst vor ihr hätte. Aggressiv gegen die Ärzte und Wärterinnen. Durch die Kämpfe auf der Reise in Bordighera ist Pat. mit blauen Flecken bedeckt, jede Körperstelle ist bei Berührung empfindlich, Pat. musste im Zug in der Nacht von einem Wagen in den anderen getragen werden, haute, biss und schrie. Nahrungsmittel schlägt Pat. von sich, zertrümmert Gläser und Tassen in denen man ihr Flüssigkeit reicht. Duldet keine Kleider, zieht sich halbnackt aus, nimmt nur ein wollenes Tuch.“

Des weiteren wurde in bezug auf die erbliche Belastung der Patientin folgendes festgehalten: „Mutter Melancholie. In der Familie des Vaters sind oft Zustände sehr schnell abklingender geist. Störungen vorgekommen. 1-2 Tage!“

Die Dokumentation des Krankheitsverlaufs beginnt erst am 28.03.1898. Der Gesundheitszustand von Elisabeth B. ist in den folgenden Monaten geprägt durch Verwirrtheit und extreme Erregungs- und Unruhezustände. Sie ist in einem Isolationszimmer in der Tannegg untergebracht. Sie tobt, schreit, schimpft, zerreißt ihre Kleidung, ist gewalttätig, sie masturbiert, kotet ein. Hinzu kommen starke Halluzinationen. Ein Eintrag vom 15.05.1898 lautet folgendermaßen: „Pat. ganzes Verhalten unverändert. Fortgesetzt unruhig, laut, gewaltthaetig. Halluzinierte stark, beschimpfte vor allem ihre Umgebung...“

Was die Behandlung von Elisabeth B. in dieser schlimmen Krankheitsphase beinhaltete, ist den Aufzeichnungen leider nicht zu entnehmen. Wir erfahren lediglich, dass sie seit April Bäder erhält, so „dass Pat. von morgens früh bis gegen Abend ununterbrochen im Bade ist“. Über deren Wirkung erfährt man: „Die Wirkung ist eine gute, da Pat. während der Nacht seit Einführung der Bä-

der länger ruhig bleibt wie bisher. Auch das Kotschmieren hat seitdem aufgehört, da Pat. regelmäßig meist zweimal ihren Stuhl ins Bad lässt.“

Erst Mitte Juni bessert sich ganz allmählich ihr Zustand. Sie wird insgesamt ruhiger, hat weniger Halluzinationen, schläft ausreichend und wird zunehmend klarer.

Eintrag 28.06.1898:

„Braucht nicht mehr gefüttert zu werden. Isst mit Messer und Gabel. Bekommt heute wieder vollständiges Bett, ist darüber sehr erfreut... Halluziniert noch immer, ist aber nicht mehr erregt.“

Eintrag vom 02.07.1898:

„Ganz ruhig. Stimmung wechselnd, meist leider bisweilen deprimiert. Großes Müdigkeitsgefühl, schläft daher den Tag über viel... Fast vollständiger Erinnerungsdefect für die Erlebnisse während der Krankheit.“

Eintrag vom 20.07.1898:

„Klar und einsichtsvoll... Spricht häufiger von ihrer Zukunft, erzählt aus ihrer Vergangenheit, ist freundlich, wenig reizbar. Kommt nicht mehr gerne auf ihre Krankheit zu sprechen.“

Schließlich kann Elisabeth B. Ende August von der Tannegg ins Bellevue verlegt werden, was denn auch „dem sehnlichsten Wunsch derselben entspricht.“ Nachdem ihr der „Wohnungswechsel vorzüglich bekommen“ ist und in „jeder Beziehung Wohlbefinden“ besteht kann Elisabeth B. nach einem fast zehnmönatigen Aufenthalt am 25.09.1898 die Kuranstalt verlassen: „Reist in bestem Wohlbefinden mit ihrem Vater nach Zürich - Meran ab.“

Dass Elisabeth B. sicher keinesfalls als geheilt zu betrachten ist, lässt schon die Natur der Erkrankung vermuten. Aber auch aus dem Briefwechsel, welcher sich in der Krankenakte befindet, erfahren wir, dass unsere Patientin weiterhin psychiatrischer Behandlung bedurfte. Bereits im folgenden Jahr mussten die konsultierten Wiener Ärzte Josef Breuer und Prof. Wagner-Jauregg eine „manische Erregung leichter Art“ feststellen und sprachen sich für einen „Aufenthalt in einem Sanatorium unter ärztlicher Leitung u. Aufsicht“ aus. Eine Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt wurde zunächst jedoch für nicht nötig befunden.

Des weiteren liegt der Krankenakte ein Brief aus dem Jahr 1901 von einem Dr. Ranke aus der Heilanstalt Obersendling in München vor:

Hochgeehrter Herr College,

Leider hat sich an die ersten relativ günstigen Tage bei Frau *von S* [offenbar ist die Patientin inzwischen verheiratet] ein Zustand schwerer Erregung angeschlossen, der zur Zeit noch in voller Höhe fortbesteht. Die Pflege ist unter diesen Umständen recht schwierig, doch ist bisher der Kräftezustand befriedigend. Fatal ist besonders, dass lebhaft Halluzinationen im Geschmack und Geruch die regelmäßige Ernährung schwierig machen.

Unter hochachtungsvollster Empfehlung zeichne ich mich
Ihr sehr ergebener Dr. Ranke.

Dieser Brief zeigt deutlich, dass die Patientin auch Jahre später keinesfalls als psychisch stabil zu bezeichnen gewesen wäre.

5. Klara H. (1605)

No 1605

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name:	Klara H., gebor. H.
Stand:	Malersgattin
Alter:	45 Jahre gebor. 10/3. 1853
Wohnort:	Meran
Tag der Aufnahme:	29.8.98.
Tag des Austritts:	25/XI 1900
Diagnose:	Hypochondrische Melancholie mit Suicidiumstendenz

Die 45-jährige Malersgattin Klara H. aus Meran wird am 29. August 1898 mit einer schweren Melancholie mit Suizid tendenz in die Binswangersche Anstalt aufgenommen. Nachdem zwei Jahre zuvor zwei ihrer Kinder an einer Vergiftung verstorben waren („angeblich durch Nachlässigkeit ihrer Gouvernante“), stellten sich bei der Patientin zunehmende Depressionen bis hin zur vollkommenen Apathie ein. Nach dem Kauf einer Waffe, mit der Absicht sich zu erschießen, wurde sie zunächst in die Irrenanstalt Inzersdorf bei Wien und später nach Martinsbrunn eingewiesen. Da der herzkranke Ehemann zu Hause „dies ewige Klagen d. Gattin nicht verträgt“ wird sie schließlich in die Kuranstalt Bellevue verbracht. Hermann Smidt beschreibt die Patientin bei ihrer Aufnahme als

eine „ziemlich magere Frau mit müdem Blick u. hie u. da etwas cyanotischen Lippen.“ Weiter heißt es:

„In der Unterhaltung nicht gehemmt, aber stets nur dasselbe Thema behandelnd, sie sei interesselos für Alles, habe gar keine Theilnahme, werde wohl bald blödsinnig werden. Auf Fragen nach körperlichen Verhältnissen, geht sie kaum ein, sie sei ganz gesund, nur psychisch krank. Geht meist müßig im Zimmer herum, nur auf kurze Zeit mit Handarbeit oder Lectüre beschäftigt. Überzeugt von ihrer Unheilbarkeit.“

Außerdem klagt die Patientin über die unglückliche Ehe mit ihrem Mann. Was für uns den Fall der Klara H. besonders interessant macht, ist die Art und Weise, wie sich das Bellevue im Kampf zwischen Ehemann und Mutter der Patientin verhält. In diesem Streit geht es im Wesentliche darum, dass die Mutter der Kranken, eine Frau Hl., versucht, die Entlassung ihrer Tochter aus der Kuranstalt per Anwalt durchzusetzen, während sich der Ehemann gleichzeitig um deren Entmündigung bemüht. Aufschluss geben uns von den vorliegenden Quellen vor allen Dingen die zahlreichen Briefwechsel, die zwischen Smidt bzw. von Holst und Robert Binswanger einerseits (dieser befindet sich zum Zeitpunkt der Auseinandersetzungen nicht in der Anstalt) und dem Bellevue und dem Mann der Patientin andererseits stattfinden. In einem Brief von Holsts vom 08.11.1900 informiert dieser Robert Binswanger folgendermaßen über die neuesten Entwicklungen in Sachen Klara H.:

Lieber Robert!

Heute war Dein Freund Dr. Deucher³³⁰ bei mir. Er komme im Auftrag der Frau Hl. Diese behaupte, dass ihre Tochter hier gesund zurückgehalten werde, dagegen sei Herr H. [Ehemann d. Pat.] geisteskrank, er, Deucher, sei beauftragt, die Scheidung, die auch unsere Kranke wünsche, einzuleiten und sich dafür eventuell eine Vollmacht von Frau H. unterschreiben zu lassen. Ich verwies ihn sehr freundschaftlich auf den § 7 unserer Anstaltenordnung, wonach Beschwerden wegen Nichtentlassung von Patienten an das Sanitätsdepartement zu richten seien. Frau H. sei rite als Geisteskranke gemeldet, und als solche und von ihrem Manne übergeben. Ohne seine Erlaubnis würden wir auch keinen Besuch bei Frau H. zulassen. Deucher meinte, in diesem Falle würden sich also seine Auftraggeber an das Sanitätsdepartement wenden. Also werden wir uns auf alle Fälle auf eine Sanitätsamtliche Untersuchung gefasst machen müssen. Wir stehen ja sehr sauber da, Anmeldung etc. sind in Ordnung. Ich wollte auf alle Fälle mit Hug Rücksprache nehmen, doch ist der bis morgen Abend verreist.

Mit bestem Gruße: Dr. H.

³³⁰ Kreuzlinger Advokat, Sohn des damaligen Schweizer Bundespräsidenten.

Als Reaktion auf den Besuch des Advokaten Deucher wird am 10.11.1900 im Auftrag Robert Binswangers dem Ehemann in einem Brief folgende Mitteilung gemacht:

„[...] Wir haben seinerzeit das weitere Verbleiben Ihrer Frau Gemahlin davon abhängig gemacht, dass die Treibereien seitens der Frau Hl. aufhören. Dies ist nun nicht geschehen, vielmehr ist letztere entschlossen, dieselben in jeder Form fortzusetzen. Leider ist auch die Einleitung der Entmündigung unterlassen, wodurch diesen Treibereien von vornherein die Basis entzogen wäre. Wir sehen uns somit gezwungen, Sie zu ersuchen, baldmöglichst Ihrer Frau Gemahlin einen anderen Aufenthaltsort zu bestimmen. Sollten Sie nicht vorher in anderer Weise über sie bestimmen, so würden wir sie nach Ablauf von 4 Wochen mit einer Wärterin nach Meran reisen lassen.“

Wie wir aus dem Quellenmaterial ersehen, ist in einem Schreiben vom 16.10.1899, also bereits ein Jahr zuvor, durch Smidt versucht worden, den Standpunkt der Anstalt in bezug auf die Streiterei klarzumachen. So heißt es darin an den Ehemann:

„[...] Dagegen müssen wir das Verbleiben unserer Patientin in unserer Anstalt unbedingt davon abhängig machen, dass es Ihnen gelingt, in kürzester Zeit eine Übereinkunft mit Frau Hl. & Frau N. zu treffen, die diese zufrieden stellt. Hierfür müssen wir bindende Garantien haben. In unseren offenen Verhältnissen ist es uns nicht möglich, Frau H. gegen jeden Überfall resp. Entführung absolut zu sichern, ohne sie aufs Empfindlichste zu reizen & dadurch zu schädigen. Für solche Zwecke passt nur eine geschlossene Anstalt. Des Ferneren aber auch sind wir nicht gewillt, die Gefahr zu laufen, dass unsere Anstalt Gegenstand einer Zeitungspolemik wird, die bekanntermaßen stets auf mehr [oder] weniger schmutzige Weise geführt wird. Wir bitten um Entschuldigung, wenn das Vorstehende vielleicht schroff klingt. Doch zwingt uns langjährige Erfahrung, auf die Behandlung von Patienten zu verzichten, die Gegenstand des Streites zweier Partheien sind. Eine solche Behandlung wird außerdem ganz illusorisch, wenn der Patient selbst durch diesen Streit empfindlich geschädigt wird, wie im vorliegenden Falle. [...]“

Offensichtlich versucht Frau Hl. mit allen Mitteln mit ihrer Tochter Kontakt aufzunehmen und diese aus der Anstalt herauszuholen. Anlässlich des fehlgeschlagenen Versuchs, einen Brief über einen Mitpatienten in die Anstalt hineinzuschmuggeln, ergeht auf einem Kärtchen folgende Warnung Robert Binswangers an seine Mitarbeiter:

„Beiliegendes Briefchen der Frau Hl. hat die K. [vermutl. die Gesellschaftsdame der Pat.] per P. [Patient, Nr. 1236] einschleppen wollen. P. gab es mir. Bitte in

„Maria“ auf der Hut zu sein. Es ist vielleicht ein directer heimlicher Überfall dort geplant.“

Im besagten Brief, datiert vom 11.10. 1900, heißt es unter anderem:

„[...] Ich mache dich heute aufmerksam, dass du dieser nächsten Tage von einem Herrn besucht werden wirst, dessen Rathschläge [du] befolgen musst, du musst diesem Herrn consequent deinen Wunsch aussprechen, nach Österreich zu wollen, nur so auf diesem Wege wirst du deine Kinder u. mich wiedersehen können. [...]“

Schließlich wendet sich von Holst an den Kreuzlinger Rechtsanwalt Dr. Hug, von welchem er erfährt, dass zunächst er selbst mit dem Mandat betraut worden war, die Forderungen der Frau Hl. zu vertreten. Nachdem Hug jedoch „so viele Einwände auf die Zuschrift des Wiener Advocaten gemacht“ hatte, wurde ihm der Auftrag wieder entzogen. Jedenfalls kann er Holst ein Schriftstück der Frau Hl. vorlegen, in dem behauptet wird, „[...] dass H. seine Frau nur des Geldes wegen geheirathet hätte, in denkbar schlechter Ehe mit ihr gelebt, unter der Hand ein anderes Verhältnis mit einer früheren Gouvernante unterhalten habe, selbst in Behandlung von Gudden³³¹ und nach Ansicht dortiger Aerzte nicht normal sei, dass wir ganz unter dem Einflusse H.'s nicht das Geringste, ohne dessen Zustimmung thäten, dass Frau H. nur normal deprimirt durch das Unglück, sonst aber scharfen Verstandes sei etc.[...].“ Ansonsten rät der Jurist, der ganzen Sache aus dem Weg zu gehen, indem man die Kranke dem Mann wieder zurückgebe, hält es „[...] aber doch für rathsam, das Prevenire zu spielen³³² und das Sanitätsdepartement zu einer officiellen Begutachtung aufzufordern. Das würde von vornherein der Sache die Spitze abbrechen.- [...]“ In diesem Sinne entscheidet sich die Anstaltsleitung, wohl eher zum fraglichen Wohle der Patientin, weiteren Unannehmlichkeiten aus dem Wege zu gehen und entzieht sich mit folgendem knappen Schreiben ihrer weiteren Verantwortung:

³³¹ Bernhard Aloys von Gudden (gest. 1886), widmete sich seit 1849 der Psychiatrie als sein Spezialgebiet zuerst unter Max Jakobi in Siegburg, dann unter Roller in Illenau. Er galt als einer der begabtesten und hervorragendsten Psychiater der Neuzeit. V. Gudden starb am 13. Juni 1886 durch Ertrinken im Starnberger See beim Versuch, seinen geisteskranken Patienten König Ludwig II von Bayern zu retten.

³³² Das Prävenire spielen: Etwas vorwegnehmen, jemandem zuvorkommen.

15.XI.1900

Sehr geehrter Herr H.

Ihre Depeche haben wir erhalten. Die darin berührte Frage der Entmündigung Ihrer Frau Gemahlin hat für uns kein Interesse mehr. Wir haben die unweigerliche Absicht, Ihnen unsere Patientin den 8. Dezember zuzuführen, falls Sie dieselbe nicht vorher abholen lassen. Es ist ein altes Gesetz unseres Hauses, dass wir keinen Kranken behalten, um den sich zwei Partheien streiten. Mit dem größten Bedauern für die Ihnen entstehenden Misshelligkeiten.

Ihr ergebenster Dr. Binswanger

6. *Elisabeth A., Freiin von (1693)*

No 1693

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name:	Elisabeth Freiin von A.
Stand:	Wwe
Alter:	geboren 1845 [54]
Wohnort:	Wien
Tag der Aufnahme:	II/X 1899
Tag des Austritts:	8.VIII. 1900
Diagnose:	Circuläre Psychose.

Weitere Aufenthalte:

27.09.1900 – 15.08.1901
 07.11.1901 – 12.06.1902
 26.04.1903 – 01.07.1903
 10.12.1904 – 15.05.1905
 28.05.1906 – 21.11.1908

Die aus einer berühmten Wiener Familie stammende 54-jährige Witwe Elisabeth Freiin von A. wird von Prof. Wagner-Jauregg in die Binswangersche Anstalt eingewiesen und am 2. Oktober 1899 mit der Diagnose circuläre Psychose im Bellevue aufgenommen. In Wagner-Jaureggs Einweisungsschreiben heißt es, die Patientin leide „seit mehreren Jahren an periodisch auftretenden Depressionszuständen, in denen sie zu jeder Leistung unfähig, äußerst entschlossenlos ist, sich mit allerlei Selbstvorwürfen quält und auch für ihre Umgebung, bisher ihre Tochter, recht unangenehm wird.“ Außerdem vermutet Wagner, dass die Patientin zwischen den melancholischen Anfällen „auch nicht ganz normal“ sei und glaubt eine „gewisse maniakalische Erregung“ zu erkennen. Zudem liege eine hereditäre Veranlagung vor, nachdem „die Mutter der

Kranken und eine mütterliche Tante ebenfalls in späteren Jahren an periodischer Melancholie litten.“ Wagner-Jauregg wünscht eine Aufnahme der Patientin auf Dauer, „damit einerseits die unstete Lebensweise der Kranken, die ja während ihrer melancholischen Anfälle doch jeweils irgendeine Wasserheilanstalt aufsuchte, aufhört; vor Allem aber, damit die Tochter der Kranken, bisher die einzige Pflegerin und Gesellschafterin, aus dieser für sie gewiss gefährlichen Rolle befreit wird.“

In der Anamnese sind außerdem seit fünf Jahren bestehende Menstruationsstörungen mit starken Blutungen aufgrund von Uterusmyomen erwähnt.

In der Krankenakte liegen drei Briefe des Neffen der Patientin, welcher sich nach dem Zustand seiner Tante erkundigt. Es handelt sich um einen Arzt, ehemals Schüler von Theodor Billroth.

In der Krankengeschichte sind bis zum Jahr 1908 insgesamt 6 Aufnahmen dokumentiert, wobei ihr längster Aufenthalt 2 ½ Jahre beträgt.

Die Behandlung von Elisabeth von A. beinhaltet je nach Gesundheitszustand der Patientin Bäder, Bettruhe, Bromnatrium, Trional sowie kühle Waschungen der Vulva bei sexuellen Reizzuständen. Ihre Anstaltsaufenthalte sind geprägt durch die häufigen Wechsel zwischen depressiven und manischen Phasen. Bis zum Schluss spielen sexuelle Erregungen und sexuelle Ideen eine bedeutende und für die Patientin ebenso belastende Rolle. Während der manischen Phase ist teilweise eine Unterbringung in der Tannegg erforderlich, da die Patientin zuweilen tobt, schreit, das Personal anspuckt und gewalttätig wird.

Die letzte in der Krankengeschichte dokumentierte Entlassung stammt vom 21.11.1908. Hieraus geht hervor, dass die „Pat. noch leicht manisch, aber in d. letzten Wochen erheblich besser“ geworden ist und mit ihrer alten Wärterin Josephine nach Innsbruck abreist. Über den weiteren Verlauf wird in der Krankengeschichte nicht mehr berichtet. Weshalb die Patientin nicht mehr ins Bellevue zurückkam oder ob sie stattdessen in einer anderen Anstalt Aufnahme fand, geht aus dem Quellenmaterial nicht hervor. Wir wissen lediglich aus einer der Akte beiliegenden Todesanzeige, dass Elisabeth etwa vier Jahre später am 28.08.1912 in Wien „unvorhergesehen rasch verschieden ist.“

7. Maria M. (1714)

No 1714

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name:	M., Maria
Stand:	Arztfrau
Alter:	20 a.n.
Wohnort:	Berlin
Tag der Aufnahme:	28/2/1900
Tag des Austritts:	17/VII 1900
Diagnose:	Moral insanity

Die 20-jährige Arztfrau Maria M. wird am 28.02.1900 mit der Diagnose „Moral insanity“ in der Kuranstalt Bellevue aufgenommen.

Dem Einweisungsschreiben des konsultierten Arztes Dr. Meyer ist zu entnehmen, dass bei der Patientin seit der Schwangerschaft sexuelle Erregungszustände und Eifersuchtsideen aufgetreten sind. Anlass für die Einweisung in die Binswangersche Anstalt gab schließlich der Tötungsversuch ihres 7 Wochen alten Säuglings:

„Da man bei der Gemütsverfassung der Pat. auch ein erneutes Attentat auf das Kind rechnen und an die Möglichkeit einer conamen suicidii [Selbstmordversuchs] bei der als Dégénérée zu bezeichnenden Frau denken muss, so haben Prof. Mendel und ich es in einer Consultation für unumgänglich notwendig gehalten, die Pat. in Ihrer Anstalt unterzubringen.“

Als Motiv für die Tat gibt die Patientin an, sie sei durch einen anonymen Brief darauf hingewiesen worden, man hätte ihr das Kind untergeschoben. Und da sie schließlich kein fremdes Kind wollte, hatte sie versucht es mit Carbofuchsin zu vergiften. Sowohl der Ehemann als auch der Vater der Patientin gehen davon aus, dass es diesen Brief nie gegeben hat. Aus einer vom Ehemann verfassten Anamnese erfährt man von der Vorliebe seiner Frau für Liebesromane, wobei sie sich irgendwann mit den Frauengestalten ihrer Romane zu identifizieren begann und das Gelesene auf ihr eigenes Leben übertrug:

„Sie lenkte nun täglich das Gespräch darauf, verteidigte die Kronprinzessin Stephanie leidenschaftlich, die in dem Buche wegen allzu großem Geschlechtstrieb angegriffen war.... War sie [unsere Patientin] nun vorher sexuell sehr erregbar gewesen, so nahm das jetzt Dimensionen an, dass ich ihr ihren Wunsch von Zeit zu Zeit abschlagen musste. In Folge davon fühlte sie sich, wie sie mir öfters sag-

te, verletzt und es kam zu Anfällen, die stundenlang dauerten, und in denen auch ich, wenigstens in der ersten Zeit, manchmal recht heftig wurde.“

Bei ihrer Aufnahme wird Maria M. als „eine mittelgroße gut ernährte Frau“ beschrieben, die in Begleitung ihres Mannes und einer Krankenschwester eintrifft.

Aus der Krankengeschichte ist zu erfahren, dass die Patientin hohe sexuelle Ansprüche habe. So würde sie ihren Ehemann mehrfach in der Nacht aufwecken und Beischlaf verlangen: „Der Mann muss nachgeben, da sonst Szenen von der Pat. gemacht werden, er wäre ihr untreu, liebe sie nicht und dergleichen mehr.“ Es heißt, der Mann habe innerhalb von 24 Stunden vier- bis fünfmal „den Coitus ausüben müssen.“ Holst dokumentiert später:

„Sexuell stellt Pat. an den Mann die unglauabl[ichsten] Anforderungen. Zu jeder Tages- und Nachtzeit verlangt sie den Coitus, selbst auf einer Fahrt zwischen Basel und Freiburg im Eisenbahnwagen.“

Während ihres Aufenthalts im Bellevue gibt sich die Patientin grüblerisch, scheint „völlig ohne Interesse“ zu sein und beschäftigt sich „trotz alles Zureden gar nicht.“ Es heißt, sie sei „nur mit Mühe zum Einhalten ihres Stundenplans“ zu bringen, komme zu spät zu den Mahlzeiten und verbringe jeweils lange Zeit auf der Toilette. Daneben versucht sie mit allen Mitteln, die Krankenschwester, welche sie ins Bellevue begleitet hat, wieder loszuwerden. Dabei geht sie nicht gerade zimperlich vor. Sie treibt ein intrigantes Spiel gegen sie, unterstellt ihr ein Verhältnis mit ihrem Mann und erfindet alle möglichen Lügen. Der Vater der Patientin mutmaßt folgendermaßen:

„Nach meiner Ansicht übertreibt meine Tochter, um einen bestimmten Zweck zu erreichen. Entweder will sie dadurch erreichen, dass, wenn die Schwester Elisabeth fort ist, ihr Mann kontinuierlich bei ihr bleibt oder sie redet sich ein, was auch in B. einige Mal zu häuslichen Szenen Veranlassung gegeben hat, dass ihr Mann mit der Schwester Elisabeth cocettierte.“

Nachdem sich die Patientin dann nach drei Monaten gebessert hat und sie inzwischen einen geordneten und liebenwürdigen Eindruck macht, wird dem Besuch des Ehemanns stattgegeben. Zuerst führt sich Maria M. ordentlich, doch dann verlangt sie den Geschlechtsverkehr: „Der Mann kann sich kaum retten,

tritt zeitweise energisch auf, hat aber dafür die Hölle auf Erden.“ Dabei vertritt die Patientin den Standpunkt „erst der Coitus, dann thue ich was Du willst.“

Aus einem Brief des Ehemannes an dessen Schwiegervater erfahren wir, dass Robert Binswanger von einem Leiden ausging, „dessen Ursprung in Zeiten zurückzuverlegen ist, die früher sind als das Wochenbett, als die Verheiratung überhaupt.“ Weiter heißt es:

„Das Leiden besteht in einem Mangel an Willensstärke und Urteilskraft. Ihre Seelenverfassung befindet sich im unentwickelten, noch kindlichen Zustand. Die Prognose ist ernst, aber nicht hoffnungslos. Es steht vielmehr zu hoffen, dass Martha bei längerer, sehr energischer und sorgsamer Erziehung innerhalb der Anstalt durchaus zu heilen ist.“

Außerdem empfehle Binswanger, so der Ehemann der Patientin, durch ihn als ihren Ehemann eine „langjährige, weitere Behandlung und Erziehung“ im Anschluss an die Anstaltsbehandlung. Leider finden wir keine Angaben über die konkrete Behandlung der Patientin im Bellevue oder darüber, wie die sehr energische und sorgsame Erziehung praktisch umgesetzt wurde. Als die Patientin nach etwa fünf Monaten aus der Anstalt entlassen wird, scheint sich an ihrem Zustand jedenfalls nicht viel geändert zu haben. Nach wie vor stellt sie unangemessene sexuelle Anforderungen an ihren Mann, es heißt, sie sei „ungeordnet, unpünktlich, intrigant und lügnerisch.“

Über den weiteren Verlauf findet sich kein Eintrag in der Krankengeschichte.

8. Leopold R. (1717)

No 1717

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name:	R., Leopold
Stand:	Dr. jur.
Alter:	28 ½ 1871 geb.
Wohnort:	Wien
Tag der Aufnahme:	12. März 1899
Tag des Austritts:	18.VII.1900
Diagnose:	Neurasthenie

Weitere Aufenthalte:

18.09.1900 – 10.11.1900

19.08.1901 – 18.12.1901

18.07.1903 – 16.02.1904

Der 28-jährige Jurist Dr. Leopold R. aus Wien tritt im Jahr 1899 mit der Diagnose einer Neurasthenie zum ersten Mal in die Binswangersche Kuranstalt ein. Zu diesem Zeitpunkt hat der Patient jedoch schon eine lange Leidensgeschichte mit unzähligen Kuraufenthalten in den verschiedensten Einrichtungen Europas hinter sich. Zahlreiche Ärzte, darunter Freud und Wagner-Jauregg wurden konsultiert und die verschiedensten Therapieversuche sind, bisweilen erfolglos, unternommen worden.

Über seine Beschwerden ist der Anamnese folgendes zu entnehmen:

Bereits im Knabenalter habe der Patient unter Ängsten, Zwangsideen und Zwangshandlungen gelitten. Auffällig sei bereits in jungen Jahren ein „perverser Sexualtrieb“ gewesen, und nur mit Mühe gelang ihm der Abschluss des Gymnasiums. Wegen einer Magenkrankheit sei mehrfach eine Karlsbader Cur durchgeführt worden. Da im Jahr 1893 das Lesen und das Gehen kaum mehr möglich waren, erhielt er Moorbäder und ging zur See. Es folgten Kuraufenthalte in Marienbad, in St. Moritz und in Wien. Hier bekam er von Freud täglich 5,0 g Brom verordnet und wurde von ihm auf Reisen in die Schweiz geschickt. Nach Wien zurückgekehrt, führten Breuer und Freud eine „psychische Behandlung“ durch, durch welche jedoch Erinnerungen wachgerufen wurden, die seinen völligen Zusammenbruch herbeiführten. Leopold R. sei danach weder in der Lage gewesen zu lesen noch zu gehen, er habe viel geweint und habe unter Heißhunger gelitten. Es folgten erneut Kuren in München, Carlsbad, Wiesbaden und Nizza. Es wurden Moorbäder, erfolglose Suggestionstherapien, sowie eine Mastkur bei Wagner-Jauregg in Wien durchgeführt. Dieser schickte ihn, wie bereits Freud, auf Reisen, wohin er eine Person mitnehmen sollte, denn dann würde er durch regelmäßigen Verkehr gesund werden. Nachdem die Reise aufgrund einer Erkrankung der Mutter des Patienten nicht stattfinden konnte, wurde er von verschiedenen Ärzten wieder in die Schweiz geschickt. Nach einem kurzen Aufenthalt in Wien, begab sich Leopold R. zur Kur zu Winternitz und dann im Jahr 1898/1899 nach Meran. Nach einem weiteren Aufent-

halt in Paris findet Leopold R. am 12. März 1899 in der Kuranstalt Bellevue Aufnahme.

Während seines Aufenthaltes stehen Klagen über eine große geistige Ermüdbarkeit, Eindruckslosigkeit gegen alles, Missgefühle in den Beinen und plötzliche Gefühle von „Gehirnleere“ während der Spaziergänge, während des Lesens oder Klavierspielens im Vordergrund. Außerdem beschäftigt ihn besonders die Sorge, „psychisch impotent“ zu sein. Er verlangt die ganze Aufmerksamkeit der Ärzte und ist bestens informiert über das Krankheitsbild der Neurasthenie. Wie wir der Krankengeschichte entnehmen, trägt dies jedoch nicht gerade zum leichteren Umgang mit dem Kranken bei:

„Pat. hat sich im Verkehr mit Aerzten und aus der Lectüre umfassende Kenntnisse über Neurasthenologie angeeignet, die er gern vorträgt. Für jede Behauptung des behandelnden Arztes weiß er eine Autorität anzuführen, die diametral das Gegentheil gesagt hat.“

Der Kurplan, auf dessen Einhaltung die Ärzte mit Nachdruck bestehen, beinhaltet folgende Verordnungen: Massagen, Abklatschungen, Soolbäder, warme Bäder sowie regelmäßige Spaziergänge. Darüber hinaus ist der Patient angehalten, sich mit häuslichen Arbeiten zu beschäftigen.

Nach vier Monaten verlässt Leopold R. die Kuranstalt, um sich nach St. Moritz zu begeben. Nachdem er von dort aus immer wieder schriftlich die Kreuzlinger Ärzte konsultiert und ihm die Eingewöhnung nicht gelingen will, kehrt er am 18. September 1900 wieder ins Bellevue zurück. Es heißt in der Krankengeschichte, sein Zustand während des gesamten Aufenthaltes sei so ziemlich derselbe gewesen. Er wird als äußerst hypochondrisch und wehleidig beschrieben. Nach wie vor besteht sein Hauptbestreben darin, ein „einigermaßen genussreiches Liebesleben“ führen zu können. Nach Klagen Leopold R.s über das schlechte Herbstwetter und die mangelnde Anregung wird ihm geraten, nach Rom oder Florenz zu gehen, wobei er sich „nach unendlichem Schwanken für letztere Stadt“ entscheidet.

Im Sommer 1901 tritt Leopold R. das dritte und im Sommer 1903 das vierte Mal in die Kuranstalt ein. Der letzten Aufnahme vorangegangen war ein missglück-

ter Versuch, den Patienten durch Forel hypnotisch behandeln zu lassen. Der Krankenakte liegt hierzu folgender Brief Forels bei:

Chigny 7 VII 1903

Sehr geehrter Herr College!

Mit herzl[ichem] Dank sende ich Ihnen die wohl ges[ammte] Krankeng[eschichte] zurück. Zuerst hatte ich einen Morphinisten gefürchtet, den ich unter keinen Umständen in freier Behandlung übernehmen würde. Der gute Mann ist in der That ein total degenerierter Hypochonder, dem kaum zu helfen ist. Ich hatte ihm bereits genau das Gleiche gesagt wie Sie - wie ich aus der Krankengeschichte ersehe. Arbeiten sollte er, und seine blöde Geschlechtssehnsucht ad acta legen. Ich schimpfe ihn soweit es geht. Entweder muss er parieren oder dann fort, denn zu einer Comödientherapie gebe ich mich nicht wieder her.

Mit freundlichem collegialen Gruß

Forel [Unterschrift]

Bereits drei Tage später wendet sich Forel erneut an den Kreuzlinger Kollegen und erklärt die Zusammenarbeit mit Leopold R. für gescheitert:

Chigny près Morges, 10.VII.1903

Verehrtester Herr College!

Der arme Leopold R. ist wohl viel zu krank, um lange hier bleiben zu können: er ist unfähig, sich zu fixieren, gar nicht suggestibel, hat bereits Angst vor der Hypnose und will sich nicht mehr hypnotisieren lassen, jammert in einer Tour in hypochondrischer Angst. Sie sind der einzige Mensch und haben die einzige Anstalt, in die er noch Vertrauen hat. Ich versuche noch, ihn mit Pflanzen sammeln und dgl. zu beschäftigen, aber ich sehe schon, dass es nicht gehen wird; er sollte unter ständiger Aufsicht in einer Anstalt sein und beschäftigt werden. Sie sollten ihn nicht abweisen, wenn er wieder um Aufnahme bittet, sondern nur Bedingungen stellen.

Mit freundlichen kollegialem Gruß

Ihr ergebenster

Forel [Unterschrift]

Während seines letzten Aufenthaltes in der Kreuzlinger Anstalt spielt für Leopold R. neben der mangelnden Sexualität die ständige Angst, verrückt zu werden, eine ganz bedeutende Rolle. Am 16. Februar 1904 schließlich verlässt er „endlich“ und dieses Mal für immer die Binswangersche Anstalt.

Aus der in der Akte befindlichen Korrespondenz geht hervor, dass sich Leopold R. bis zum Jahr 1918 ebenso wiederholt wie vergeblich um Aufnahme im Bellevue bemüht hat. Auch war inzwischen zum alten Krankheitsbild der Neurasthenie noch eine Morphinumabhängigkeit hinzugekommen. Zahlreiche Therapiever-

suche in den verschiedensten Sanatorien, beispielsweise in denen von Dr. Dornblüth, Dr. Lubowski und Dr. Warda sind unternommen worden.

Die letzte in der Krankenakte befindliche Kopie eines Briefes vom 5. Juni 1918 an Leopold R. lautet folgendermaßen:

Sehr geehrter Herr Doktor,

meine Bemerkung, dass wir uns bei Morphiumentziehungskuren völlige Handlungsfreiheit vorbehalten müssen, d.h. auf keinerlei Bedingungen seitens der Patienten eingehen können, entspricht unserer Praxis, seitdem ich die Anstalt leite. Ihre Vorwürfe und Verhaltensmassregeln lehne ich daher vollständig ab und betrachte unsere Korrespondenz hiermit – weil völlig zwecklos - für erledigt. Ich bitte Sie daher, von einer Kur bei uns endgültig abzusehen, und rate Ihnen, sich an Herrn Dr. Loy, Leiter des offenen Sanatoriums A L'Abri, Territet, Kanton Waadt, zu werden.

Mit vorzüglicher Hochachtung
[Unterschrift Ludwig Binswanger jun.]
Leitender Arzt der Kuranstalt Bellevue

Über den weiteren Krankheitsverlauf von Leopold R. wird nicht mehr berichtet.

9. Prof. Zlatko von M. (1763)

No 1763

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name: M., Zlatko
Stand: Dr. med. Prof.
Alter: 7. Juni 1853. [47]
Wohnort: Wien
Tag der Aufnahme: 28.8.1900
Tag des Austritts: 10.X.1900.
Diagnose: Neurasthenie, Lues.

Weiterer Aufenthalt: 21.07.1902 – 16.08.1902

Der Wiener Arzt Prof. Zlatko von M. tritt auf eigenen Wunsch am 28. August 1900 in die Binswangersche Anstalt ein. Als Diagnosen sind im Krankenblatt Neurasthenie und Lues vermerkt. Die Leidensgeschichte des 47-jährigen Patienten begann bereits Anfang der achtziger Jahre, wo sich aufgrund von Krankheits- und Todesfällen in der nahen Verwandtschaft Schlafstörungen, Erregung sowie halluzinatorische Zustände einstellten. Zu den familiären Sorgen kamen

die hohen Anforderungen im Beruf. In den Folgejahren wurden verschiedene medikamentöse Behandlungen und Kuren (Schöneck, Salzburg) mit wenig Erfolg durchgeführt. Im Jahr 1898 bekam Zlatko von M. während eines 14-tägigen Aufenthaltes bei Emmerich von diesem Morphinum verordnet, welches vom Patienten auch weiterhin genommen wurde. Schließlich musste Ende des Jahres eine 8-tägige Entziehungsbehandlung von Holländer durchgeführt werden. Es folgten Aufenthalte in Hacking, Martinsbrunn und in Bad Reichenhall. Daneben erfahren wir aus der Anamnese, dass Zlatko von M. sich vier Jahre zuvor per Handinfektion mit Syphilis angesteckt haben soll. Aus einem Schreiben des behandelnden Arztes Dr. Horowitz aus Wien geht außerdem hervor, dass Zlatko von M. „sexuell pervers“ sei, insofern als er bereits von Jugend an durch einen Hauslehrer an das gegenseitige Masturbieren gewöhnt war. Auch habe er in den letzten Jahren seiner Ehe die Fähigkeit „mit einem Weibe zu coitieren“ verloren. Horowitz schreibt, der Patient dürfte „seit 6-7 Jahren complet pervers gewesen sein.“ Über die sexuelle Veranlagung des Patienten gibt die Anamnese, welche erst am Ende des Aufenthaltes erhoben wurde, genauer Auskunft. Darin heißt es, Zlatko von M. habe schon als Knabe gerne genäht, „weibliche Arbeiten“ verrichtet und sich darüber hinaus gerne wie ein Mädchen gekleidet. Im Alter von 15 Jahren habe er sich dann in andere Jungen verliebt. Seit seinem 24. Lebensjahr habe der Patient „regelmäßig coitiert“, wobei er die Onanie bevorzugt habe, bei der er „ein Wollustgefühl im anus“ verspürte.

Folgenden Ereignissen im Leben des Patienten hat Robert Binswanger drei „Phasen homosexueller Anwandlung“ zugeordnet:

Erste Phase: Während der Sprechstunde überkam den Patienten eine starke Erektion. Er unternahm daraufhin den Versuch, den Penis der anderen Männer zu küssen, um sich mit dieser „anderen Perversität“ von seiner Erektion zu befreien. Zwar hatte der Patient in dieser Zeit durchaus Geschlechtsverkehr mit Frauen, stellte sich dabei jedoch bevorzugt Männer vor. Als therapeutische Maßnahme wurde eine Kaltwasserkur in Schöneck durchgeführt, die eine „Heilung“ bewirkt haben soll. Der Patient hatte nun „6 Jahre Ruhe.“

Zweite Phase: Als nach dem Suizid des Neffen ein Polizeibeamter Zlatko von M. zur Konsultation aufsuchte, bekam dieser erneut Erektionen. Schließlich gelang es ihm tatsächlich, in einem Pissoir einen erigierten Penis zu küssen, woraufhin er sich, von Gewissensbissen geplagt, am liebsten erschossen hätte. Wieder wurde eine mehrwöchige, doch erfolgreiche Kaltwasserkur durchgeführt.

Dritte Phase: Im Alter von 46 Jahren stellte sich abermals „perverses“ Verlangen ein, welches ihn diesmal zu Emmerich führte. Dieser sollte ihn zum Morphinisten machen, in der Hoffnung durch die damit hervorgerufene Impotenz seine Perversität zu verlieren.

Während des Aufenthaltes im Bellevue macht Zlatko von M. einen sehr guten Eindruck. Robert Binswanger beschreibt ihn in einem Brief an Horowitz mit folgenden Worten: „Er war lustig u. guter Dinge, aß und schlief gut u. genoss das gute Wetter u. Schönheiten der Gegend.“ Er stellt gegenüber dem Wiener Kollegen fest, „überhaupt nichts krankhaftes an ihm bemerkt“ zu haben.

Der Kurplan des Patienten schreibt regelmäßige Spaziergänge, Turnen, Kegeln sowie Rückenvibrationen und Einpackungen vor. Die Schlafstörungen werden mit Trional, mit warmen Bädern, kurzen Sitzbädern und Wickeln behandelt.

Über die Einschätzung Binswangers zum Krankheitsbild von Zlatko von M. gibt sein Schreiben an Horowitz Aufschluss:

„Für alle Auswüchse der Neuropathie des Professor v. M., u. speciell seinen Missbrauch der Narcotica ist in erster Linie die bei ihm anfallsweise auftretende sexuelle Perversität verantwortlich zu machen. Der Pat. ist hereditär degeneriert, er ist ein Neuropathischer par excellence dadurch geworden, unterstützt durch Überarbeitung, Vielgeschäftigkeit und mangelnde Resistenz gegen die Schwierigkeiten des Lebens.“

Die Tatsache, dass Zlatko von M. in der Ruhe des Anstaltslebens keinerlei gesundheitliche Beschwerden aufweist, lässt Binswanger zu der Einsicht gelangen, dass das Nervenkostüm des Patienten keinerlei Aufregung oder Anstrengung verkräfte und infolgedessen derart negative Einflüsse vermieden werden müssten:

„v. M. ist ohne Zweifel nervös bereits ziemlich verbraucht u. wie ich fürchte, auch geringen Anstrengungen, Widerwärtigkeiten u. Sorgen nicht mehr gewachsen. Er ist in der willigen Ungebundenheit, wie hier, ganz wohl. Irgendwie angespannt, wird er bald nervös u. hypochondrisch werden, schlaflos u. zu Narcotica hinneigend, auch ohne Perversität.“

Um die nötige Ruhe zu finden, empfiehlt er dem Patienten, seinen Wohnsitz weg von Wien aufs Land zu verlegen und sich beruflich deutlich einzuschränken. Unter Umständen müsste der Beruf sogar ganz aufgegeben werden. Unter diesen Bedingungen sieht Binswanger eine durchaus günstige Prognose.

Zlatko von M. tritt zwei Jahre später erneut ins Bellevue ein. Wieder leidet er unter Schlafstörungen und hat Trional eingenommen. Aus Angst, erneut auf Morphium zurückzugreifen, begibt er sich sicherheitshalber in die Binswangersche Behandlung. Einem Vermerk in der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass der Patient eine Anisokorie der Pupillen aufweist und ferner Sprechstörungen aufgetreten seien (Hinweise auf eine Neurolues).

Der letzte in der Krankenakte befindliche Brief des Patienten stammt aus dem Jahr 1903. Hierin versichert er, „brav“ zu sein, zeitig ins Bett zu gehen und nicht mehr als zwei Stunden in der Praxis zu arbeiten. Genaueres über seinen Gesundheitszustand wird nicht berichtet.

10. Katharina A. (1769)

No 1769

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name:	A., Katharina
Stand:	Privat.
Alter:	27 a.n.
Wohnort:	Gut zwischen W.? und M.?
Tag der Aufnahme:	3/X 1900
Tag des Austritts:	11.2.1901
Diagnose:	Neurasthenie

Katharina A., 27 Jahre alt, wird auf Anraten eines Dr. Klimenkos im Oktober 1900 mit der Diagnose einer Neurasthenie in der Binswangerschen Anstalt aufgenommen. Zuvor hatte sie Klimenko nach Olderig in Dresden geschickt, wo sie fünf Monate lang erfolglos mit Massagen behandelt wurde. Anschließend

war sie in Grindelwald in der Schweiz, wo jedoch ebenfalls keine Besserung eintrat.

Der Kurplan der Patientin beinhaltet folgende Anordnungen: Forcierte Ernährung mit viel Milch und Haferkakao, sowie Massagen, Vibrationsmassagen des Leibes gegen die Obstipation, Vollbäder, feuchte Einpackungen und Hämoglobinpillen.

Katharina A. wird als sehr zurückhaltend und still beschrieben. Sie spricht kaum ein Wort, ist äußerst hypochondrisch, verängstigt und fürchtet, die Behandlung könnte sie zu sehr angreifen. Es heißt, sie versuche sich „von diesem und jenem zu drücken“ und macht den Vorschlag, sie mit Aromatherapie oder Homöopathie zu behandeln.

Schließlich wird die Patientin gegen den Rat der Ärzte von ihrer Mutter nach Salzburg mitgenommen, da diese das „Klima der Heizung“ für schädlich hält.

In der Akte befinden sich keine weiteren Schriftstücke und ebenso wenig wird etwas über den weiteren Verlauf von Katharina A. berichtet.

8. Vergleich mit den Vorzeiträumen

Im folgenden Kapitel soll untersucht werden, inwieweit im Zeitraum 1896 – 1900 gegenüber den vorangegangenen 40 Jahren seit Bestehen der Kuranstalt Bellevue Veränderungen stattgefunden haben. Hierzu werden die im Untersuchungszeitraum ermittelten Patientendaten, Diagnosen, Behandlungskonzepte, sowie die administrativen, strukturellen und personellen Gegebenheiten der Anstalt mit den früheren Zeiträumen verglichen. Besonders zu berücksichtigen ist dabei der Wechsel der Klinikleitung, welcher durch die Übernahme der Direktorenschaft von Robert Binswanger nach dem Tod des Vaters und Gründers der Anstalt im Jahre 1880 vollzogen wurde.

Als Vergleichsgrundlage dienen aus der Ära Ludwig Binswangers d. Ä. die fertigen Arbeiten von Claudia Stäbler (1861–65), Sandra Schweizer (1866–70) und Stefanie Weismann-Günzler (1871–75). Daneben wurde auf das Werk von Annett Moses und Albrecht Hirschmüller „Binswangers psychiatrische Klinik Bellevue“³³³ zurückgegriffen, welches über die erste Epoche (1857-1880) des Sanatoriums unter der Direktorenschaft Ludwig Binswanger d. Ä. zusammenfasst.

Aus der Zeit Robert Binswangers liegen die fertigen Arbeiten von Kaspar Dommeyer (1886–90) und Amei Fischer (1891–95) vor.

8.1. Die Patientendaten

Aufnahme- und Bestandszahlen

Vergleicht man die vorliegenden Aufnahmezahlen sowie die Bestandsziffern mit denen zur Zeit Ludwig Binswangers d. Ä., so lässt sich deutlich eine steigende Tendenz beider Größen seit Bestehen der Kuranstalt erkennen:

Im Zeitraum 1857-1860 betrug die mittlere Bestandszahl 9,6 Patienten. Im Zeitraum 1861-1865 stieg sie an auf 14,9 Patienten, im Zeitraum 1866-1870 auf 22

³³³ Vgl. Moses, Hirschmüller (2004).

und 1871-1875 auf 32,5 Patienten. Unter Robert Binswanger wuchs der durchschnittliche Patientenbestand 1886-1890 von 43,9 auf 49,8 Patienten im Untersuchungszeitraum 1896-1900.

Die durchschnittlichen Aufnahmezahlen pro Jahr entwickelten sich wie folgt: Im Zeitraum 1857-60 wurden 14,5, in den folgenden beiden Zeiträumen jeweils 19,4, in den Jahren 1886-90 63 und 1891-95 79 Patienten aufgenommen. Mit einer mittleren Aufnahmezahl von 80 Kranken im Untersuchungszeitraum 1896-1900 hat sich praktisch kein Unterschied zum unmittelbar vorangehenden Zeitraum ergeben.

Somit haben sich sowohl die durchschnittliche Aufnahmezahl pro Jahr und der mittlere Patientenbestand seit Bestehen der Anstalt bis zum Untersuchungszeitraum jeweils verfünffacht.

Verweilzeiten

Betrachtet man die Verweildauern der Patienten zu Zeiten Ludwig Binswangers d. Ä., so stellen Moses und Hirschmüller fest, dass die Verweildauer zwischen drei und sechs Monaten mit 22,4 % am häufigsten vertreten war. Während die Mehrzahl aller Patienten mit einem Anteil von 51,6 % bis zu 6 Monate in der Klinik verweilte, blieben nur 38,2 % bis zu drei Monate.

Dagegen nahm unter Robert Binswangers Führung der Anteil der Patienten mit einer Verweildauer bis zu drei Monaten deutlich zu: Im Zeitraum 1886-90 waren es bereits 51,1 % und im Zeitraum 1891-95 sogar 60 %.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass sich die Verweildauern der Patienten seit Ludwig Binswanger verringert haben. Blieben seiner Zeit nur etwa 38 % bis zu einem Vierteljahr im Bellevue, sind es im Untersuchungszeitraum 1896-1900 etwa 58 %.

8.2. Die Sozialdaten der Patienten

Geschlecht

Vergleicht man die Geschlechtsverteilung des Untersuchungszeitraums mit derjenigen in den Vorzeiträumen, so ergibt sich folgendes Bild:

Während in den Zeiträumen 1857–60 und 1861–65 noch eine fast ausgeglichene Geschlechterverteilung mit 30 männlichen und 28 weiblichen Patienten bzw. 49 männlichen und 48 weiblichen Patienten vorlag, erkennen wir im nachfolgenden Zeitraum 1866–70 eine deutliche Verschiebung zugunsten der männlichen Patienten (64 % Männer und 36 % Frauen). In den Jahren 1871–75, 1886–90 und 1891–95 liegt, ebenso wie im Untersuchungszeitraum (62 % Männer, 38 % Frauen), ein Verhältnis von etwa 3:2 zugunsten der männlichen Patienten vor:

1871–75: 58 % Männer und 42 % Frauen,

1886–90: 62 % Männer und 38 % Frauen,

1891–95: 60 % Männer und 40 % Frauen.

Alter

Wie von Moses und Hirschmüller festgestellt, überwog zu Zeiten Ludwig Binswangers d. Ä. mit fast 53 % die Altersklasse der 20-39-jährigen, wobei in den Jahren 1860-75 die Altersklasse der 20-29-jährigen den prozentual größten Anteil ausmachte. Diese Verteilung änderte sich in den späteren Jahren insofern, als eine Verschiebung hin zu höheren Altersklassen erfolgte: In den Jahren 1886-95 machte die Altersklasse der 30-39-jährigen die größte Gruppe aus und im Untersuchungszeitraum 1896-1900 war es die Altersklasse der 40-49-jährigen.

Familienstand

Während im Zeitraum 1857-80 der Anteil der Ledigen mit knapp 52 % überwog, bildeten in den Jahren 1886-90 die Verheirateten mit knapp 60 % die überwie-

gende Mehrheit. Aber auch in den Zeiträumen 1891-95 und 1896-1900 waren mit 53 % bzw. 50,6 % knapp über die Hälfte der Patienten verheiratet.

Konfession

Seit Bestehen der Anstalt hatte die Mehrzahl der Patienten die protestantische Religionszugehörigkeit. Daneben lässt sich jedoch seit Gründung der Anstalt ein überdurchschnittlicher Anteil und eine allmähliche weitere Zunahme von jüdischen Patienten feststellen. Lag ihr Anteil in den Jahren 1861-65 bei 12 % und in den Jahren 1866-70 nur bei 6,3 % so stieg er bald auf 14,2 % (1871-75), 16 % (1886-90) und 14 % (1891-95) und erreichte nun 1896-1900 knapp 17 %.

Herkunft

Während noch in den Jahren 1860-71 über 90 % der Kreuzlinger Klientel aus der Schweiz und aus Deutschland stammten, und das zu beinahe gleichen Teilen (Stäbler: 48 % CH, 51 % D; Schweizer: 50,5 % CH und 40,5 % D), kam nur ein kleiner Teil aus anderen Ländern. Dies änderte sich jedoch im Laufe der Jahre ganz erheblich. So ist im Zeitraum 1886-90 der Anteil ausländischer Patienten auf insgesamt 87 % bzw. 89 % im Zeitraum 1891-95 gestiegen. Dabei bildete die Gruppe der deutschen Patienten 58 % bzw. knapp 55 % jeweils den größten Anteil der aus dem Ausland stammenden Klientel. Die zweitgrößte Gruppe bildeten die Länder Österreich, Frankreich und Russland mit zusammengekommen 29 % (1886-90) bzw. knapp 35 % (1891-95). Dagegen betrug der Anteil der Patienten aus der Schweiz nur noch 13 % bzw. knapp 11 % im Zeitraum 1891-95.

Auch im Untersuchungszeitraum sieht man diese Entwicklung fortgesetzt, kommen mit einem Anteil von knapp 56 % wieder mehr als die Hälfte der Patienten aus Deutschland und nur noch ca. 8 % aus der Schweiz. Mit gut 36 % ist der Anteil der Patienten aus dem übrigen Ausland gegenüber dem Vorzeitraum noch weiter angestiegen. Zusammenfassend stellen wir also fest, dass sich in den vergangenen 40 Jahren das Einzugsgebiet der Kuranstalt erheblich vergrößert hat; Deutschland stellt noch immer die größte Gruppe, aber der Anteil

der Schweizer ist weit zurückgegangen, und andere Herkunftsländer sind immer stärker vertreten.

Beruf

Ebenso wie auch unter Ludwig Binswanger d. Ä. stammten im Untersuchungszeitraum rund 33 % bzw. 30 % der Patienten aus dem Wirtschafts- und Bildungsbürgertum. Dagegen haben die Anteile der in der Landwirtschaft tätigen Patienten von 9 % auf unter 6 % und das Kleinbürgertum von 15 % auf etwa 1 % abgenommen. Diese Tendenzen sind bereits in den vorangehenden Zeiträumen 1886-90 bzw. 1891-95 deutlich geworden.

8.3. Diagnosen

Bei dem Versuch, über längere Zeiträume mit Hilfe quantifizierender Methoden Vergleiche bezüglich der psychiatrischen Diagnosen anzustellen, stehen wir vor mehreren Problemen. Wie bereits von Weismann-Günzler ausgeführt, liegt eine der Schwierigkeiten im Quellenmaterial selbst begründet, insofern als uns aus der ersten Epoche keine durchgängige Dokumentation der Diagnosen zur Auswertung vorliegt.³³⁴ Moses und Hirschmüller stellen fest, dass sich für den Zeitraum 1857-80 nur für etwa zwei Drittel der Patienten eine Diagnose ermitteln lässt.³³⁵

Die zweite, weit bedeutsamere Schwierigkeit hingegen betrifft das Phänomen des Diagnosenwandels. Die Psychiatrie des 19. Jahrhunderts war, mehr noch als andere Fachgebiete in der Medizin, in besonderem Maße von einer Uneinheitlichkeit bezüglich eines allgemeingültigen nosologischen Systems geprägt, und die psychiatrische Nomenklatur unterlag einem beachtlichen Wandel. Damit wird nicht nur der Versuch der retrospektiven Diagnosevergabe erschwert, sondern auch der Vergleich von Originaldiagnosen im Längsschnitt ist nur eingeschränkt möglich. So muss ein Anstieg oder ein Rückgang bestimmter Diag-

³³⁴ Vgl. Weismann-Günzler (2004), S. 136.

³³⁵ Vgl. Moses, Hirschmüller (2004), S. 162.

nosen über die Zeiträume hinweg stets im historischen Kontext interpretiert werden.

Für den Zeitraum 1857-80 konnten Moses und Hirschmüller mit 35,9 % einen sehr hohen Anteil an Diagnosen aus dem *manisch-depressiven* Formenkreis (Melancholie, Manie, Circuläre Psychose) ermitteln. In den Zeiträumen 1886-90 und 1891-95 hat sich dieser Anteil mit ca. 20 % bzw. knapp 21 % fast auf die Hälfte reduziert. Auch im Untersuchungszeitraum liegt der Anteil der Diagnosen Melancholie und Circuläre Psychose mit 22 % in der gleichen Größenordnung wie in den vorangehenden Zeiträumen. Während unter Ludwig Binswanger d. Ä. die Diagnose *Paranoia* mit rund 13 % vertreten war, hat diese im Untersuchungszeitraum mit ca. 6 % auf die Hälfte abgenommen. In den beiden vorangehenden Zeiträumen waren es 7 % bzw. ca. 9 %.

Die *progressive Paralyse* ist zum Untersuchungszeitraum hin gegenüber der ersten Epoche um über 2 Prozentpunkte auf 10,4 % angestiegen. In den Jahren 1886-95 lag der Anteil noch bei unter 9 %. Wie schon für den Zeitraum 1857-80 von Moses und Hirschmüller festgestellt, handelt es sich auch im Untersuchungszeitraum bei den Patienten mit der Diagnose progressive Paralyse ausschließlich um Männer.

Ebenfalls ein deutlicher Anstieg ist in der Gruppe der *Suchterkrankungen* zu verzeichnen. Diese machten unter Ludwig Binswanger d. Ä. zusammengekommen nur 7,2 % aus, während es in den Jahren 1886-90 und 1891-95 ca. 19 % bzw. ca. 18 % waren und im Untersuchungszeitraum ca. 15 %. Innerhalb der Suchtkrankheiten hat insbesondere die Diagnose *Morphinismus* stark zugenommen. Moses und Hirschmüller fanden einen Anteil von nur 0,6 %, während sie in den Zeiträumen 1886-90 und 1891-95 14,1 % bzw. 9,9 % ausmachten. Im Untersuchungszeitraum ist sie mit 9,1 % vertreten.

Besonders auffallend ist auch der Anstieg der Diagnose *Neurasthenie*. Wo Moses und Hirschmüller hier einen sehr geringen Anteil von 1,6 % ermitteln konnten, ist dieser in den Jahren 1886-90 und 1891-95 auf 14,1 % bzw. 12,7 % angestiegen. Im Zeitraum 1896-1900 stellte die Neurasthenie mit 13,8 % die häufigste Einzeldiagnose dar. Bei der Neurasthenie handelte es sich um eine noch

recht junge Krankheitsentität, welche erstmals im Jahr 1869 von dem Amerikaner Georg Miller Beard (1839-1883) als solche beschrieben wurde. Seine im Jahr 1880 verfasste und ins deutsche übersetzte Monographie zu diesem Krankheitsbild fand im deutschen Sprachraum rasche Aufnahme.³³⁶ In der Kreuzlinger Diagnosestatistik taucht der Begriff Neurasthenie erstmals im Jahr 1871 auf. Im Zeitraum 1871-75 wird die Diagnose nur einmal vergeben. Sie steigt von Zeitraum zu Zeitraum von 4 (1876-80) auf 13 (1881-85), 44 (1886-90), 50 (1891-95) und schließlich 56 im Untersuchungszeitraum an. Die Feststellung Domeyers, dass der Krankheitsbegriff der Neurasthenie nur teilweise den der Hypochondrie abgelöst hat, trifft auch auf diesen Zeitraum zu, obwohl zu bemerken ist, dass der Anteil der Hypochondrie von 7 % bei Domeyer auf knappe 5 % abgenommen hat. Anders als im Zeitraum 1857-80, wo es sich bei der Neurasthenie ausschließlich um eine „Männerkrankheit“ gehandelt hat, wird im Untersuchungszeitraum immerhin bei 13 Patientinnen die Diagnose Neurasthenie gestellt.³³⁷ Während die Hypochondrie wie schon in den Jahren 1857-80 eine „Männerdiagnose“ bleibt, ist die Diagnose der Hysterie weiterhin den weiblichen Patienten vorbehalten. Lediglich bei zwei männlichen Patienten finden wir im Untersuchungszeitraum diese Diagnose vergeben.³³⁸

8.4. Bauliche Entwicklung

Wie bereits in den Vorzeiträumen wird auch im Untersuchungszeitraum der Ausbau der Anstalt durch Robert Binswanger weiter fortgesetzt. Neben der Schaffung größerer Aufnahmekapazitäten wird nach wie vor besonderer Wert auf höchste Qualität in der Ausstattung und Einrichtung der Patientenräume und im Bereich des medizinischen Apparates gelegt.

³³⁶ Vgl. Roelcke (1999), S. 112.

³³⁷ Nr. 1392, 1411, 1454, 1481, 1482, 1484, 1485, 1508, 1539, 1548, 1586, 1690, 1770.

³³⁸ Nr. 1381, 1735.

8.5. Therapie

Ebenso wie Domeyer bereits festgestellt hat, werden auch im Untersuchungszeitraum die therapeutischen Grundsätze des Anstaltgründers Ludwig Binswanger d. Ä., welche im wesentlichen die Milieuthherapie, die Familienpflege und die psychische Beeinflussung des Kranken beinhalten, fortgeführt. Nach wie vor kommen ergänzend physikalische, ernährungstherapeutische und pharmakologische Heilmittel zum Einsatz. Im Hinblick auf medikamentöse, elektrotherapeutische und physikalische Anordnungen, wie Massage, Bäder, usw. konnte zu Domeyer und Fischer kein Unterschied festgestellt werden. Wie bereits in den Vorzeiträumen beschrieben, erfreuen sich die genannten Anwendungen auch in den Jahren 1896-1900 großer Beliebtheit. Die eher skeptische bis ablehnende Haltung Robert Binswangers gegenüber der Hypnose- und Suggestionstherapie besteht im Untersuchungszeitraum weiterhin. Auch hier bilden diese Methoden eher die Ausnahme.

Bezüglich physikalischer Zwangsmaßnahmen hat sich in den Jahren 1896-1900 ebenfalls keine Änderung ergeben. Bis auf die vorübergehende Unterbringung mancher Patienten in den geschlossenen Häusern Waldegg bzw. Tannegg finden im Untersuchungszeitraum Zwangsmaßnahmen nach wie vor keine Anwendung.

8.6. Zusammenfassende Betrachtung

Zunächst einmal stellen wir fest, dass die größten Veränderungen mit dem Wechsel der Direktorenschaft, also Anfang der achtziger Jahre, stattgefunden hat. Diese sind im wesentlichen in der baulichen Weiterentwicklung der Anstalt hin zu größeren Aufnahmekapazitäten, zu luxuriöserer Ausstattung, Einrichtung und Ausbau des medizinischen Apparates und natürlich in der räumlichen Trennung von Nerven- und Geisteskranken zu sehen.

Die bereits in den Zeiträumen von Domeyer und Fischer deutlich gewordenen Tendenzen hin zu höheren Aufnahmezahlen, gleichzeitig kürzer werdenden Verweilzeiten, einer zunehmend internationalen Klientel, vorwiegend dem Wirt-

schafts- und Bildungsbürgertum angehörend, finden wir auch im Untersuchungszeitraum wieder. Bezüglich der therapeutischen Gepflogenheiten hat sich gegenüber den Vorzeiträumen keine wesentliche Neuerung ergeben.

9. Diskussion

In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, inwieweit die bisher gewonnenen Erkenntnisse über die Anstalt Bellevue mit den Verhältnissen der damaligen Zeit übereinstimmen oder sich von ihnen unterscheiden. Ebenso stellt sich damit auch die Frage, ob das vorliegende Quellenmaterial und dessen Auswertungsergebnisse repräsentativ sind für die Psychiatrie am Ende des 19. Jahrhunderts oder ob und wieweit es Besonderheiten aufweist.

Als Vergleichsmaterial für die in den vorangegangenen Kapiteln herausgearbeiteten Ergebnisse bezüglich der Kreuzlinger Patientenschaft, des therapeutischen Milieus sowie der Binswangerschen Therapiemethoden sollen folgende psychiatrische Anstalten innerhalb des deutschsprachigen Zeitraums des ausgehenden 19. Jahrhunderts herangezogen und den Gegebenheiten des Bellevue gegenübergestellt werden:

1. Staatliche Irrenanstalt Schussenried (Eröffnung 1875)
2. Irren- und Krankenanstalt Waldhaus in Masans, Chur (Eröffnung 1892)
3. Privat-Irrenanstalt „Christophsbad“ in Göppingen (Eröffnung 1852)

Für die Darstellung der Irrenanstalt Schussenried soll die Arbeit von Angela Roth über die württembergische Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert unter dem Arbeitstitel „Würdig einer liebevollen Pflege“ aus dem Jahre 1999 als Grundlage dienen.³³⁹

Schussenried stellte die dritte staatliche Anstalt Württembergs dar, die im 19. Jahrhundert nach der Irrenpflegeanstalt Zwiefalten (gegründet 1811) und der Heilanstalt Winnenthal (gegründet 1834) im Jahre 1875 unter der Leitung von Franz Geord Ast (1875-1892) ihre Pforten öffnete. Da für die Schussenrieder Anstalt zum Untersuchungszeitraum dieser Arbeit zeitnahe Daten vorliegen, soll diese Anstalt als Vergleichsobjekt dienen.

³³⁹ Vgl. Roth (1999), enthält Beschreibungen über die drei württembergischen staatlichen Anstalten Zwiefalten, Winnenthal und Bad Schussenried.

Das zwischen Biberach und Ravensburg gelegene ehemalige Prämonstratenkloster Schussenried bestand aus einem dreiflügeligen U-förmigem Gebäude mit 3-4 Stockwerken, welches einen großen Innenhof umschloss. Zum einen gab es eine Aufteilung in eine westliche „Männer“- und eine östliche „Frauenhälfte“, zum anderen eine Aufteilung in verschiedene Krankenabteilungen mit Bereichen für die ruhigen Kranken besserer Stände in den obersten Etagen und Gemeinschaftswohn- und –schlafräume der niederen Klassen in den unteren Etagen. Zusätzlich gab es Anbauten, in denen unruhige Kranke einquartiert wurden sowie besondere Isolierzimmer. Die Gemeinschaftsräume boten jeweils Platz für 14 Betten.³⁴⁰ Hierin unterscheidet sich die Schussenrieder Anstalt erheblich vom Bellevue, in dem es keine Gemeinschaftsschlafräume gab, den Patienten, wie wir uns erinnern, ein größtmögliches Maß an Privatsphäre und Behaglichkeit zugestanden wurde. Wohl gab es Isolierzimmer und Unterteilungen in Frauen- und Männerbereiche, sowie eine räumliche Abgrenzung für unruhige und akut psychotische Patienten. Ebenso wie im Bellevue befanden sich die Räume der Wärter in Schussenried in unmittelbarer Nähe zu ihren Pfleglingen. Anders als im Bellevue hingegen mussten sie sich bei den ruhigeren Patienten deren Schlafräume mit ihnen teilen. Im Bellevue kam dies nur in denjenigen Fällen vor, in denen eine medizinische Notwendigkeit hierfür bestand.

Auch bei der am 29. Mai 1892 gegründeten Irren- und Krankenanstalt Waldhaus bei Chur handelt es sich um eine staatliche Anstalt, welche Gegenstand der Arbeit Christian Schrofers über die Bündner Psychiatriegeschichte des 19. Jahrhunderts ist.³⁴¹ Bei den hier angeführten Vergleichen soll auf die in Schrofers Arbeit enthaltenen Statistiken und Anstaltsbeschreibungen zurückgegriffen werden. Im Gegensatz zur Binswangerschen Anstalt, die sich als Einrichtung „für heilfähige Kranke und Pfleglinge aus den besseren Ständen“³⁴² sah, waren im Waldhaus Kranke aus allen Gesellschaftsschichten vertreten.³⁴³

³⁴⁰ Vgl. Roth (1999), S. 81 ff.

³⁴¹ Schrofer (1999).

³⁴² Vgl. Wischnath (2003), S. 7.

³⁴³ Schrofer (1999).

Schließlich dient die heute noch bestehende und ehemals unter dem Namen „Privat-Irrenanstalt Christophsbad“ bekannte Einrichtung in Göppingen als Vergleichsobjekt unter den Privatanstalten. Eva-Maria Müller befasst sich in ihrer medizinischen Dissertation mit der Geschichte der im Jahre 1852 vom schwäbischen Arzt Hans Landerer eröffneten privaten Irrenanstalt.³⁴⁴ Dabei wertet sie Krankengeschichten bezüglich demografisch-sozialer, die Krankheiten betreffender sowie therapeutischer Merkmale aus. Ebenso wie bei vorliegender Arbeit wurden als Quellenmaterial Krankenakten zugrunde gelegt. Für den Vergleich mit dem Untersuchungszeitraum 1896-1900 im Bellevue soll unser Augenmerk vor allem auf den von ihr untersuchten Zeitraum 1898-1900 gelenkt werden. Ebenso wie das Bellevue war das Christophsbad ein Familienbetrieb, welcher zunächst im Jahr 1877 in die Direktorenschaft von Gustav Landerer, dem Sohn des Anstaltsgründers übergang. Aus einem Bericht über die Privat-Irrenanstalt Christophsbad über „deren Bestand und Wirksamkeit in den Jahren 1893-1898“, welches im Jahre 1899 von der Direktorenschaft³⁴⁵ herausgegeben wurde, ist zu erfahren, dass sich in diesem Zeitraum die Anstalt im Besitz der drei Brüder Sanitätsrat Dr. Gustav Landerer (Direktor), Ökonomierat R. Landerer und Dr. Heinrich Landerer (II. Arzt) befindet. Im Gegensatz zum Bellevue fanden in Christophsbad auch Staatspfleglinge zu einem entsprechend niedrigeren Pflegesatz Aufnahme.

Aufnahmezahlen/Patientenbestand

Insgesamt bot die Anstalt Schussenried Raum für 300 Patienten. In den ersten elf Jahren nach Anstaltsgründung wurden 988 Kranke aufgenommen. Leider liegen in der Arbeit von Roth keine genaueren Zahlen vor, so dass keine detaillierten Vergleiche möglich sind. Nichts desto trotz lässt sich festhalten, dass die Aufnahmekapazität des Bellevue um ein Vielfaches kleiner war als die der Vergleichsanstalt. Lag der durchschnittliche *Patientenbestand* im Untersuchungszeitraum im Bellevue bei rund 50 Patienten, konnte Schussenried 300 Patienten

³⁴⁴ Eva-Maria Müller (1984).

³⁴⁵ Christophsbad (1899).

aufnehmen. Ob eine maximale Auslastung vorgelegen hat, lässt sich aufgrund der überfüllten Anstalten in den staatlichen Häusern nur vermuten. Im Verhältnis zu den Bestandszahlen haben wir im Bellevue eine deutlich höhere Aufnahmezahl. Betrug die Aufnahmezahl im 5-Jahreszeitraum des Bellevue 405 Aufnahmen, so erscheint die Zahl von 988 Aufnahmen im mehr als doppelten Zeitraum von 11 Jahren nicht drastisch höher. Somit zeigt sich ein wesentlich höherer Patientendurchsatz im Bellevue im Vergleich zu der staatlichen Einrichtung in Schussenried. Interessant wäre hier ein Vergleich der durchschnittlichen Verweilzeiten, leider liegen hierzu jedoch keine Zahlen vor. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Schussenried deutlich höher lag als im Bellevue. Ob dies teilweise damit zusammenhängt, dass die Behandlung in der privaten Einrichtung, durch welche Faktoren auch immer, effektiver war und damit Patienten viel früher als gebessert oder gar geheilt entlassen werden konnten, oder längere Verweildauern schon allein der nicht zu vernachlässigenden Behandlungs- und Unterbringungskosten wegen meist gar nicht in Frage kamen, lässt sich nur mutmaßen. Auch gab es größere Unterschiede in der Schwere der Erkrankungen, so dass in der staatlichen Anstalt per se längere Behandlungsdauern notwendig waren. Heißt es doch, Direktor Ast habe bei Aufnahme des Anstaltsbetriebes im Jahr 1875 eine „traurige Schar von Kranken“ in Empfang nehmen müssen; von den 107 aus anderen Anstalten übernommenen Kranken waren immerhin fast die Hälfte (48!) bereits weit über 10 Jahre krank, 35 schon 5-10 Jahre und 20 2-5 Jahre krank gewesen.³⁴⁶ Tatsächlich stammte die Patientenschaft zum Zeitpunkt der Eröffnung nahezu vollständig aus Umverlegungen aus den überfüllten Anstalten Winnenthal, Göppingen und Pfullingen, wobei Oskar Binder hierzu folgendes feststellte:

„Es ist natürlich, dass die betreffenden Anstalten möglichst ihre widerwärtigsten und jedenfalls vor allem ihre aussichtslosesten Kranken hierher abgaben.“³⁴⁷

³⁴⁶ Vgl. Roth (1999), S. 63.

³⁴⁷ Vgl. Roth (1999), S. 45; zitiert aus Oskar Binders Abhandlung „Die Statistik der Krankenbewegung in der K. Heil- und Pflegeanstalt Schussenried seit ihrem Bestehen“ 1886, erschienen im Medicinischen Correspondenzblatt. Binder war zunächst Assistenzarzt in Schussenried, später Direktor der Privatirrenanstalt Pfullingen und dann in Zwiefalten.

Auch die beiden anderen Anstalten wiesen deutlich höhere Aufnahme- und Bestandszahlen im Vergleich zum Bellevue auf. So ergibt eine Gesamtaufnahmezahl von 711 Aufnahmen im 5-Jahreszeitraum 1892-97 im Christophsbad eine durchschnittliche Aufnahmezahl von etwa 142 Aufnahmen pro Jahr.³⁴⁸ In der Anstalt Chur wurden im Jahr 1892 etwa 100 Kranke aufgenommen.³⁴⁹ Während sich im Bellevue beispielsweise zum Stichtag 31.3.97 52 Patienten befanden, betrug die Bestandszahl im Christophsbad zum Stichtag 30.4.1897 423 Patienten³⁵⁰, also mehr als das Achtfache.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Bellevue im Vergleich zu den drei anderen Anstalten mit wesentlich geringeren Aufnahme- und Bestandszahlen deutlich kleiner war. Wie auch am Beispiel Schussenrieds sehen wir auch im Christophsbad und Waldhaus im Verhältnis zu den Bestandszahlen niedrigere Aufnahmezahlen. Im Christophsbad betrug der Anteil der 2-Jahresaufenthalte immerhin knapp 8 %. Während im Bellevue bei der Mehrzahl der Kranken (82,7 %) die Aufenthaltsdauer bis zu einem halben Jahr beträgt, sind es in Christophsbad nur rund 15 %.³⁵¹

Pensionssätze

Bezüglich der Behandlungskosten lässt sich aufgrund von fehlenden Angaben in den hier herangezogenen Arbeiten nur ein Vergleich mit dem Klinikum Waldhaus bei Chur vornehmen. Überhaupt ist es schwierig einen direkten Preisvergleich anzustellen, da die Preise im Bellevue je nach Ausstattung (Größe der Räume, Lage usw.) und Inanspruchnahme verschiedener Leistungen (Privatwärter, Begleitperson, Vollverpflegung usw.) stark variierten. So schwanken die Preisangaben zwischen 2,50 Reichsmark pro Tag für eine einfache Wohnung, wohl ohne Behandlung und Verpflegung, bis 28 Reichsmark für 2 Zimmer inkl. Verpflegung und Seeblick. Legt man den im Anstaltsprospekt angegebenen Preis von 12,50 Franken zugrunde, so liegt dieser deutlich über dem Tagessatz

³⁴⁸ Vgl. Christophsbad (1899), S. 2 f.

³⁴⁹ Vgl. Schrofer (1999) S. 55.

³⁵⁰ Vgl. Christophsbad (1899), S. 3.

³⁵¹ Vgl. Christophsbad (1899), S. 13.

im Waldhaus. Hier wurde für Patienten, die aus einem fremden Kanton kamen, ein Preis von bis zu 7 Franken pro Tag zugrunde gelegt.³⁵²

Geschlechterverteilung

In Bezug auf die *Geschlechterverteilung* stellt man fest, dass auch in der staatlichen Anstalt Schussenried und im privaten Christophsbad mehr Männer als Frauen behandelt wurden. Während für Schussenried leider keine Zahlen vorliegen³⁵³, lagen die Aufnahmen von männlichen Patienten im Christophsbad im 5-Jahreszeitraum 1892-97 bei 361 (50,8 %), die von weiblichen bei 350 (49,2 %). Im Bellevue betrug der Anteil der Männer 62 %, der Anteil der Frauen 38 %. Wir sehen, dass das Verhältnis Männer : Frauen im Bellevue deutlich stärker ausgeprägt war als im Christophsbad. Im Waldhaus hingegen lagen die Verhältnisse anders. Hier überwog der Anteil der weiblichen Patienten mit 56 % gegenüber den männlichen.³⁵⁴

Die Tatsache, dass eher mehr Männer als Frauen in den Anstalten zu finden waren, führt Roth darauf zurück, dass geisteskranke Frauen wohl leichter zu Hause zu pflegen waren als Männer.³⁵⁵

Altersstruktur

Wie im Bellevue ist auch die Altersverteilung in allen drei Anstalten ähnlich.³⁵⁶ Im Bellevue ist die Altersgruppe der 40-49-jährigen mit 29,6 %, gefolgt von den Altersgruppen 30-39-jährige mit 27,7 % und 20-29-jährige mit 21,7 % am größten. Im Christophsbad bildet die Altersgruppe der 25-45-jährigen den größten Patientenanteil.³⁵⁷

³⁵² Vgl. Schrofer (1999) S. 58.

³⁵³ Vgl. Roth (1899), S. 45

³⁵⁴ Vgl. Schrofer (1999)S. 92.

³⁵⁵ Vgl. Roth (1999), S. 45.

³⁵⁶ Vgl. Müller (1985) S. 32; Roth (1999) S. 44; Schrofer (1999) S. 93.

³⁵⁷ Vgl. Christophsbad (1899), S. 10.

Familienstand

In Bezug auf den Familienstand fällt auf, dass im Gegensatz zu den Anstalten Christophsbad, Schussenried und Waldhausen bezogen auf beide Geschlechter allein im Bellevue der Anteil der Verheirateten mit 50,6 % knapp überwog. Im Christophsbad lag der Anteil der Verheirateten nur bei 34,9 % (Jahre 1893-97).³⁵⁸ Bei Roth heisst es, dass der überwiegende Teil der Patienten unverheiratet war.³⁵⁹

Betrachtet man die Geschlechter getrennt, so stellt man fest, dass sowohl im Bellevue als auch in Schussenried und Waldhaus die Mehrzahl der männlichen Patienten ledig (Bellevue 54,2 %) und die Mehrzahl der weiblichen Kranken verheiratet war (Bellevue 60,4 %). Im Gegensatz dazu fällt im Bericht des Christophsbades auf, dass hier tatsächlich mehr Männer als Frauen verheiratet (Männer 61,6 %; Frauen 38,4 %) waren. Ferner gibt es einen im Vergleich zum Bellevue höheren Anteil (Christophsbad 1,9 %) Geschiedener (Bellevue 0,5 %) sowie mit 8 % einen doppelt so großen Anteil an Verwitweten (Bellevue 4,2 %). Die Zahl der verwitweten Frauen beträgt dabei mehr als das Dreifache der Männer. Die Zahl der geschiedenen Frauen beträgt sogar mehr als das Zehnfache als bei den Männern. Der Autor des Berichtes stellt die These auf, dass den Frauen „der Kampf ums Dasein allzuschwer wird und dass sie in ihrer Vereinzelung einen grossen Theil Widerstandskraft verlieren und den an sie gestellten Anforderungen erliegen.“³⁶⁰

Konfession

Im Bellevue gehört die Mehrzahl der Patienten mit 61 % der evangelischen Glaubensgemeinschaft, 18 % der römisch-katholischen, rund 17 % der jüdischen und 1 % der griechisch-orthodoxen Glaubensgemeinschaft an. Auch im Göppinger Christophsbad ist die Mehrzahl der Patienten evangelisch (rund 82 %), rund 17 % sind katholisch. Anders als im Bellevue gehören im

³⁵⁸ Vgl. Christophsbad (1899), S. 8.

³⁵⁹ Vgl. Roth (1999), S. 45.

³⁶⁰ Vgl. Christophsbad (1899), S. 8 f.

Christophsbad nur 1,4 % der jüdischen Religion an. Zu den anderen Anstalten liegen keine Zahlen vor.

Herkunftsländer

Während die Kreuzlinger Klientel eine internationale ist mit Wohnorten nicht nur in der Schweiz (8,1 %), sondern überwiegend in Deutschland (55,6 %), aber auch in Russland (8,4 %), Frankreich (6,4 %), Österreich (4 %), Italien (3,7 %) und in Osteuropa (5,9 %), stammen die Patienten der staatlichen Häuser überwiegend aus der umgebenden Region, diente Schussenried doch zunächst im wesentlichen der Entlastung der beiden württembergischen Anstalten Winnenthal und Zwiefalten, die völlig überlastet und überfüllt waren.³⁶¹

Auch die Anstalt Waldhaus war bis auf Ausnahmefälle zur Versorgung der Kranken aus dem eigenen Kanton bestimmt.³⁶²

Die Patientenschaft des Christophsbads rekrutierte sich ebenfalls überwiegend aus der Region. Stammten doch rund 84 % aus Württemberg, rund 14 % aus dem übrigen Deutschland und lediglich 2,3 % aus dem Ausland. Bei den ausländischen Patienten stellte die Schweiz mit rund 38 %, gefolgt von den USA mit 31 % die größte Gruppe dar. Weitere Länder waren Böhmen, Holland, Mailand, Russland und Afrika.³⁶³

Anders als im Bellevue stammte eine große Zahl der Christophsbader Patienten (31 %) aus anderen Krankenhäusern, Irrenlokalen oder Bädern und waren nach Göppingen verlegt worden. Auch aus anderen teilweise staatlichen und privaten Anstalten wurden rund 7 % übernommen. Lediglich etwas mehr als die Hälfte der Kranken (57 %) kam von zu Hause zur Aufnahme.

Berufe

Die Patienten der staatlichen Anstalt Waldhaus stammten aus allen Gesellschaftsschichten mit allen Berufen; so waren auch neben Bettlern Adelige ver-

³⁶¹ Vgl. Roth (1999), S. 45.

³⁶² Vgl. Schrofer (1999) S. 58.

³⁶³ Vgl. Christophsbad (1899), S. 6.

treten.³⁶⁴ Über die Berufe und gesellschaftliche Stellung der Schussenrieder Patientenschaft liegen uns keine näheren Angaben vor. In der Gebäudebeschreibung werden neben großen Gemeinschaftsschlafräumen auch Räumlichkeiten für höhere Stände erwähnt, so dass man von einem kleinen Anteil an Patienten aus den höheren Gesellschaftsschichten ausgehen kann. Obwohl das Christophsbad eine private Anstalt war, überwog in den Jahren 1898-1900 die Gruppe der Arbeiter, Unselbständigen, Handwerker und Tagelöhner mit 40 %. Beamte und Angestellte waren mit 7 % vertreten, Selbständige Handwerker, Kaufleute und Großgrundbesitzer mit 15 %, Akademiker lediglich mit 9 %. Ganz anders hingegen im Bellevue, wo die Gruppe der Kaufleute, Privatiers und Akademiker gefolgt von den höheren Beamten zusammengenommen mit rund 73 % die größte Gruppe bildeten.

Diagnosen

Ebenso wie bei dem Versuch die Diagnosenverteilung über die verschiedenen Zeiträume des Bellevue hinweg zu vergleichen, stoßen wir auch hier wieder auf die gleiche Problematik. Die wenig einheitlichen Diagnoseschemata lassen kaum einen direkten Vergleich zu, und vernünftige Aussagen sind nur begrenzt möglich. Vergleicht man die behandelten Krankheitsbilder, so scheinen, zumindest was den Untersuchungszeitraum betrifft, doch erhebliche Unterschiede zu bestehen. Während in Schussenried die schizophrenen und depressiven Psychosen überwogen, gefolgt von progressiver Paralyse, stellte im Untersuchungszeitraum die Neurasthenie mit 13,8 % die häufigste, die Melancholie mit 11,4 % die zweithäufigste Diagnose dar. An dritter Stelle folgte die circuläre Psychose mit 10,6 %. Anders als in Schussenried, wo der Alkoholismus die kleinste Gruppe bildete, stellte diese im Bellevue mit 6,2 % die siebthäufigste Diagnose dar.³⁶⁵ Die Diagnose Neurasthenie erscheint in Schussenried gar nicht, was die Vermutung nahe legt, dass sich die Erkrankung der Neurasthenie am ehesten hinter einem anderem Diagnosebegriff verbirgt. In der Arbeit von

³⁶⁴ Schrofer (1999).

³⁶⁵ Vgl. Roth (1999), S. 46.

Schrofer finden sich keine Vergleichsdaten für die Waldhäuser Anstalt. Es wird jedoch die Graubündner Irrenstatistik von 1888 wiedergegeben. Laut dieser litten 41 % der Geisteskranken an Paranoia, 21,5 % an Mania, 21 % an Melancholia und 16,5 % an Anioia.³⁶⁶

In der Arbeit von Müller über die Göppinger Anstalt Christophsbad finden sich Vergleichszahlen zum Zeitraum 1898-1900, die sich genau mit dem Untersuchungszeitraum dieser Arbeit decken. Allerdings bereitet auch hier ein direkter Vergleich Schwierigkeiten, da die Diagnosen von Müller retrospektiv nach Durchsicht der Krankengeschichten nach heutigen Gesichtspunkten gestellt wurden. Müller unterteilt orientierend in „Neurose incl. Sucht“, „endogene Psychose“, „organische Psychose“, „neurologische Erkrankung“, „keine neurologische Erkrankung“ und „Suicidversuch“. Mit 76 % stellt die „endogene Psychose“ die größte Diagnosegruppe dar, gefolgt von den „neurologischen Erkrankungen“ mit 12 %, „organische Psychosen“ mit 9 % sowie „Neurosen“ mit 7 %. Die nicht näher unterteilten Diagnosen der Gruppe „keine neurologische oder psychiatrische Erkrankungen“ werden ebenfalls mit 7 % beziffert.

Die Vergleichsdaten der beschriebenen Anstalten scheinen zu bestätigen, dass der hohe Prozentsatz Nerven- und Suchtkranker am Bellevue weder der Situation an öffentlichen Anstalten noch der gängigen Diagnoseverteilung anderer privater Anstalten entspricht, wobei zu bedenken ist, dass das Christophsbad mit seinem hohen Anteil an Staatspfleglingen keine typische Privatanstalt darstellt. Bereits in den Dissertationen, die sich mit den vorangehenden Untersuchungszeiträumen befassen, konnte gezeigt werden, dass der Anteil der Nervenkranken im Bellevue stets höher war als in den herangezogenen Vergleichsanstalten. Dies entspricht den Äußerungen und Bemühungen Robert Binswangers, die Anzahl Nervenleidender zu erhöhen und zunehmend weniger Geisteskranke aufzunehmen.

³⁶⁶ Vgl. Schrofer (1999), S. 92.

Therapie und Behandlungsmethoden

Das therapeutische Konzept des Bellevue basiert im Wesentlichen auf 5 Säulen: der Milieuthherapie, der psychischen Therapie oder auch *Traitement moral* genannt, der Arbeits- und Beschäftigungstherapie, der physikalischen Therapie und der medikamentösen Therapie. Diese Behandlungsmethoden unterscheiden sich nicht wesentlich von den für die Vergleichsanstalten postulierten Therapiekonzepten.

Wenden wir uns zunächst dem Christophsbad zu. Obwohl Hans Landerers Ziel „eine bessere Versorgung der ‚armen Irren‘ im Land“³⁶⁷ zu schaffen und seine Anstalt nicht primär wie die Binswangersche auf Patienten besserer Stände ausgerichtet war, war auch ihm die individuelle Zuwendung zum Patienten ein Anliegen. Die Bedeutung eines familiären Milieus in der Anstalt wird nicht explizit erwähnt und wäre bei dieser Anstaltsgröße auch nur schwer zu verwirklichen. Dass dem Anstaltsleiter ein liebevoller Umgang mit den Kranken dennoch am Herzen lag, zeigt folgender Satz aus dem Fünfjahresbericht, in dem Landerer vom „Segen des richtigen Anstaltslebens“ spricht, „in welchem Weisheit und Liebe jeden auf den richtigen Platz stellt“.³⁶⁸ Zwar ließ sich in der großen Göppinger Anstalt ein Leben innerhalb der Ärztesfamilien, wie im Bellevue praktiziert, nicht umsetzen, jedoch gab es durchaus Einladungen in die Familien der am Christophsbad tätigen Ärzte.³⁶⁹ Müller berichtet, dass zum therapeutischen Milieu einerseits ein streng geregelter Tagesablauf mit strenger Hausordnung, andererseits ein Zerstreungs- und Unterhaltungsprogramm gehörte. So sorgte ein Lehrer durch Unterricht, Gesangsstunden und Lesungen für die geistige Anregung und Beschäftigung der Kranken. Ferner wurden Spaziergänge bzw. Spazierfahrten, Ausflüge aufs Land, Musik oder sogar Bierabende für die Männer und Kaffee-/Teevisiten für die Frauen organisiert.³⁷⁰ Als Besonderheit wären die täglichen Andachten zum Tagesbeginn sowie die sonntäglichen Gottesdienste zu erwähnen. Landerers Vorstellung vom „moral treatment“, so

³⁶⁷ Vgl. Müller (1984), S. 10.

³⁶⁸ Vgl. Christophsbad (1899), S. 70.

³⁶⁹ Vgl. Müller (1984), S. 77.

³⁷⁰ Ebenda, S. 74.

Müller, seien geprägt gewesen von seiner protestantisch pietistischen Religiosität.³⁷¹ Regelmäßig kamen protestantische und katholische Pfarrer sowie jüdische Rabbiner zu den Gottesdiensten und Patientengesprächen.³⁷² Neben der Milieuthherapie betonte Hans Landerer die moralische Bedeutung der Arbeitstherapie. So nennt er im 25-jährigen Jubiläumsbericht den im gewöhnlichen Leben arbeitsscheuen Menschen einen kranken und moralisch verkommenen Mensch. Ein jeder nach schwerer Krankheit Gesundender, so Landerer, sehne sich nach Arbeit und Beschäftigung.³⁷³ Vor allen Dingen maß er der landwirtschaftlichen Arbeit einen besonderen Stellenwert zu. So gehörte zur Anstalt ein 20 Hektar großes Landgut, auf dem zahlreiche Patienten, ungeachtet ihres Bildungsstandes, in der Landarbeit eingesetzt wurden. Außerdem waren eine hauseigene Gärtnerei, eine Metzgerei, Bäckerei sowie ein Waschhaus und eine Nähabteilung vorhanden.

Die physikalische Therapie wurde beispielsweise in Form feuchter Einwicklungen und warmer Bäder umgesetzt, welche vor allen Dingen der Beruhigung von Aufregungszuständen dienen sollten.³⁷⁴ Ferner kamen hydrotherapeutische Maßnahmen, wie Tauchbäder, Strahlduschen sowie Regen- und Tropfbäder zum Einsatz. Eine Besonderheit im Christophsbad stellte die sogenannte Liegetherapie dar, welche zur Behandlung akuter Psychosen Anwendung fand und in 13 % der Krankenakten dokumentiert ist.³⁷⁵

Eine medikamentöse Behandlung wird im Vergleichszeitraum bei 27 % der Krankengesichten dokumentiert. Namentliche Erwähnung finden Opium, Morphinum, Atropin und Cholralhydrat.³⁷⁶

Bezüglich möglicher Zwangsmaßnahmen plädierte Landerer, soweit möglich, für eine „absolute Entfernung des Zwangs in jeglicher Gestalt“. So sei auch „die Isolierung möglichst zu vermeiden.“³⁷⁷ Müller berichtet allerdings, dass er diese

³⁷¹ Ebenda, S. 6.

³⁷² Ebenda, S. 73.

³⁷³ Vgl. Landerer, G., Lutz X. (1878), S. 28.

³⁷⁴ Vgl. Christophsbad (1899), S. 68.

³⁷⁵ Vgl. Müller (1984), S. 65.

³⁷⁶ Ebenda, S. 66 f.

³⁷⁷ Vgl. Christophsbad (1899), S. 66 und 68.

Einstellung zum „no restraint“ keineswegs idealisierte. Sie zitiert den 25-jährigen Bestandsbericht der Anstalt, in dem es heißt: „Wenn alle von innen kommenden Beschränkungen, wenn aller Sinn für Ordnung, Sitte, Anstand etc. geschwunden, dann kann diese Beschränkung [Fixiermaßnahme] für den Kranken nichts Fürchterliches haben.“³⁷⁸

Auch in den Anstalten Waldhaus und Schussenried wurde die Anwendung von Zwangsmitteln weitestgehend vermieden. Ast galt als ausgesprochener Verfechter des No-Restraint-Systems. Nur in Ausnahmefällen kam die Zwangsjacke zum Einsatz. Für das Jahr 1895 war sie nur bei einem einzigen Patienten mit extremen Selbstbeschädigungstendenzen dokumentiert.

Ähnlich wie im Bellevue nahm auch in Schussenried die Milieuthherapie einen großen Stellenwert ein. So wurde bereits bei der Standortwahl Wert gelegt auf eine ruhige Lage „in landschaftlich schöner und klimatisch gesunder Umgebung und die Konfrontation mit einer mäßig anregenden ‚normalen‘ Umwelt.“ Die württembergischen Anstalten sollten von einer menschenfreundlichen Atmosphäre sowie von einer strengen, vernünftigen Hausordnung geprägt sein. In der Anstalt sollte der Kranke wie in einer Familie Geborgenheit und letzten Endes Heilung finden. Als wichtiger Grundsatz galt die Wahrung der Menschenrechte. Entsprechend dem Therapiekonzept im Bellevue wurde dem pädagogischen Behandlungskonzept eine zentrale Rolle zugewiesen.³⁷⁹ Obwohl die sinnvolle Beschäftigung der Kranken auch von Direktor Ast gefördert wurde, hielt er wenig von Werkstätten. So gab es unter seiner Leitung keine Werkstatt. Stattdessen wurden die Kranken bei anfallenden Bau- und Gartenarbeiten beschäftigt. Neben der Arbeitstherapie wurde durch zahlreiche Unterhaltungsangebote, wie z.B. Konzerte, Theateraufführungen, Maskenbälle und vielerlei Feste für die nötige Zerstreuung und Freizeitgestaltung der Patienten gesorgt. Ferner stand ihnen neben einer umfangreichen Unterhaltungsbibliothek ein Anstaltsbad im nahegelegenen Natursee zur Verfügung.³⁸⁰ Man war darum be-

³⁷⁸ Vgl. Müller (1984), S. 64.

³⁷⁹ Vgl. Roth (1999), S. 88 f.

³⁸⁰ Ebenda, S. 64.

müht, noch vorhandene Fähigkeiten und Interessen der Patienten zu fördern und ihnen durch einen ihnen gemäße Beschäftigung oder Unterhaltung zu neuem Selbstbewusstsein zu verhelfen.³⁸¹

Der Einsatz physikalischer Therapieformen in Schussenried findet in der Arbeit von Roth kaum Erwähnung. So heißt es lediglich, dass die württembergischen Anstalten über die zu jener Zeit üblichen Badevorrichtungen für Sturz- bzw. Douchebäder und einen galvanischen Apparat verfügten.³⁸² Außerdem wird die Anwendung von „kalten und lauen Begießungen von einem Stuhl oder einer kleinen Leiter herunter durch eine gewöhnliche Gießkanne (die sogenannten Regenbäder) oder kalte Umschläge auf den Kopf“ in der benachbarten württembergischen Anstalt Winnenthal erwähnt.³⁸³

Auch spielte die medikamentöse Behandlung eine wohl untergeordnete Rolle und diente lediglich als Ergänzung.³⁸⁴ Ähnliche Therapiekonzepte galten auch in Waldhaus im Chur.³⁸⁵

Wie hier dargestellt lag der Schwerpunkt des Behandlungskonzepts in allen hier genannten Anstalten nicht auf einer einzelnen bestimmten Methode oder Arznei, sondern auf dem Zusammenwirken der verschiedenen Therapieformen zur Gestaltung eines heilsamen Milieus. Durch die Persönlichkeit und weltanschauliche Ausrichtung der Anstaltsleiter, die unterschiedliche Größe der Anstalten und die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel wurden wohl verschiedene Akzente in Konzept und Umsetzung gesetzt. Es zeigt sich, dass die therapeutischen Grundsätze der Kreuzlinger Anstalt im Wesentlichen mit denen anderer psychiatrischer Kliniken im ausgehenden 19. Jahrhundert übereinstimmen.

³⁸¹ Ebenda, S. 90.

³⁸² Ebenda, S. 92.

³⁸³ Vgl. Roth (1999), S. 94.

³⁸⁴ Vgl. Roth (1999), S. 92.

³⁸⁵ Vgl. Schrofer (1899), S. 70.

10. Zusammenfassung

Durch die Aufklärung des 18. Jahrhunderts geprägt, war an der Wende zum 19. Jahrhundert ein anderes wissenschaftliches Denken entstanden. Mit diesem verbunden war erstmals die Vorstellung von der Heilbarkeit des „Irrseins“ durch den Einsatz gezielter therapeutischer Maßnahmen. Nachdem bis dahin die Aufgabe der Anstalten lediglich in der „Verwahrung“ der Kranken bestanden hatte, fing man nun langsam an, den Anstalten eine „Heilfunktion“ zuzuschreiben. So entstanden in jener Zeit die „Irrenhäuser“ oder „Irren-Heilanstalten“, in denen die Unterbringung der Geisteskranken nicht mehr wie zuvor in Asylen, Spitälern, Armenhäusern oder Gefängnissen zusammen mit Kranken, Armen und Kriminellen erfolgte.

Im Jahre 1857 gründete der Arzt Dr. Ludwig Binswanger (1820-1880) in Kreuzlingen am Bodensee die Privatanstalt „Asyl Belle-vue“, um hier Nerven- und Geisteskranke zu behandeln. Die Binswangersche Anstalt stellte dabei neben den größeren, staatlich geführten Einrichtungen eine der vielen privaten Kliniken dar, welche in jener Zeit des Umbruchs entstanden. In den folgenden 123 Jahren, nämlich bis zur endgültigen Schließung des Bellevue im Jahr 1980, wurden hier psychiatrische Patienten von 4 Psychiatergenerationen behandelt. Der Gesamtbestand der Kranken- und Verwaltungsakten aus dem Klinikarchiv des Bellevue ist als authentisches psychiatriegeschichtliches Zeugnis nahezu vollständig erhalten. Im Rahmen eines Forschungsprojekts des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin des Universitätsklinikums Tübingen erfolgt die Erschließung und Auswertung des Binswanger-Archivs. In einer Reihe fortlaufender Dissertationen befasst sich die vorliegende Arbeit mit dem Untersuchungszeitraum 1896-1900.

Für die Untersuchung und Auswertung des Zeitraums 01.01.1896 bis 31.12.1900 wird im Besonderen auf die Krankenakten, das Aufnahmebuch, die Diagnosekartei sowie Veröffentlichungen und private Briefe Robert Binswangers zurückgegriffen. Im Mittelpunkt der Arbeit steht dabei die Untersuchung und Auswertung der Krankenakten. Hierfür wurden sämtliche 305 erhaltenen

Krankenakten gesichtet und jede 12. bzw. insgesamt 31 Krankengeschichten vollständig transkribiert.

In den Jahren 1896-1900 unterstand die Klinikleitung Robert Binswanger, dem Sohn des Anstaltsgründers. Robert wurde als zweites von fünf Kindern von Ludwig und Jeanette Binswanger am 12. Mai 1850 in Tübingen geboren. Nach dem Besuch des Gymnasiums in Konstanz und später der Kantonsschule in Frauenfeld folgte 1870-74 das Medizinstudium in Zürich, Tübingen, Straßburg und Basel. Nach seiner Promotion absolvierte er zunächst eine einjährige Assistenzzeit bei Ludwig Meyer in Göttingen. Im Jahr 1876 heiratete Robert seine erste Frau Berta Hasenclever. Im Januar 1876 trat Robert Binswanger in die väterliche Klinik ein und übernahm nach dem Tod des Vaters im Jahr 1880 deren Leitung. Diese hatte er bis zu seinem Tod im Jahre 1910 inne.

Wurden unter der Leitung Ludwig Binswangers zuletzt 20-30 Patienten pro Jahr aufgenommen, waren es im Untersuchungszeitraum durchschnittlich 81 Aufnahmen. Trotz gesunkener Verweildauer war dies nur möglich, da Robert Binswanger intensiv den Ausbau der Anstalt vorantrieb. So sind in den Jahren 1880-1900 neben zusätzlichen Wirtschaftsgebäuden weitere 12 Villen zur Unterbringung von Kranken und Ärzten hinzugekommen. Um dem höheren Patientenaufkommen gerecht zu werden, war die Festanstellung dreier Ärzte erforderlich. Neben seinem leitenden Oberarzt Hermann Smidt gab es die Ärzte Otto von Holst und seit 1896 zusätzlich wechselnde Assistenzärzte.

Die Erweiterung der Anstalt ermöglichte die von ihm angestrebte räumliche Trennung von Geistes- und Nervenkranken.

Im Untersuchungszeitraum 1896-1900 wurden insgesamt 405 Aufnahmen im Bellevue dokumentiert. Dies ergibt eine durchschnittliche Aufnahme von 81 Patienten pro Jahr. Davon sind 62 % Männer und 38 % Frauen.

Die überwiegende Zahl der Patienten (ca. 83 %) blieb bis zu einem halben Jahr, ca. 58 % unter einem Vierteljahr in der Anstalt. Der Median der Verweilzeiten beträgt 71 Tage.

Die am häufigsten vertretene Altersgruppe bezogen auf beide Geschlechter ist die der 40-49-jährigen, gefolgt von der Gruppe der 30-39-jährigen. Das mittlere

Alter beträgt 40 Jahre. Mit rund 51 % ist der Anteil Verheirateter am größten. Betrachtet man die Geschlechter getrennt, stellt man fest, dass bei den Frauen die Zahl der Verheirateten überwiegt (rund 60 %), bei den Männern hingegen die Mehrzahl ledig ist (54 %).

Bezüglich der Glaubenszugehörigkeit bilden die Patienten des christlichen Glaubens mit 79 % die größte Gruppe, wobei 61 % der evangelischen und 18 % der römisch-katholischen Religion angehörten. Rund 17 % gehörten dem jüdischen Glauben an. Die Mehrzahl der Patienten stammte aus Deutschland. Der Anteil Schweizer Patienten war hingegen mit 8,1 % nur sehr gering. Darüberhinaus stammten zahlreiche Patienten aus verschiedenen europäischen sowie osteuropäischen Ländern, aber auch von Übersee. Bei den Berufsgruppen ist diejenige des Wirtschafts- und Bildungsbürgertums am stärksten vertreten.

Die Diskussion zeigt, dass in den Vergleichsanstalten sowohl die Anzahl der Aufnahmen als auch die Verweildauer höher war. Auch in den Vergleichsanstalten Schussenried und Christophsbad wurden mehr Männer als Frauen behandelt. Dies könnte daran liegen, dass geisteskranke Frauen zu Hause leichter zu pflegen waren als Männer. Während die Altersverteilung in den Vergleichsanstalten ähnlich war, finden sich Unterschiede bezüglich Familienstand und Religionszugehörigkeit. Dem internationalen guten Ruf des Bellevue entsprechend kamen viele Patienten von weit her, während in der Diskussion gezeigt werden konnte, dass die Patienten der Vergleichsanstalten überwiegend aus der Region stammten. Ebenfalls durch den guten Ruf und die hohen Pensionspreise lässt sich erklären, dass die Klientel des Bellevue überwiegend aus sozial höher gestellten Schichten stammte, die in den Vergleichsanstalten hingegen nur einen kleinen Anteil der Patienten ausmachten.

Die im Untersuchungszeitraum häufigste Diagnose ist die der Neurasthenie. Ebenfalls häufig diagnostizierte Erkrankungen stellen die progressive Paralyse und Suchterkrankungen wie Morphinismus und Alkoholismus dar. Entsprechend dem Bestreben Roberts wurden unter seiner Leitung im Vergleich mit der Zeit seines Vater und vor allem auch im Vergleich zu den staatlichen Anstalten, die die allgemeine Versorgung gewährleisten mußten und somit keine Auswahl-

möglichkeit hatten, vermehrt Nervenranke und weniger Patienten mit schweren psychiatrischen Erkrankungen aufgenommen. Ein genauerer Vergleich ist sowohl mit zeitgenössischen Anstalten als auch mit der heutigen Zeit aufgrund der Uneinheitlichkeit in der Terminologie und der Diagnoseschemata des ausgehenden 19. Jahrhunderts nicht möglich.

Das therapeutische Konzept des Bellevue basiert im wesentlichen auf fünf Säulen: der Milieuthherapie, der psychischen Therapie, auch „Traitement moral“ genannt, der Arbeits- und Beschäftigungstherapie, der physikalischen und der medikamentösen Therapie. Das therapeutische Milieu beschreibt das Zusammenleben in der Anstalt: ein geregelter Tagesablauf mit ausgeglichenen Ruhe- und Schaffensphasen, das Fernhalten negativer äußerer Einflüsse und der enge Kontakt zu den Mitgliedern der Arztfamilien sollte eine heilsame und wohltuende Atmosphäre schaffen. Das „Traitement moral“ wird von Ludwig Binswanger dem Jüngeren mit pädagogischer Behandlung gleichgesetzt. Gemeint ist damit die Vorbildfunktion und das direkte Einwirken des Arztes auf den Kranken. Eine Psychotherapie im heutigen Sinne fand sich im Bellevue vor der Jahrhundertwende nicht. Zur Arbeits- und Beschäftigungstherapie zählten neben Holzhacken und Gartenarbeiten auch Turnen, Gymnastik und Kegeln. Zusätzlich wurden gemeinsame Ausflüge, Vorträge, Fremdsprachenunterricht und Lektüre angeboten. Die physikalische Therapie umfasste Elektro- und Hydrotherapie, Massagen, Einpackungen und Wickel. In der Pharmakotherapie kamen neben allgemeinmedizinischen Medikamenten vor allem Beruhigungs- und Schlafmittel zur Anwendung. Psychopharmaka im eigentlichen Sinne existierten in dieser Zeit noch nicht.

Die Diskussion zeigt, dass sich die Behandlungsmethoden der Binswanger'schen Anstalt nicht wesentlich von den für die Vergleichsanstalten postulierten Therapiekonzepte unterschieden.

Genauer herausgearbeitet wurde die Therapie der Suchterkrankungen. Über das prinzipielle Vorgehen beim Morphinismus und Alkoholsucht herrschte um die Jahrhundertwende weitestgehend Einigkeit. Bei der Morphinumabhängigkeit wurde, wie in den zeitgenössischen Lehrbüchern empfohlen, im stationären

Rahmen die Morphinumdosierung reduziert und ausgeschlichen. Auch die die Entzugssymptome lindernde Gabe von oralem Opium, wie sie im Bellevue praktiziert wurde, findet sich in der medizinischen Fachliteratur der Jahrhundertwende wieder. Nur Kraepelin zeigte wenig Verständnis für die Substitution mittels Opium und schien damit seiner Zeit voraus, da er bereits damals ganz richtig den Morphinummissbrauch durch Opiummissbrauch ersetzt sah. Dass einer erfolgversprechenden Behandlung des Morphinismus nicht durch die alleinige Entziehung genüge getan werden konnte, war auch den Ärzten des ausgehenden 19. Jahrhunderts bekannt. Wie es im Bellevue selbstverständlich war, sollte der Entzug in ein therapeutisches Gesamtkonzept eingebettet sein.

Bezüglich der Behandlung Alkoholkranker verbreitete sich zwar bereits zur Zeit der Jahrhundertwende der Gedanke, dass Trinker nur durch völlige Abstinenz zu heilen seien. Jedoch war Robert Binswangers Einstellung, der bei der Behandlung Alkoholkranker keinen besonderen Wert auf eine abstinenten Lebensführung legte, nicht untypisch für seine Zeit, wurde doch der gemäßigte Alkoholenuss durchaus als Stärkung für die körperliche Leistungsfähigkeit gesehen.

Insgesamt zeigt diese Arbeit, dass der Schwerpunkt des Behandlungskonzepts im Bellevue ebenso wie in den zum Vergleich herangezogenen Anstalten nicht auf einer einzelnen bestimmten Methode oder Arznei, sondern auf dem Zusammenwirken der verschiedenen Therapieformen zur Gestaltung eines heilsamen Milieus lag. Verschiedene Akzente in Konzept und Umsetzung erklären sich durch die Persönlichkeit und weltanschauliche Ausrichtung der Anstaltsleiter, die unterschiedliche Größe der Anstalten und die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Die therapeutischen Grundsätze der Kreuzlinger Anstalt stimmen im wesentlichen mit denen anderer psychiatrischer Kliniken im ausgehenden 19. Jahrhundert überein, wobei in der Binswangerschen Klinik immer ein besonderer Wert auf die Einbindung des Kranken in die Familie des Arztes gelegt wurde.

11. Dokumentarteil

Editionsgrundsätze

Die nachfolgenden Krankengeschichten sind vollständig wiedergegeben. Die Transkription der hier abgedruckten Krankengeschichten aus den Patientenakten erfolgte diplomatisch getreu. Die Interpunktion wurde behutsam heutigem Gebrauch angeglichen, offensichtliche Rechtschreibfehler stillschweigend verbessert. Abkürzungen wurden in eckigen Klammern aufgelöst (z.B. r[echts], J[ahr] usw.), Ergänzungen oder Anmerkungen, die der Textverständlichkeit dienen, wurden in [...] hinzugesetzt. Auf irritierende Schreibweisen im Original wird durch [sic] hingewiesen. Die Namen der Patienten und ihrer Angehörigen sind anonymisiert. Details, die zur Identifikation von Patienten führen könnten, etwa Wohnortsbezeichnungen, wurden durch [...] ersetzt.

11.1. Krankengeschichte Nr. 1403

Dokument 1403/1

Krankengeschichte aus dem Bellevue.

No 1403

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name:	Friedrich P.
Stand:	Professor
Alter:	45
Wohnort:	[...]
Tag der Aufnahme:	13.5.96
Tag des Austritts:	24.9.96
Diagnose:	Paranoia ex Morphinismo [Alkoholismus, vgl. Einweisungsbrief Nr. 1403/2]

Erblichkeit:

Vater † an Bright'scher Krankheit.

Geschwister des Vaters: alt †, 1 Sohn einer Schwester asthmatisch.

Mutter † an Altersschwäche.

Vater der Mutter †, Gehirnschlag.

1 Bruder der Mutter lebt, 1 Sohn desselben † an epidem. Meningitis.

Geschwister: 1 Bruder von Jugend auf schwächlich, geistig zurückgeblieben, hat 1 gesundes Kind. 1 Schwester † an Lungenschwindsucht.

Kinder: 1 Tochter † 4 ½ J[ahre] Meningitis.

1 " 17 J[ahre] gesund.

1 " 14 J[ahre] gesund.

Bisheriger Krankheitsverlauf:

Pat. war schwächliches Kind, hat jedoch nie wesentliche Krankheiten durchgemacht. Schulbesuch in Sch. [Wohnort], lernte leicht. Mit 19 Jahren Examen. Als Schüler eine Zeitlang nervös. Asthma trat zuerst auf als Pat. 8 Jahr alt war, die Anfälle kamen selten, häufiger in der Studentenzeit. Trank nicht sehr viel, rauchte viel. Bevor er die Universität bezog, trat er als Avantgardeur in ein Infanterie-Regiment ein, 1871, machte die Belagerung von Paris mit. Damals Tripper. Studierte bis 1874 in München, dann in Würzburg Medizin, nebenbei auch Zoologie.

1878 Dr. med., 1880 Dr. phil., 1876 Heirat, 1880 Habilitation in [...] für Zoologie. Viel auf Reisen, namentlich Nepal. 1884 Malariainfektion in Nepal. Damals schwer krank. Schon 1876 wissenschaftliche Reise mit S[...] nach den Balearen. Schon gegen [18]79 Rheumatismus mit Schwellungen der größeren Gelenke. Öftere Rezidive des Rheumatismus, wegen der Gelenkschmerzen greift Pat. gegen 1886 zu Morphium. Mehrere Male ganz frei von Morphium, jetzt seit 2 ¾ Jahren ununterbrochen Morphium.

Im Frühjahr [18]94 zeitweise Cocain. Alkoholgenuß angeblich nur ½ Fl. Wein, 3-4 Fl. Bier tgl..

Sommer [18]94 noch Vorlesungen in [...]. Seitdem bei Dr. Bindseil (Blankenburg i/Thr.)

Seit 8 Tg. Halluzinator[ische] Erregung, deshalb nach Jena. 6/9 [18]95 Suizidversuch mit einer Lanzette, starker Blutverlust.

Krankengeschichte:

[Handschrift von Dr. Meyer, Abschrift aus Originalakte der Anstalt Jena.]

Status praesens (Jena):

Größe: 1.82. Gewicht: 150 Pfund. Fettpolster: Mäßig entwickelt. Muskulatur: Eher gering.

Haut: Ziemlich schlaff. Iris: blau. Schädelumfang: 54, keine wesentliche Asymmetrie, Haar schwarzbraun, ziemlich stark ergraut.

Gaumen: Normal. Zähne: Sehr defect.

Ohren: Spina helix beiderseits. Truncus sup. antehelix ziemlich flach. Zunge: Unbelegt.

Conjunctivae: Eher etwas bleich. Gesicht normal gerötet.

Arterien: Etwas rigide, etwas geschlängelt.

Herzdämpfung nach rechts klein.

Herztöne: Etwas leise, erster Ton überall unrein.

Vasomotorisches Nachröten: Normal.

Leberdämpfung: Normal.

Lunge: Untere Lungengrenzen wenig verschieblich; einzelnes Reiben auf der l[inken] Infraclaviculargrube.

Urin: Sauer, Eiweiß in geringer Menge.

Thorax: Leicht faßförmig.

Milzdämpfung stark vergrößert.

Tibiae glatt, keine Drüsenschwellungen.

Zahlreiche, zum Teil verfärbte Injectionsnarben allenthalben. Kleine Stichwunde an der Radialseite über dem l[inken] Handgelenk (Suizidversuch).

Testikel sehr klein, Penis sehr kurz, keine deutlichen Narben.

Pupillen: Lichtreaction prompt, etwas wenig ausgiebig. Convergenzreaction: Prompt, ausgiebig.

Augenbewegungen: Frei, bei brusken Bewegungen nystag[misches] Zittern.

Stirnrunzeln: Symmetrisch.

Mundfacialisinnervation: Symmetr.

Zunge: Grade, stark schwankend (in sagittaler Richtung vorgestreckt).

Armbewegungen: Stark, etwas unregelmäßig, etwas Tremor; kein Intentionstremor, keine Ataxie.

Beinbewegung: Kein Romberg. Gang mitunter leicht unregelmäßig. Schwanken; etwas kleinschrittig, mit steifen Gelenken.

Anconaeusphaenomen: Beiderseits eher gesteigert.

Kniephaenomen: Eher gesteigert.

Plantarreflex: Normal.

Cremasterreflex: L[inks] erhalten, r[echts] nicht deutlich.

Händedruck: r[echts] l[inks]

83 86

86 67

Berührungsempfindlichkeit: Erhalten. Localisationsfehler an den Händen mittelgroß.

Schmerzempfindlichkeit: Nicht deutlich herabgesetzt.

Druckpunkte: Kopfpertussion nicht schmerzhaft, keine Druckpunkte.

Geruch: Für Perubalsam beiderseits erhalten.

Spracharticulation: Intakt.

Ordo:

Bettruhe.

Morph[ium] nur 0,1 pr. die.

Abends abwechseln 2 g Sulfonal und 1,5 g Chloralhydrat.

Oft erregt, unsicher und argwöhnisch. Fragt den Arzt, ob das wirklich Morphinum sei, ob er in einer wirklichen Nervenanstalt sei. Hört Stimmen, welche rufen: „Abgewöhnen, abgewöhnen, rausschmeißen.“ Glaubt, er sei bei den Ärzten legitimiert; fürchtet, von der Polizei abgeholt zu werden. Versichert mehrfach, er sei Professor. Glaubt, ohne seine Utensilien nicht auskommen zu können. – Schlaf Nachts unruhig, öfters Angstanfälle. Brustangst. Druckgefühl auf dem Scheitel.

9.IX.

Wann in Nepal? 1872.

Worüber damals gearbeitet? Noch Student.

Erste wissenschaftliche Arbeit dort? Mit dem Thema d. Doktordissertation:

[...].

In welchen Jahren das erste Werk nach der Dissertation? [...] [Dissertationsthema], weiter weiß ich nicht.

Bei wem Innere Medizin? Bei Gerhard.

Besonders gearbeitet? Bei Kölliker u. Fisch.

Wer Dekan 1894 in [...]? Es ist entweder [...] gewesen oder - .

Präsident von Frankreich? –

Vorher? Carnot.

Letzte große Kriege? China & Japan.

Wer gesiegt? Japaner.

7 x 188 ? –

7 x 8 ? 32.

5 x 7 ? 35.

7 x 8 ? 86.

Das Haus hier? Psychiatr. Klinik.

Name d. Arztes? Lewy.

Name d. 1. Arztes? Warda [Arzt aus der Anstalt in Jena].

11.IX.

Gehörhalluzinationen noch immer sehr zahlreich. „Du bist in einer Irrenklinik.“ „Du bist ein ganz verlumpter Kerl.“ „Das ist ja bloß Luft, was sie Dir injizieren.“

Schlaf Nachts kurz, Appetit gut. Trinkt 1 ½ Milch, Malzextrakt.

19.IX.

Gewichtszunahme 7 Pfund. Stimmen weniger zahlreich. Beschäftigt sich mit Lesen. Bittet, mit der Morphinumdosis herunterzugehen. Gibt zu, auch Hyoscin eine Zeit lang gespritzt zu haben.

23.IX.

Nachts Angstanfall mit Athemnot und Herzbeklemmung. Brustkorb in Expirationsstellung; Lungengrenzen tief. Herzdämpfung verkleinert. Kein Pfeifen bei der Expiration.

26.IX.

Unruhiger. Absceß am Unterarm an einer Injektionsstelle. Axillardrüsen geschwollen. Incision. Sublimatverband. Stimme: „Das ist eine Blutvergiftung, daran mußt Du zu Grunde gehen.“ Ängstlich. 0,04 Codein.

27.IX.

Nachts wenig geschlafen. Absceß im Zurückgehen. Besuch der Angehörigen. Ziemlich wenig Interesse. In der Unterhaltung geordnet. Intelligenz ungestört. Wissenschaftliche Lektüre.

28.IX.

Auf 0,08 Codein schlecht geschlafen. Nachts asthmatischer Anfall. 2,0 Chloral.

1.X.

1 ½ Pfund zugenommen.

2.X.

0,02 Codein Abends ohne Wirkung.

9.X.

In die Privatklinik übergesiedelt. Hier wird in einigen Wochen die Entziehung beendet.

4.IV. 1896

Pat. war bisher in der Privatklinik von Prof. Binswanger. Er hat sich seit längerer Zeit frei mit dem Wärter in der Stadt bewegt, auch im hiesigen Laboratorium beschäftigt. Stimmen dissimulierte er seit Monaten. Vor kurzem gab er dies in einem an San-Rat [Sanitätsrat] Bindseil gerichteten Briefe zu.

Gestern Abend fuhr er heimlich nach [...]. Durch einen Wärter wurde er heute von dort zurückgebracht. Er trug in der Westentasche ein Bistouri [Skalpelli] „zum Hühneraugenschneiden“ aus Zufall. Er folgt freiwillig zur Abteilung (M.B.), tritt freiwillig ein. Bad. Bettruhe.

5.IV.

Hat geschlafen. Heute Nachmittag halluc[inatorische] Erregung. Es kam über ihn, wie die heiligste Offenbarung; ein eigentümlicher Friede senkte sich auf ihn nieder. Er war gezwungen zu beten. Der faule Zauber, die schauerlichen Schimpfworte, die ihn vorher nach [...] getrieben hatten, waren verschwunden. Heute hörte er von ganz heiliger Stimme: „Du bist gerecht und gerettet.“ Hörte von der Stimme seiner Mutter, dass er der letzte M[...] sei. Das hat er schon lange aus den Familienpapieren gewusst. Schon vor Weihnachten sagte eine Stimme: „Hier stirbst Du als letzter Spross des einst kgl. Hauses M[...]“.

Sein Stammbaum gehe bis auf Noah. Christus war einer seiner Vorfahren. Seitdem er im vorigen Jahre den Arm gebrochen und sich dabei wohl eine Hirnerschütterung zugezogen, höre er die Offenbarungen. Gleich darauf: Erst seit Monaten habe er Offenbarungen. Visionen bestritten.

*) Nach Angabe der Gattin führt thatsächlich die Familie des Pat. ihren Stammbaum auf eine franz. Adelsfamilie M[...] zurück.

6.IV.

Pat. räsoniert heute über seine geistige Erregung folgendermaßen: Es sei entweder eine Erkrankung seines Gehörorgans oder ein von außen zugeführtes, frevelhaftes Spiel mit seinem Gehörorgan. Die geistige Offenbarung sei etwas ganz wunderbares, er habe unter einem fremden Einfluss gestanden, mit einem Male sei es eine ganz eigentümliche Stimmung gewesen, die über ihn gekommen. Wie er zur Einsicht gekommen, Christus sei sein Stammvater, wisse er sich nicht zu erklären. Er glaube, er habe es gehört. Das sei sicher von außen herangebracht. Er werde doch solchen Unsinn nicht glauben. Aber gestern habe er es geglaubt, das sei ja das Merkwürdige. Ganz fremdartige Dinge gingen mit ihm vor, zum Theil sehr Poetisches. Vor längerer Zeit sei ihm gesagt worden: „Unausgesprochene Worte hast Du gen Himmel geschrien.“ Das könne er sich ja erklären, das sei eine Projektion aus dem Sprachcentrum in den Acusticus, aber sonderbar sei es immerhin. Er habe immerhin das Gefühl, als könne er die gehörten Tongemälde photographisch darstellen, diese seien eigentümlicher Art, er glaube, es sei eine ungeheure, vervielfältigte Menschenstimme, als ob jedes Fäserchen des Cortischen Organes besonders irritiert werden könne. Er habe sich gefragt, ob es sich nicht um eine Wirkung der Röntgenschen Strahlen [Entdeckung der X-Strahlen 1895 durch Conrad Röntgen (1845-1923). 1901 Nobelpreis für Physik] auf den Acusticus handle. S. u. 2.6.96.

Die verschiedenen Tongemälde vergleiche er mit kaleidoskopischen Bildern. Gleichzeitige Gesichtsempfindungen habe er dabei nicht. Diese Tongemälde seien keine Harmonien, überhaupt habe ihm bis gestern jede Erinnerung für Melodien gefehlt, seitdem er in Jena sei. Gestern habe er auf einmal wundervolle Harmonien gehört, die sich auf ihn niedersenkten.

7.IV.

Hat sich beruhigt.

10.IV.

Macht tgl. Spaziergänge.

Milzdämpfung noch groß.

16.IV.

Beschäftigt sich mit anatom. Studien.

9.V.

Sehr viel Stimmen. Zweifelt gar nicht an unnatürlicher Beeinflussung. Spricht davon, die Angelegenheit dem Staatsanwalt zu übergeben.

12.V.

Nach Bellevue-Constanz übergesiedelt.

[Krankengeschichte Bellevue]

13.V.96.

Aufnahme in Bellevue. Pat. bleibt einige Tage in der Waldegg, siedelt am 22.V. nach der Landegg über.

30.V.96. Status.

Pupillen gleich. Reaction auf Licht & Accommodation sehr intensiv.

Weicher Gaumen symmetrisch.

Zunge grade, kein Tremor.

Facialis gleich.

Starkes vasomotorisches Nachröten.

Herzdämpfung am unteren Rande der IV. Rippe, überschreitet nicht den unteren Sternalrand. Spitzenstoß nicht deutlich fühlbar. Herztöne rein, 2. Pulmonalton nicht accentuiert. Puls 84.

Leberdämpfung beginnt am unteren Rand der VI. Rippe, überschreitet nicht den Rippenbogen, unterer Rand nicht palpabel.

Milzdämpfung sehr intensiv, Milzrand überragt in der Mammillarlinie den Rippenrand um 2 Finger.

Bauchreflexe sehr gering.

Anconaeus beiderseits deutlich.

Kniephänomen beiderseits lebhaft.

Cremasterreflex deutlich.

Über den Lungen überall Vesiculärathmen.

2.6. 96

Pat. hat sich in der Gesellschaft bisher tadellos benommen, auch andere von seinen Hallucinationen nicht unterhalten [sic]. Er selbst will in der Unterhaltung und Lectüre davon so gut wie frei sein, er müsse dann schon scharf hinhören, um etwas zu bemerken. Dagegen wird er bes. Nachts geplagt. Die Stimmen „behandeln ihn als Literaturprofessor, Sohn eines Gutsbesitzers“, er hört goldene Spitzen, Flitter oder silberne, letztere sind die schlechten, unangenehme, unsagbare Harmonien, die Experimentatoren erzeugen „unterirdisches Donnern.“ Die Acoasmen [akustische Halluzinationen wie Donnern oder Poltern] können sich angeblich, wenn er nicht dagegen ankämpft, bis zu physikalischem Schmerz steigern. Während er früher das Gedächtnis für Melodien verloren hatte, will er es jetzt wieder haben. Schließt er die Augen Nachts, so dreht sich alles um ihn. „Bekämpft“ er die Erscheinungen, so kann er nicht schlafen. Bekämpft er sie nicht, so hat er die seltsamsten Erscheinungen im Schlaf. Er nimmt an, dass alles durch eine Vergiftung mit einer Schadstoffverbindung gemacht sei. Bes. merkwürdige Arterienerscheinungen: Herzklopfen, Klopfen bald zur einen, bald zur anderen Temporalis. S.o. sub.

6.IV.

Wünscht eine Untersuchung seines Cortischen Organs mit Röntgenstrahlen, da dadurch wahrscheinlich die Acoasmen resp. die Stickstoffeinwirkungen nachgewiesen werden könnten.

Durch die nächtlichen Verfolgungen wird er doch so irritiert, dass er am 1.6. einen Brief an seine Frau schreibt, in dem er deutlich die Absicht kund gibt, wenn das so weitergehe, sich ans Leben zu gehen. Wird deswegen am 1.6. in die Waldegg zurückgebracht, was er sich gerne gefallen lässt, da er überzeugt ist, dass durch eine genaue Beobachtung die Sache herauskommen müsse.

9.7.

Seit Mitte Juni im Landegg. Stimmung im Ganzen besser, bes. seitdem er seit 19. Juni Ab[ends] 0,2 später 0,12 & 0,08 Op[ium] erhielt. Hallucinationen und Krankheitsauffassung unverändert.

Op[ium] seit 1. Aug. ohne Mühe durch Chininpillen ersetzt. Höchstens öfter verstimmt. Schläft aber meist Nachts gut. Reicht 8.8. Anzeige beim Staatsanwalt gegen seine Verfolger ein, die 14.8. abschlägig beschieden wird.

12.8. Brief an Prof. G[...] Gesuch, ihn m[it] Röntgen zu photographieren. Wahnideen typisch. Gleich: „Metallischer Stickstoff“.

10.9.

In letzter Zeit Nächte ruhiger. Nervosität geringer.

24.9.

Entlassung. Will in letzter Zeit viel weniger hören. Beunruhigen thut ihn vor allem noch ein gewisses rhythmisches Pulsieren, bes[onders] in d[er] Bauchgend, nicht synchron zu d[em] Pulse. Bittet um Herzuntersuchung. Diese ergibt keine Vergrößerung. Töne dumpf aber rein.

II. Pulmonalton nicht verstärkt. Curve s. Beilage: Mangelh[afte] Elastizität.

*Dokument 1403/2**Brief eines Kollegen aus der Irren-Heilanstalt Jena an Robert Binswanger.*

Jena, 22.IV.1896

Sehr geehrter Herr Doctor!

Im Auftrage Ihres Herrn Bruders frage ich ergeben an, ob Sie geneigt wären, Herrn Professor F. aus [...] in Ihrer Anstalt aufzunehmen. Patient ist mehrere Monate hier in der Privatklinik behandelt worden und befindet sich zur Zeit hier in der Staatsanwaltschaft. Er leidet an hallucinatorischer Paranoia im Anschluss an chronische Malaria, mäßigen Alkoholismus und Morphinismus. Ihr Herr Bruder hält den Patienten für durchaus gesellschaftsfähig und schlägt vor, ihn im Mittelbau unterzubringen. Immerhin aber würde der Kranke eines Privatwärters bedürfen, namentlich da zu befürchten wäre, dass er auf Grund von Stimmen plötzlich fortreist, wie er vor einigen Wochen unvermutet von hier nach [...] gefahren ist.

Ich bitte ergebenst um gefällige baldige Benachrichtigung.

In vorzüglicher Hochachtung

Ihr ergebener

Dr. Warda

*Dokument 1403/3**Mitteilung des Patienten an die Kuranstalt Bellevue gerichtet vom 15.05.1896.*

Mittheilung

Curanstalt Bellevue

Konstanz, Kreuzlingen, den 15. Mai 1896

Hierdurch bescheinige ich, dass ich auf meinen Wunsch die Kuranstalt Bellevue eingetreten bin.

Professor Dr. P. F. aus [...]

Dokument 1403/4

Schriftstück von Dr. Otto Binswanger aus der Irren-Heilanstalt Jena vom 15.05.1896 an die Kuranstalt Bellevue. Von fremder Hand, jedoch mit eigenhändiger Unterschrift.

Ärztliches Zeugnis

Herr Universitätsprofessor Dr. Friedrich P. aus [...], welcher vorher in der Privatklinik und vom 4. April bis 12. Mai c[urrentis] in der Gh. [Großherzoglichen] S[ächsischen] Landes-Irrenheilanstalt hier in Behandlung sich befand, leidet an hallucinatorischer Paranoia infolge Morphiummißbrauchs und bedarf zu seiner Wiederherstellung der Aufnahme in die Heilanstalt Kreuzlingen bei Konstanz.

Jena, 15. Mai 1896

Der Direktor der Gh. S. Landes-Irren-Heilanstalt

Binswanger

Dokument 1403/5

Brief der Ehefrau des Patienten an Robert Binswanger vom 22.05.1896.

Thüringen B[...], S[...]

Villa H. 22.V.96

Sehr geehrter Herr Doctor!

Die durch H[errn] Dr. H. Schmidt [Hermann Smidt] in Ihrem Auftrage gesandten Zeilen mit den Aufnahmebedingungen habe ich erhalten und danke bestens für die Benachrichtigung über meinen Mann. Derselbe ist gewiß gut bei Ihnen aufgehoben und gefällt sich vorläufig gut da. Der Aufenthalt in freier Luft wird ihm nur zuträglich sein, und kann er für Bootmiete und Wagenfahrten noch ein paar Mark täglich ausgeben; es ist ja auch nicht immer gutes Wetter, bei nassem Wetter fallen dann diese Ausgaben fort, auch werden die Wagenfahrten p[er] Omnibus mit den übrigen Pensionären weniger hoch kommen wie Einzelfahrten, die ihm wohl auch nicht verrechnet werden.

Von seinen Hallucinationen schrieb mir zu heute mein Mann, auch, dass er bei seinen Ausgängen sich hie und da ein ganzes Glas Bier oder Wein schmecken ließe. Letzteren hat er ja lange entbehren müssen – Ihr Herr Bruder erlaubte gar keinen Wein zu trinken, auch kein Bier, obwohl mein Mann früher an beides gewöhnt war; in der letzten Zeit bekam mein Mann täglich 2 ½-L[iter]-Fläschchen leichtes Bier. Ich möchte Ihren Anordnungen nicht vorweggreifen, erlaube mir aber diese Bemerkung im Interesse meines Mannes. Ich bitte jedoch, ihn nichts von diesen Worten wissen zu lassen, damit er das Vertrauen zu mir nicht verliert.

Durch die Allgemeine deutsche Creditanstalt [...] werden in den nächsten Tagen M[ark] 600 an Ihre Anschrift abgegeben, über welchen Betrag ich nun Empfangsbescheinigung bitte.

Mit vorzüglichster Hochachtung

Frau Bertha P.

Dokument 1403/6

Brief der Ehefrau des Patienten an Robert Binswanger vom 07.06.1896.

B[...], S[...]

Thüringen 7. Juni 96.

Sehr geehrter Herr Doctor!

Ihre letzten Zeilen, für welche ich besonders danke, haben mich sehr besorgt gemacht. Das Befinden meines Mannes hat sich in den letzten 14 Tagen entschieden verschlechtert, was ich auch aus seinen Briefen entnehme. Es ist möglich, dass sein Leiden fortschreitet, in erster Linie schreibe ich aber die Erregungszustände auch dem Weingenuß [zu], der ihm schon seit Monaten nicht mehr gestattet war. Ich weiß nicht, ob es Ihnen, geehrter Herr Doctor, bekannt ist, dass mein armer Mann außer wiederholten Entziehungskuren von Morphinum auch solche von Alkohol unter Aufsicht von Ärzten überstanden hat und dass er gerade in der letzten Zeit gegen den Durst meist Selterswasser mit Traubensaft bekam. Ich möchte nun meine bereits früher ausgesprochene Bitte, die Ausgaben meines Mannes und seine Correspondenz zu kontrollieren, dringend wiederholen, ersuche auch, ihm keinen Wein oder Cognac etc. auf seinen Touren mit dem Wärter zu gestatten. Es ist mir unglaublich, wofür das Taschengeld neben den Auslagen für Erfrischungen verwendet wurde, und wünsche ich auch darüber genaue Rechnung durch den Wärter. Ich hatte gestern eine Unterredung mit Herrn Hofrath [Otto] Binswanger, auf dessen Wunsch, meinen Mann so weit fort zu schicken, ich mit schwerem Herzen einging; er wird meine Bitte, sich mit Ihnen ins Einvernehmen zu setzen, nicht vergessen habe. Eben kommt die Antwort auf mein Telegramm, die mich etwas beunruhigt. Mein Mann scheint zu liegen, sonst hätte er wie stets in den letzten Tagen geschrieben. Ich bitte, mir umgehend genaue Nachricht über sein Befinden zu geben und die nächste Rechnung $\frac{1}{2}$ Monat nach der letzten zu übersenden. Zur Beruhigung geben Sie doch wohl Bäder, die ihre gute Wirkung nie verfehlten; auch Bettruhe wurde in Jena verordnet.

Mit Empfehlungen an Frau Gemahlin

Hochachtungsvollst

Bertha. F.

*Dokument 1403/7**Brief des Patienten an die Staatsanwaltschaft vom 13.06.1896.*

Sr. Hochwohlgeboren
an den I. Staatsanwalt Herrn E. Uitler
Konstanz
Gerichtsgasse 15.

Sehr geehrter Herr Staatsanwalt!

Ich erlaube mir, Ihnen eine Thatsache zu unterbreiten, die, so unglaublich sie ist, doch das höchste Interesse [der] Justizbehörde beanspruchen muss. Meiner subjektiven Empfindung nach werde ich nämlich durch dritte Personen von außerhalb beeinflusst, mag es sein durch welchen Stoff es will, vielleicht durch irgendeinen, in einem bisher noch unbekannt gebliebenen Aggregatzustand versetzten, gasförmigen Körper. Durch falsche Versprechungen bin ich leider fortwährend hingehalten und von der persönlichen Anzeige verhindert worden. Da es sich nun meiner Überzeugung nach um ein Verbrechen gegen die Person und gegen das Eigenthum eines Deutschen Reichsangehörigen handelt, unterbreite ich Ihnen diese Mittheilung.

Es ist zwar das erste mal, dass so etwas in der Welt geschieht, doch bin ich bereit, diese und noch folgende Aussagen vor Gericht eidlich zu bekräftigen.

Mit vorzüglichster Hochachtung.
Ew. [Euer] Hochwohlgeboren
ergebenster

Professor Dr. med. et phil. Friedrich P. aus [...]

*Dokument 1403/8**Antwortschreiben des Konstanzer Staatsanwalts an Dr. Smidt vom 08.08.1896.*

Der Großherzogliche Erste Staatsanwalt
am Landgericht Konstanz
Konstanz, den 8ten August 1896

An Sein Hochwohlgeboren Herrn Dr. Smidt in der Binswangerschen Heilanstalt
zu Kreuzlingen:

No 14633

Ich übersende Ihnen – Rw. – einen „Professor P.“ unterzeichneten Brief, mit dem ergebensten Ersuchen um gefällige Mitteilung, ob der Schreiber geisteskrank ist und ob sich eventuell empfiehlt, demselben auf das Schreiben keine Antwort zu geben.

Hochachtungsvollst und Ergebenst

[unleserliche Unterschrift]

Dokument 1403/9

Brief des Patienten an Prof. Dr. R. Metzner, Direktor d. physiologischen Instituts d. Univ. Basel, ohne Datum.

Herrn
Professor Dr. R. Metzner
Director des physiologischen Instituts der Universität
Basel

Kreuzlingen

Sehr geehrter Herr College!

Gestatten Sie, dass ich mich mit der Frage an Sie wende, ob es Ihnen möglich ist, Aufnahmen des menschlichen Körpers mittels der Röntgenschen Strahlen zu machen. Da es sich um einen unerhörten Fall handelt, der nur auf diese Weise Aufklärung verspricht, möchte ich um gefällige, recht baldige Antwort ersuchen. Sollte das physiologische Institut nicht im Besitze eines Apparates sein, so würden Sie wohl die Güte haben, mir mitzutheilen, ob in Basel überhaupt derartige Aufnahmen gemacht werden können. Indem ich im Voraus für Ihre Bemühungen danke, zeichne ich mit dem Ausdruck vorzüglicher Hochachtung

Ihr ergebenster
Dr. P.
Professor an d. Universität [...]

d[er] Z[eit] Kreuzlingen
Bellevue-Landegg

Dokument 1403/10

Brief des Patienten an unbekanntem Empfänger vom 23.08.1896

Heilanstalt Bellevue bei Konstanz
Kreuzlingen 23/8/ 96

Mein lieber Herr Doctor!

Schon lange war ich entschlossen, mich Ihnen gegenüber einmal über eigenthümliche und räthselhafte Erscheinungen auszusprechen, unter welchen ich seit Jahresfrist zu leiden habe. Wie Sie wohl wissen werden, habe ich mit meiner Familie vor ca. 1 ½ Jahren [...] verlassen, da das Klima uns allen nicht

zusagte und ich entschlossen war, durch eine mehrjährige Pause und eine rationelle Kur mich vor allem völlig von den Einflüssen des Morphiums zu befreien. Ich ging deshalb nach Blankenburg in Thüringen in die Heilanstalt des Dr. Bindseil, und meine Familie zog mir nach. Inzwischen hat uns das Schicksal in der unerklärlichsten Weise verfolgt. Nach einem schweren Armbruch im Winter (Januar) 1895, der lange Zeit zur Heilung in Anspruch nahm und nach dem Tode meiner geliebten Mutter, traten vor Jahresfrist bei einer ganz allmählichen Morphiumentziehung, eigenthümliche Erscheinungen ein, die gerade gegen Ende August und Anfang September eine solche Höhe erreichten, dass es gerathener erschien, sich, nach einem Suicidversuch, nach Jena in die Behandlung des Prof. Binswanger zu bringen. Die räthselhaften Erscheinungen, welche meine Überführung verursachten, dauerten auch dort fort, ohne dass ich irgend eine Erklärung dafür finden konnte, da die ganze Geschichte mit ungeheurer Schlauheit und Raffiniertheit angefangen war. Binswanger wie seine Assistenzärzte standen und stehen der Sache noch heute wie einem Räthsel gegenüber. Mitte Mai glaubte Binswanger in Jena, dass [sic] durch eine Luftveränderung eine völlige Heilung erzielen zu können und schickte mich zu seinem Bruder nach Kreuzlingen, wo ich mich heute noch befinde. Hier wurde die Sache aber eigentlich immer schlimmer, das heißt insofern, als es mir immer klarer wurde, dass ich das Opfer einer ungeheueren Missethat geworden bin, die ihre einzige Erklärung darüber findet, dass ein bisher unbekannter Stoff in seinen Einwirkungen auf den menschlichen Körper an mir ausprobiert wurde. Die Erklärung, welche ich mir geben kann, lege ich Ihnen auf einem besonderen Bogen bei. Dass ich unerhört zu leiden habe, wird Ihnen, nachdem Sie denselben durchgelesen haben, wohl klar werden. Meine einzige Hoffnung beruht nun darauf, dass, sobald wie möglich, eine Durchleuchtung meines Körpers und womöglich eine R[öntgen] Aufnahme durch X-Strahlen gemacht wird, womit übrigens die hiesigen behandelnden Ärzte sich einverstanden erklären. Neulich las ich noch in der Zeitung, dass dergleichen Durchleuchtungen, vermittels verbundener Geisslerscher Röhren, in Minuten gemacht worden sind und sehr schöne Resultate ergeben haben. Ihnen wird diese Thatsache bekannt geworden sein, und möchte ich Sie daher bitten, mir möglichst umgehend hierüber Mittheilung zu machen. Zweifelsfrei sind diese Sachen in der Münchner medizinischen Gesellschaft besprochen worden. Sollten Vorbereitungen hierzu nothwendig sein, so würden Sie dieselben wohl veranlassen. So wie ich zusagende Nachricht habe, komme ich dann umgehend nach München. Verzeihen Sie, wenn ich auf andere Sachen vorläufig nicht weiter eingehe, da ich vorläufig unter dem Druck der Verhältnisse noch sehr zu leiden habe. In Erwartung Ihrer baldigen Nachricht zeichnet Sie herzlichst grüßender

Ihr ergebenster

Dr. P.

Es ist neuerdings gelungen, wahrscheinlich mit Hilfe der Electricität und ungeheurer Wasserkraft, Wasserstoff (Hydrogen) als metallischen Körper herzustellen. Derselbe besitzt wieder andere Artcharacteres wie die Metalle, welche der Gruppe der Halogene angehören und verhält sich in eigenthümlicher Weise in der Luft suspendiert. Unsichtbar und ungreifbar aber wahrscheinlich undurchdringlich für X-Strahlen. Es bedeutet diese neue Erfindung allerdings einen ge-

wissen Fortschritt auf dem Gebiete der Naturwissenschaften, da man aber im Stande ist, hierdurch einem Menschen in der unerhörtesten Weise zu beeinflussen, da man ihn völlig mit diesem Stoff imprägnieren kann, wird hierdurch nicht etwa das Wohl der Menschen gefördert, sondern nur ein bisher noch nicht dagewesenes Verbrechen ausgeführt. Bei dieser Beeinflussung kommt es zu eigenthümlichen, proteusartigen, akustischen Erscheinungen, die etwa denjenigen gleichen, welche früher durch die Od-erscheinungen³⁸⁶ bekannt gewesen sind. Goldige und silberne Klänge betreffen den Menschen in der unerhörtesten Weise. Zu dieser Beeinflussung gehört allerdings eine gewisse Selbstaufopferung, da der betreffende Erfinder unaufhörlich mit dem Beeinflussen beschäftigt sein muss.

Dokument 1403/11

Aufzeichnung des Patienten, ohne Adressat und Datum.

Es ist neuerdings gelungen, wahrscheinlich mit Hilfe der Electricität und ungeheurer Wasserkraft, Wasserstoff (Hydrogenium) als metallischen Körper herzustellen, und zwar in großen Mengen. Derselbe besitzt wieder andere Artcharacteres als die der Gruppe der Halogene angehörigen Metalle und verhält sich in eigenthümlicher Weise in der Luft suspendiert; unsichtbar und ungreifbar, jedoch höchstwahrscheinlich undurchgängig für X-Strahlen. Man ist hierdurch im Stande, einen Menschen in der unerhörtesten Art und Weise zu beeinflussen, da man allmählich den ganzen Körper imprägnieren kann. Hierdurch kommt es natürlich zu Störungen im protoplasmatischen Zelleben, wodurch wiederum Functionsstörungen in den Organen hervorgerufen werden, so dass nicht nur die secretorischen Flüssigkeiten, sondern auch besonders der Schlaf und hauptsächlich die Traumbilder beeinflusst werden. Letztere sind oft so unnatürlich, dass dadurch allein ein psychologisches Rätsel aufgegeben wird. Außerdem leidet der Beeinflusste an eigenthümlichen, zum Theil ungeheueren, ja man könnte sagen, großartigen akustischen Erscheinungen, welche, dadurch dass sie silbrige und goldige Klänge hervorrufen, an die von früher her bekannten Od-Erscheinungen erinnern, nur dass sie viel intensiver sind. Dazu kommt als hauptquälendes Moment, dass jede musikalische Erinnerung und auch das musikalische Taktgefühl geschwunden ist, so dass der Betroffene nicht im Stande ist, auch nur die kleinste Melodie geistig zu reproduzieren. Man könnte sich eine annähernde Vorstellung von dem Befinden des Beeinflussten machen, wenn man sich etwa vorstellen würde, dass die Electricität noch nicht erfunden sei und man von unsichtbarer Hand mit derselben bearbeitet würde. Dass das gesamte Nervensystem darunter unerhört zu leiden hat und dass der fortdauernde Zustand zu einer Zerrüttung desselben führen muss, liegt klar auf der Hand. Das bedeutet diese neue Erfindung allerdings auf dem Gebiete der Na-

³⁸⁶ Von Karl Frh. von Reichenbach 1844 postulierte magnetische Lichterscheinungen; Theorie in Anlehnung an das magnetische Fluidum Mesmers.

turwissenschaften einen gewissen Fortschritt [Satzbau!], da man aber wie soeben dargestellt, hierdurch im Stande ist, einen Menschen in der unerhörtesten Weise, auf das qualvollste zu beeinflussen, wird hierdurch nicht etwa das Wohl der Menschheit gefördert, sondern im Gegentheil, ein bisher nicht dagewesenes Verbrechen ausgeführt. Trotzdem eine gewisse Aufopferung des Erfinders dazu gehört, da er Tag und Nacht mit dem Beeinflußten beschäftigt sein muss, ist das Ende doch nur dadurch abzusehen, dass entweder der Eine oder der Andere dem Untergang geweiht ist.

11.2. Krankengeschichte Nr. 1610

Die Pat. ist in den Jahren 1887 bis 1895 bereits 4 mal in der Anstalt gewesen. Im Untersuchungszeitraum folgten 5 Aufenthalte, von denen jedoch nur die beiden hier abgedruckten in der Krankengeschichte dokumentiert wurden. In den Jahren 1901-1910 folgten noch weitere 7 Anstaltsaufenthalte:

Nr. 1:	30.09.1887 – 10.12.1887 (771)
Nr. 2:	01.02.1891 – 03.04.1891 (992) ³⁸⁷
Nr. 3:	02.03.1894 – 01.06.1894 (1228)
Nr. 4:	31.03.1895 – 16.09.1895 (1320)
Nr. 5:	29.05.1896 – 15.09.1896 (1406)
Nr. 6:	08.05.1897 – 15.10.1897 (1489)
Nr. 7:	27.09.1898 – 21.11.1898 (1610)
Nr. 8:	09.03.1899 – 17.05.1899 (1645)
Nr. 9:	30.07.1900 – 10.11.1900 (1757)
Nr. 10:	22.06.1901 – 23.10.1901 (1832)
Nr. 11:	03.05.1902 – 14.08.1902 (1900)
Nr. 12:	13.11.1902 – 18.12.1902 (1948)
Nr. 13:	06.08.1903 – 09.11.1903 (2028)
Nr. 14:	03.05.1904 – 11.10.1904 (2099)
Nr. 15:	07.10.1907 – 22.12.1907 (2490)
Nr. 16:	12.01.1910 – 19.06.1910 (2757)

Vgl. auch Akte d. Ehemannes, der ebenfalls mehrfach Pat. im Bellevue war: Nr. 1162, 1405, 1490, 1609, 1756, 1831. Diagnose: Tabes dorsalis.

³⁸⁷ Unter dieser Nummer ist die gesamte KG abgelegt.

Dokument 1610/1

Brief von Prof. Litten³⁸⁸ an die Ärzte des Bellevue bzgl. Aufnahme der Patientin vom 22.09.1887.

Berlin 22.IX.87.

Sehr geehrter Herr College!

Indem ich gern die Gelegenheit wahrnehme, Sie und Herrn Collegen Binswanger wieder einmal zu begrüßen, bitte ich Sie, diesen Brief als gemeinschaftlich an Sie beide gerichtet zu betrachten. Sie werden bereits die Anfrage von Herrn Collegen G. erhalten haben, ob Sie in der Anstalt Platz zur Aufnahme seiner Frau hätten. In der Hoffnung, dass die Aufnahme erfolgen wird, erlaube ich mir, Ihnen einige Daten über den Krankheitsverlauf mitzuthemen und gleichzeitig die Bitte an Sie zu richten, der von mir hochverehrten Frau alle diejenige Unterstützung und Freundlichkeit zukommen zu lassen, welche ihr Zustand erheischt und welche, wie ich weiss, Sie anderen Damen in so liebenswürdiger Weise erwiesen haben, dass diese stets Ihrer und Herrn Collegen Binswanger's in der dankbarsten Weise gedacht haben. Es kommt dazu, dass Frau Dr. G. niemals von ihrer Familie getrennt war und dies jetzt doppelt schwer empfindet, da sie unter ihrer psychischen Verstimmung schwer leidet. Herr College Martin G., dem ich freundschaftlich sehr ergeben bin und der Ihnen vielleicht auch noch von der Charité-Zeit her bekannt sein wird, wo er seiner Zeit als Stabsarzt functionierte, wird seine Frau persönlich begleiten (d. h. nur hinbringen) und die Gelegenheit benützen, Ihnen den körperlichen Zustand zu schildern. Da ich sie aber seit 6 Wochen beobachtet habe, so gestatten Sie mir auch einige wenige Worte nam[entlich] auch mit Bezug auf die weitere Behandlung. Der Habitus der Dame ist derart, dass das Herz für die an und für sich gesteigerte Arbeit nicht genug leistet, entw. aus angeborener Kleinheit (in Virchow'schem Sinne der Hypoplasie) oder in Folge von Fettumwachsung und evtl. fettiger Degeneration des Muskels). Dieses Missverhältnis der Herzthätigkeit tritt nicht immer in gleicher Weise in die Erscheinung, zuweilen gar nicht, zuweilen nur in Form von Eiseskälte der Extremitäten, evtl. verbunden mit Anomalien des Pulses.

Gelegentliche „nervöse“ Erscheinungen, nam[entlich] ein seit Jahren anhaltender Pruritus vulvae sind vorhanden gewesen u. haben den Gebrauch von Morphinum zeitweilig nothwendig gemacht. Seit Anfang August sind ohne nachweisbare Ursachen zweimal täglich in ganz regelmäßigen Intervallen wiederkehrende Paroxysmen aufgetreten, die wir als Angina pectoris bezeichnen mußten nam[entlich] im Gebiet des Vagus verliefen, mit heftigen Contractionen des Diaphragmas mit Singultus, Dyspnoe u. Magenschmerzen, sowie dem Gefühl von heftiger Constriction im Pharynx und Larynx einhergingen. Zu diesen Anfällen, welche im Großen u. Ganzen ziemlich einförmig verliefen, gesellten sich später noch Neigungen zu Weinkrämpfen und wechselnden Schmerzen in den Extremitäten, die nach dem Gebrauch von Salicylsäure schwanden. Dagegen sind die rein spastischen Erscheinungen trotz dem Gebrauch von Chinin u.

³⁸⁸ Prof. Moriz Litten (1845-1907), Internist.

Jodnatrium nicht verschwunden. Ich muss hinzufügen, dass die Anfälle, welche Anfangs den Charakter der reinen angina pectoris hervorriefen, später mehr einen hysterischen Eindruck machten. Dabei wurde die Stimmung der Pat., die sonst sehr heiter und munter ist, gedrückt und zum Weinen geneigt, so dass sie meist in Thränen angetroffen wurde. Um die sehr unangenehmen Anfälle zu coupieren, bekam sie täglich Morphium, bei jedem der beiden Anfälle seither 0,03 gr. Daran ist sie nun allmählich gewöhnt; hinzu kommt, dass sie früher des pruritus wegen auch häufiger Morph. subcutan bekommen hat. Dieses sich abzugewöhnen ist sie vollständig bereit; es fragt sich nur, ob damit auch die Anfälle beseitigt sein werden. Irgendeine Klappenaffection liegt bestimmt nicht vor, jedoch zweifle ich nicht an einer Fettumwachsung oder fettigen Degeneration, jedenfalls liegt ein Missverhältnis zwischen Leistung und Consum vor.

Wieweit die einschneidende Veränderung der Lebensweise und des Klimas auf die Wiederkehr der Anfälle einwirken wird, ist nicht abzusehen; es scheint mir müssig, darüber Conjecturen anzustellen. Von wesentlichem Nutzen wird immerhin die Entwöhnung des Morphiums sein. Nun fragt es sich, ob dieselbe auf einmal oder allmählig stattfinden soll. Ueber diesen Punkt habe ich viel nachgedacht u. bin, selbstverständlich ohne Ihren Intensionen entgegenzutreten zu wollen, zu der Einsicht gelangt, dass bei der ganzen Constitution der Kranken u. den obwaltenden Verhältnissen – eine plötzliche definitive Entziehung mir bedenklich erscheint. Jedoch wiederhole ich noch einmal, dass dies nur meine persönliche Ansicht ist, und dass sowohl Herr Dr. G. als ich so sehr das volle Vertrauen zu Ihnen und Herrn Collegen Binswanger haben, dass wir die Kranke Ihren bewährten Händen einwandlos anvertrauen. Wir hoffen, dass es Ihnen, wie so oft bei anderen Patienten auch hier gelingen wird, die Kranke wieder herzustellen und sie ihrer Familie gesund wiederzugeben. In dieser Hoffnung habe ich nun um Entschuldigung zu bitten, dass ich Ihre Zeit so lange in Anspruch genommen habe, u. empfehle mich Ihnen sowie Herrn Collegen Binswanger auf das Freundschaftlichste.

Ihr aufrichtig ergebener

Prof. Litten

Dokument 1610/2

Aufzeichnungen Smidts aus der Krankengeschichte zum ersten Aufenthalt, verfasst am 30.09.1887.

Frau Dr. Marie G. aus Berlin

Eing. 30/9.87

Anamnese: S. Briefe von Dr. G. & Prof. Litten. Pat. ist eine große, äußerst corpulente Frau (Gewicht 263 Pfund), dabei von heiterem Temperament, spricht viel u. rasch, zeigt äußerlich keine „nervösen Eigenschaften“. Sie hat den lebhaften Wunsch, vom Morphium frei zu werden und unterwirft sich gern den ärztlichen Anordnungen. Das Verhältnis zum Gatten und zu den Kindern

scheint ein sehr enges. Der Abschied von ersterem wird ihr sehr schwer, ddoch gewöhnt sie sich verhältnismäßig rasch ein.

Am 1.10. wird eine strenge Epstein-Diät eingeleitet (s. Arzneiverordnungen p. 39).

(nach Ablauf 1 Woche 7 Pf. Gewichtsverlust.). Am 30.9. Ab[ends] 6 1/2 erster Anfall. Praemonitorische Symptome: Angst, Beklommenheit. Während des Anfalls große Dyspnoe ohne Cyanose, bes. inspiratorisch. Die Athemzüge kommen selten, mühsam tief, „es ist, als ob eine Centnerlast auf meiner Brust säße, als ob mir die Kehle zugeschnürt würde.“ Auf der Höhe des Anfalls greift Pat. an die Kehle, wirft sich angstvoll hin & her, stöhnt, weint, ist bewusstlos. Dabei heftiger Sigultus, 10-30 Mal in der Minute. Nach dem Anfall große Erschöpfung. Puls bleibt regelmäßig, vielleicht etwas retardiert. Zur Coupierung des Anfalls sind ca. 0,06 M[orphium mur[riaticum]] erforderlich.

5.10. Der Anfall tritt regelmäßig 2 x tgl. um 1/2 10 & 1/2 7 Uhr auf. Pat. meint, „wenn ich mich nicht so vor dem Anfall fürchtete, käme er vielleicht nicht so rasch.“ An[t]ipyrin ohne Erfolg (je 0,5 Lt. vor d. Anfall).

10.10. Seit 6.10. Faradisation quer durch das Zwerchfell. Seither nehmen die Singultusanfälle entschieden ab. Ueberhaupt werden mit der Reduction des Morph. die Anfälle schwächer.

Kein Morph. Mäßige Unruhe. Keine erhebl. Störung des Allgemeinbefindens. Nachts 3 Uhr Anfall v. Bewusstlosigkeit mit Angst & Unruhe, coupiert durch 3 Spr[itzen] Aqua dest. Wenig Schlaf (1 Std.).

12.10. Allgemeinbefinden besser. Kopfschmerz, durch 1,0 Antipyrin sehr vermindert. Nachts 1 Uhr Anfall, coupiert wie gestern. Sonst keine Anfälle v. Dyspnoe.

Während der folgenden Tage keine Anfälle mehr. Das Allgemeinbefinden bessert sich, Hunger stellt sich ein. Schlaf bis zum 16.10. durch Chloral resp. Brom bewirkt. Seitdem spontan. Häufig treten Nachts Anfälle von Pruritus vulvae auf, gegen die Acid[um]. boric[um] 3 % unwirksam ist. Seit 21.10. tägl. 2-3 Kleien-sitzbäder.

Dokument 1610/3

Brief des Ehemannes der Patientin an Robert Binswanger vom 15./18.05.1896.

Berlin den 15. Mai 1896.

Hochverehrter Herr College!

Sie werden sich wohl morgen abend wundern, wenn Sie den Katalog der Berliner Gewerbe-Ausstellung mit einigen Beilagen erhalten, aber ich glaube, dass Sie auch in dieser Beziehung das alte Interesse für Berlin bewahrt haben werden und Sie sich eher der Mühe unterziehen werden, wenn Sie nach Tische gegen 1 1/2 verschwinden, noch einige Minuten im Kataloge blättern, um so zu

erfahren, was die Ausstellung bietet. Ich wünschte, Sie könnten hier sein und mit der Gattin eine Wanderung durch Kairo, die Kolonialausstellung, Alt-Berlin p.p. machen³⁸⁹. Es wird Alles Ihren Beifall finden, so dass ich wirklich nicht weiß, was ich lobend hervor heben sollte, es richtet sich der Einzelne wirklich nach dem individuellen Geschmack des Besuchers, und so schwärmt dann der Eine für Dies, der Andere für Jenes. Ich weiß nicht, ob Sie von früher her den Parc v. Treptow kennen, ich habe ihn immer ganz gerne gehabt und habe ihn jeden Sommer öfter mit Familie besucht. Natürlich ist er jetzt nicht mehr wiederzuerkennen. Noch sind seine landschaftlichen Reize mit großem Geschick benutzt, und so wirken die z.B die an den Ufern der Karpfenteiches gelangten tropischen Dörfer (von Afrika u. Neu-Guinea) wirklich echt mit ihrem Leben u. Treiben. Es gehört natürlich für die Kolonialausstellung, so wie zu Kairo, der volle Sonnenschein, um das Leben und Treiben so recht echt zu machen. Denn Kamele, Esel und die Afrikaner sind dann lebhafter, und der Sonnenschein paßt besser zu der südlichen Landschaft, als das trübe graue Wetter, das wir jetzt leider wieder haben. Ich habe glücklicherweise einen sehr schönen sommerhaften Tag zum Besuch der Ausstellung benutzt und beschlossen, nur an solchen Tagen einen Besuch zu wiederholen. Auch von der großen Kunstausstellung hört man nur Gutes, ich bin mit meiner lieben Frau noch nicht hinaus gekommen, habe es aber jeden Tag vor. Ich nehme an, dass Fr. K. Ihnen bereits den illustrierten Katalog zum Studium zu gesandt hat. Sonst würde ich es gerne gethan haben bzw. noch thun. Italiener u. besonders Spanier sollen diesmal hervorragend betheilt sein. Sie sehen mehr, dass uns Berlin für diesen Sommer mit Recht zu fesseln vermag.

Den 18. Mai 1896.

So denkt man und ganz anders ist das Bild in 2 Tagen. Der Brief meiner Frau von gestern wird ja heute in K[reuzlingen] eingetroffen sein, und werden Sie ja daraus sehen, dass wir aus zwingendem Grunde zu Ihnen kommen wollen und ich Ihrer gütigen Fürsorge wieder mein liebes Weib anvertrauen muss, was ich so gerne in diesem Jahr vermieden hätte. Sollten Sie für uns Platz haben, so wollten wir möglichst bald nach Pfingsten kommen und komme ich mit, da mir der Aufenthalt in dem schönen K[reuzlingen] ja auch nur zum Vortheil gereichen kann und das Alleinsein hier mir doch zu öde wird. Wenn es mir erlaubt ist einen Wunsch in Bezug auf die Wohnungsfrage auszusprechen, so wäre es der, in demselben Hause, wo Sie die Wohnung für meine Frau bestimmen, mir ein Zimmer anzuweisen, da während der Entziehung meine Frau besser von mir getrennt ist, da ich auch der Ruhe ziemlich bedürftig bin. Die Abschrift meines am 15. begonnen Briefes ist nun illusorisch geworden, ich setze ihn deshalb nicht fort, da ja Gelegenheit genug für mündliche Mittheilungen übrig bleiben wird. So leid es mir thut, dass aus Ihrer Pariser Reise nichts wird, so groß ist doch mein Egoismus, dass ich mich ein wenig freue, Sie und Ihre liebe Frau in K. anzutreffen. Alles Weitere mündlich!

³⁸⁹ Die Berliner Gewerbeausstellung von 1896 im Park von Treptow war nicht nur dem technischen Fortschritt gewidmet, sondern zeichnete ein Bild des imperialen Deutschland und seiner Kolonien. Der Soziologe Georg Simmel dazu kritisch in: *Soziologische Ästhetik* (1896). Gesamtausgabe Bd. 16 (1999), S. 71-75.

Mit freundlichem Gruß an Sie, Ihre Frau, Frau Binswanger, v. Holsts, von meiner Frau und Ihrem, Ihnen treuen, ergebenen G.

Dokument 1610/4

Brief der Patientin an Robert Binswanger vom 17.05.1896.

17. Mai 96.

Lieber verehrter Herr Dr.,

Reuevoll, verzweifelt und wirklich beschämt, in dieser Stimmung schreibe ich diese Zeilen an Sie, da nur Sie mir wieder helfen können. Ich bin so schwach gewesen und habe seit März ungefähr für meine auftretenden Magenbeschwerden M[orphium] genommen, nun quäle ich mich seit Wochen, es allein loszuwerden, es ist aber hier unmöglich, mein Mann versteht es nicht so, wie Ihre Herren dort, es regt ihn zu sehr auch auf, und Sie wissen, wie schwer es einem selbst wird, davon loszukommen. Nun leide ich aber darunter und den Vorwürfen, die ich mir über mich selbst und meine Schwäche mache, furchtbar, und ich muss das Gift los sein. Da aber eine Reise nach dort wieder viel Geschrei und Ärger etc. hervorruft, will mein Mann auf 3-4 Wochen seinetwegen nach Bellevue kommen, und ich soll ihn begleiten, es ahnt also Niemand dass ich die Schuldige bin. Das paßt auch sehr gut hier, H. [Tochter] ist bis Ende Juni in London, K. [Sohn] in Pension, Mademoiselle in Paris und E. [Tochter] wird bei guten Freunden hier, die eine Villa und herrlichen Garten haben, freundlichst aufgenommen. Nun frage ich Sie, wollen Sie uns für einige Wochen dort aufnehmen, mit Nilpferdpeitschen, die ich dieses Mal wirklich verdiene? Wir wollen dann gleich nach Pfingsten kommen, hoffen, dass Sie Platz und noch ein kleines Freundschaftsgefühl für uns in Ihrem Herzen hegen. So sehr wie ich mich freue, Sie Alle wieder zu sehen, so bangt mir vor all' den Vorwürfen, den stummen und beredten, und glauben Sie mir, lieber Herr Doctor, dass ich noch nie so fest gewillt war wie jetzt, kein M[orphium] mehr für die relativ kleinen Beschwerden des Magens zu nehmen, die Qual nachher, wenn es zu spät ist, ist ja tausendmal ärger. Bitte geben Sie Ihren Schwägern diesen Brief, und bitten Sie dieselben, nicht zu böse auf mich zu sein, es sind doch ganz andere Charaktere als ich ebenso schwach, das ist allerdings keine Entschuldigung, vielleicht aber ein Milderungsgrund. Mein Mann würde selbstredend in nichts sich mischen, er ist nur zu froh, wenn er unbeteiligt sein kann, er kann dort baden u. Milch trinken und Luft in vollen Zügen einathmen. Ich erwarte Ihre Antwort mit Ungeduld, denn je eher ich frei komme, um so glücklicher werde ich sein. Grüßen Sie liebe Frau und Schwägerin Louise herzlich und säuseln Sie Stimmung für mich.

Ihre treue, dankbare Marie G.

*Dokument 1610/5**Brief der Patienten an Robert Binswanger vom 21.05.1896.*

Berlin, 21.5. 96

Lieber Herr Doctor,

Ihr so wohlwollendes Schreiben erhalte ich (!) soeben, wir sind froh, dass Sie für uns Platz haben, denn ich war auf Alles gefaßt. Wir wollen Donnerstag d. 28. hier abreisen, in Frankfurt übernachten und Freitag Abend mit der Schwarzwaldbahn gegen zehn, glaube ich, in Konstanz eintreffen. Wir freuen uns sehr, Sie Alle wiederzusehen und hoffe ich, dass auch Ihr Herr u. Frau v. Holst mein Kommen nicht unangenehm sein wird, dennoch bangt mir vor dem Wiedersehen, und die Devise bis dahin lautet: Gnade mir Gott. Vorläufig herzliche Grüße für Sie und Ihre Lieben, Frau Mietze [Marie-Louise Binswanger, zweite Ehefrau von Robert Binswanger] mit inbegriffen, wir hoffen stark, Sie nach längerer Zeit dort zu genießen.

In alter Freundschaft, Ihre dankbare, zerknirschte

Marie G.

Niemand ahnt, dass wir meinetwegen nach K[reuzlingen] reisen.

*Dokument 1610/6**Aus der Krankengeschichte, Verfasser Dr. Smidt.***Aufnahme 5. 29.5.96.**

Pat. hat seit ca. 4 Monaten wieder gespritzt wegen Magenkrampf. Prurigo seit Veiel's Medication³⁹⁰ ganz geschwunden.

1.6. M[orphium] m[uricaticum] 0,04.

2.6. 0,035.

3.6. 0,03.

Menses.

4.6. 0,025.

5.6. 0,02.

6.6. 0,015.

³⁹⁰ Albert Friedrich Veiel (1806-1874), geb. in Stuttgart-Bad Cannstatt. Arzt und Dermatologe. Gründer der „Heilanstalt für Flechtenkranke“ im Jahr 1837 in Bad Cannstatt, welche als erste deutsche Hautklinik Deutschlands gilt.

M[orphium] m[uriaticum] 0,015.

8.6. 0,01.

9.6. –.

Während der Menses größeres Unbehagen. Dieselben am 5.6. cessiert, treten am 7.6. noch einmal auf. Schlaf 7./8.6. schlecht. 8.6. Ab[ends] Tr[ional] 1,5 etwas Schlaf. 9.6. noch außer Bett. N.M. [Nachmittag] Magen-Krampf mit Tinct[ura] valerian[a] und Aq[ua] laurocerasi aa 4,0 coupiert. Nacht 9./10.6. sehr wenig Schlaf. Unruhe in d. Beinen. 10.6. Morgens letzte Wassereinspritzung. Kann ruhig im Bette liegen. Etwas Diarrhoe. Anosmie.

Nacht v. 10./11.6. Tr[ional] 1,5 sehr wenig Schlaf. N.M. Hypnose. Größere Ruhe ca. ½ St. Schlaf.

Nacht v. 11./12.6. Tr[ional] 1,5 sehr wenig Schlaf. Tags ziemliche Mattigkeit. N.M. [Nachmittag] Besserbefinden. Kommt Ab[ends] in d. Saal.

Nacht v. 12./13.6. Chloralamid 2,5 sehr guter Schlaf. 13.6. Euphorie, nur noch wenig Mattigkeit. NM. Ausfahrt.

20.6. In den letzten Tagen fast tägl. leichter Magenkrampf, meist nach den Mahlzeiten, coupiert mit Aq[ua] amygd[alarum] am[arum] & Tct. [Tinctura] valeriana aeth[erica]. aa 4,0. 18.6. kurzer (1/2 St.), aber sehr heftiger Krampf nach dem Mittagessen (Suppe & Milchreis) angebl. wegen Ärger. 19.6. 12 U[hr] mittags heftiger Magenkrampf. Schmerzen, sich über d. ganzen Leib ausdehnd aber vorwiegend von d. Pylorusgegend zum Rücken, Athmung erschwert. Kühler Schweiß. Aq[uae] am[ygdalarum] & Tct. [Tincturae] val[eriana] unwirksam. Senfteig, heiße Umschläge. Bism[uthum] subnitr[icum] dto. Dauert d. ganzen NM; erst gegen 10 ½ Uhr durch Op[ium] pur[um] 0,1 in suppos. 2 x benötigt.

4.7. Consultation v. Dr. Huber. Magensaft enthält leichten Überschuß an HCl.

Ordo: Magendouche von CO₂ Wasser.

Allmälige Besserung. Op[ium] suppos. [Krämpfe/Schmerzen] gehen langsam zurück. Seit Anf. August war noch ausnahmsweise ein Anfall. Keine Suppos. mehr.

19.8. Menses.

10.9. Seit 4 Tagen starke Erkältung: Bronchitis mit Athemnot. Nacht 8/9.9. 0,05 Op[ium].

9./10.9. 0,1 Op[ium] succ[i] liq[uiritiae]. Ammon[ii] mur[iatici] aa 5,0/200. Emser m. Milch. Heute Husten lockerer, deutliche Besserung.

15.9. Abreise.

Aufnahme 6: 8.5.97.

Spritzt wieder seit Mitte März, bes. in Folge von Schlechterbefinden ihres Gatten. Hat dabei auch selbst wieder Magenschmerzen gehabt. 0,06 pro die.

9.5. 0,06.

10.5. 0,05.

12.5. 0,04.

13.5. 0,03.

14.5. 0,03.

10. – 13.5. Menses.

15.5. 0,02.

16.5. 0,01 -.

Während der ersten Nächte nach d. Entziehung große Zappelichkeit & Schlaflosigkeit. Chloralamid & Chloral ohne Wirkung. Erst in d. IV. Nacht Schlaf mit Chloral 2,5. Seither Besserung.

14.6. Seit 8.6. zeitweise Magenkrampf meist Abends 9 ½ U[hr] aber auch Tags sehr heftig, bedarf zum coupieren 0,1 – 0,2 Op[ium]. 11.6. Ab[ends] Krampf.

12.6. Morgens wieder Krampf. NM. Magenspülung m. Fachinger. Ab[ends] kein Krampf.

13.6. Morg. Ausspülung. Ab[ends] Krampf.

10.9. Magenkrämpfe haben sich trotz Ausspülung fast täglich wiederholt, bedurften 0,1-0,2 Op[ium] zum coupieren. Die Schwankungen des Befindens d. Gatten impressionieren sie entschieden. Nach dessen Abreise 26.8. entschiedene Besserung.

Seit 25.8. farad[ische] Bäder. 1.9. [1.8.] Menses. Statt d. Bäder Galv[anisation] d. Magens + Magen, – Rücken [Anode auf den Magen, Kathode auf den Rücken]. 1 ½ [unleserliches Wort]. Successive Abnahme d. Opiumpulvers. 8. & 9.9. keine Pulver mehr. Etwas zapplig. Aber keine bes. Schmerzen. Rauchen verboten.

22.9. Pat. ist seither Cigarettenfrei, vorübergehend deprimierte Stimmung, in der letzten Woche Stimmung gut. Intercourrenter Kolikanfall wird durch Bettruhe, Prießnitz in 24 St. beseitigt.

15.10 Abreise.

Dokument 1610/7

Brief des Ehemannes der Patientin an Dr. Smidt vom 01.08.1896. Er war am 8.7.1896 entlassen worden, seine Frau blieb bis zum 15.9.1896.

Berlin den 1. August 1896

Hochverehrter Herr Kollege!

Ihr bevorstehender Geburtstag giebt mir die Gelegenheit, Ihnen zu diesem Tage meine herzlichsten Glückwünsche zu senden und Ihnen zu diesem Tage meinen ergebensten Dank auszusprechen für die wahrhaft freundschaftliche

Weise, mit der Sie wiederum meiner geliebten Frau während ihres qualvollen Krankseins mit Ihrer Arbeitskraft und Ihrem Wissen beigestanden haben. Dass die von Ihnen in so weitem Maße bewiesene Geduld und Beharrlichkeit so beglückende Resultate erreicht hat, hat mich und meine Frau mit großer Freude erfüllt, und wenn wir auch hoffen, dass die Reconvaleszenz noch weiter fortschreiten wird unter Ihrer Ägide, so fühlen wir uns beide doch Ihnen gegenüber zu innigem Dank verpflichtet. Sie wissen ja aus Ihrem Berufe so gut wie ich, dass dem Arzte das nicht belohnt werden kann, was er an Zeit, mit Kopf und Herz seinen Patienten widmet, dass aber die innere Befriedigung, die das Bewußtsein erfüllter Pflicht und das Vorhandensein eines durch die Thätigkeit erreichten Ziels uns giebt, uns über Alles geht und zum inneren Glück beiträgt; darum wünsche ich Ihnen, dass auch im ferneren Leben Sie durch recht häufige, gute Resultate ihrer möglichen Thätigkeit Sie möglichst solche Bausteine für Ihr Glück zusammentragen, die durch die Dankbarkeit Ihrer Patienten zusammen gekittet werden. Doch wozu die vielen Redensarten, ich drücke Ihnen in Gedanken heute stumm die Hand und Sie werden mich verstehen. Dass meine liebe Frau Ihnen, alter Freund, heute eine kleine Freude bereiten möchte, werden Sie ihr nicht verdenken, und so möge das beiliegende Symbol „der Freund“, wenn es auch mehr an Zerstörung als an Wiederaufbau und Reparatur erinnert, mit dem Wahlspruch „Schmücke dein Heim“! Ihrer lieben Frau ein Schmuck und eine Erinnerung an Ihre dankerfüllte Patientin und Ihren Mann sein. Mit herzlichem Gruß an Sie, Ihre liebe verehrte Frau und Ihre Kinder

Ihr Ihnen stets in Dankbarkeit und Freundschaft ergebener

G.

Dokument 1610/8

*Brief des Ehemannes der Patientin an Robert Binswanger vom 01.10.1896.
Vorgedruckter Briefkopf mit Name und Anschrift.*

Dr. Martin G.
Berlin W., den 1. October 1896
V.str. 10

Sehr geehrter Herr Dr. Binswanger!

Inliegend beehre ich mich, Ihnen ganz ergebenst „Eintausend zweihundert“ Mark und beifolgend per Postanweisung 12 M. 70 Pf, also zusammen 1212 Mark u. 70 Pf. zur Bezahlung der letzten Rechnung meiner Frau mit herzlichstem Dank für Sie und die Herren Collegen Smidt u. v. Holst zu übersenden. Es geht meiner lieben Frau ungerufen jetzt so gut wie seit Jahren nicht, und können Sie sich denken, mit wie dankbaren Gefühlen ich an Sie und Ihre Gehilfen zurückdenke. Mit herzlichem Gruße an Sie und Ihre verehrte Familie,

bleibe ich in Dankbarkeit und Hochachtung

Ihr Ihnen stets ganz ergebene G.

*Dokument 1610/9**Brief der Patientin an Dr. Smidt vom 29.03.1897.*

Berlin, 29. März 97.

Mein lieber, guter Herr Dr.

In meiner Herzensangst und Verzweiflung treibt es mich zu Ihnen, ich muss Ihnen mein Herz ausschütten, da ich sonst keinen ärztlichen Beistand hier habe, da mein Mann absolut keinen Kollegen haben will, weil er sagt, sie quälen ihn nur noch mehr und außer Morphin können sie ihm nichts geben. Mein armer Mann leidet in letzter Zeit wieder furchtbare Schmerzen in den Beinen, aber auch neuerdings dieselben Schmerzen in der Brust, die ihn wohl noch mehr quälen müssen, und vor allem fühle ich seine Stimmung noch mehr beeinträchtigt. Athmungsbeschwerden hat er dabei nicht, wohl aber neulich plötzliches Erbrechen ohne Schwindel und weitere Folgen. Können Sie mir nicht einen Rath geben, was er thun kann? Neulich nahm er zum ersten Mal eine Morph.-Injection mit gutem Erfolge, wenigstens bekam er stundenlange Ruhe davon, später aber elenden Kater, auch die Cocazäpfchen nimmt er manchmal, aber ohne Erfolg. Was mag ihm helfen, dem guten armen Mann, ist es eine Verschlimmerung seiner Krankheit, das sind die Fragen, die Tag und Nacht mein Herz u. Gehirn martern? Sagen Sie mir, lieber Dr., offen die Wahrheit, lieber diese, als das ewige Herumrathen. Früher ließ er noch in solchen Zeiten den Sanitätsrath Schlesinger³⁹¹ kommen, der ist ihm sympathisch als Mensch und Arzt, aber jetzt erregt ihn jeder Vorschlag meinerseits. Seien Sie nicht böse, dass ich Sie von hier noch belästige, aber ich bin oft so verzweifelt und weiß, Sie haben Interesse für uns. Falls Sie nur antworten wollen, bitte thun Sie es an die Adresse von H [Tochter], damit mein Mann vorläufig nicht davon zu erfahren braucht.

Ihnen Allen Herzensgrüße, stets Ihre

Marie G.

*Dokument 1610/10**Brief der Patientin an Dr. Smidt vom 06.05.1897.*

Lieber, bester Herr Dr.

Für Ihre freundlichen Worte und die Meldung, dass wir willkommen sind, sage ich Ihnen auch im Namen meines Mannes herzlichen Dank, mein innigster Wunsch, dieses Jahr nur zum Besuch als Gesunde zu kommen, ist mir wieder

³⁹¹ Am ehesten Alexander Schlesinger, approb. 1855, Geh. Sanitätsrat (Reichs-Medizinal-Kalender 1914).

leider nicht geglückt und trotz aller Mühe, die ich mir gab, bin ich wieder rückfällig geworden. Sie, lieber Herr Dr., haben aber selbst im vorigen Jahre gesehen, dass ich brav gegen die Schmerzen kämpfte und gut ertrug, aber als zu den Schmerzen noch die furchtbare Sorge, Tag und Nacht um meinen geliebten Mann kam, da war es nicht möglich, Beides zu ertragen. Bis März war es mir ausgezeichnet ergangen und wäre nicht die traurige Zeit gekommen, so wäre alles gut gewesen. Meine Stimmung ist natürlich in Folge dessen wieder sehr down, umsomehr, als ich die Kinder nicht lange allein lassen möchte, und Niemand ahnt, dass auch ich die Kur dort bezahlen muss, sondern nun die Begleiterin meines Mannes sieht man in mir. Da mir aber Heuchelei und Heimlichkeit in der Seele zuwider sind, leide ich sehr. Hoffe aber, dass ich bald vom M[orphium] frei sein werde und nicht zu lange meine Kinder elternlos bleiben brauchen. Wir reisen Freitag, den 7-ten ab, treffen Abends in Frankfurt ein, fahren Sonnabend früh weiter und sind, so Gott will, Sonnabend Abend 7 Uhr in Constanz. Wir telegraphieren also nicht mehr, bitte bemühen Sie sich nicht zur Bahn, wir finden einen Wagen vor der Thür und Martin [Ehemann], wenn's geht, und sehen uns dann in Bellevue.

Bis dahin herzliche Grüße von Ihrer treuen Marie G.

Dokument 1610/11

Brief der Patientin an Dr. von Holst vom 04.05.1898.

Berlin 4. März 98.

Lieber Herr Doctor,

da ich nicht weiß, ob Ihr Dr. Binswanger daheim ist, wende ich mich der Sicherheit wegen an Sie und bitte, mir recht bald eine Antwort zukommen zu lassen. Ich bekam vor ca. 3 Wochen nach vielem Ärger und Aufregungen wieder meine Magenkrämpfe, nach 6 Tagen ließen sie nach, um einem großen Absceß Platz zu machen, der in Folge einer Injection meinen rechten Arm schmückte, dazwischen kam die aufregende Zeit vor der Verlobung, kurz, ich verheimlichte die furchtbaren Schmerzen, natürlich konnte ich es nur mit Hilfe von Morphin, bis ich schließlich nicht mehr schlief und sofort operiert wurde, aber Sie können denken, lieber Herr Dr., jetzt heißt's wieder loskommen, und das geht allein unmöglich, jetzt, trotz der noch offenen Wunde, könnte ich auf 3 Wochen mich losmachen, und fragen, wollen Sie mir nochmal helfen und ist Platz, wenn auch noch so kleines, für mich da? Ich bin mehr denn je moralisch down, da ich in dieser Entwöhnung so wenig Energie habe und weiß, wie auch mein guter alter Herr darunter leidet. Aber versuchen hilft nichts, allein komme ich durch nichts frei und später dauert's länger, und ich kann hier nicht mehr fort, ich käme also gerne Donnerstag dort an, telegraphiere aber noch vorher, muss aber erst auch Ihre Antwort abwarten, ich will gern brav sein, nur seien Sie nicht zu böse.

Ihre alte, getreue Marie G.

Dokument 1610/12

*Brief des Ehemannes der Patientin an Dr. von Holst vom 13.05.1898. Vorge-
druckter Briefkopf mit Name und Anschrift.*

Dr. Martin G.
Berlin W. den 13. Mai 1898.
V. str. 10.

Mein lieber Herr v. Holst!

Ich denke, Sie sind mit Ihrer lieben Gattin nun wieder glücklich von Ihrer Römerfahrt zu den heimischen Hausgöttern zurückgekehrt und dafür Ihr Herr Schwager Dr. Smidt mit Gattin nach dem Babel Paris gewandert. Nun fühle ich nach langer Zeit das Bedürfnis, einmal wieder von uns etwas hören zu lassen. Zur Einleitung habe ich Ihnen bereits die Festschrift, die mein Schwager R. H. zum 50-jährigen Jubiläum des Kladderadatsch heraus gegeben hat, zusenden lassen, in der Hoffnung, dass derselbe Ihnen vielleicht eine müßige Stunde verkürzen wird. Wir haben das Jubiläum am 7ten durch ein solennes Diner hier im Hôtel de Cour, in einem Kreise von ca. 100 Bekannten, Freunden und Mitarbeitern der Wochenschrift, höchst freundschaftlich und munter gefeiert, wobei natürlich humorvolle Reden Speis und Trank würzten. Meine liebe Frau, sonst meine [unleserliches Wort] Constanz-Correspondenz hat so lange nichts von sich hören lassen, da sie nichts Gutes von uns zu melden hatte und somit keine Schreibstimmung hatte, doch kann ich Ihrer liebenswürdigen Gattin bereits einen Schreibbrief für den 16ten Sep., wo Walters [Sohn des Ehepaars v. Holst] Geburtstag sein soll, ankündigen. Bis Weihnachten ging Alles bei uns leidlich, am 3ten Feiertage wurden unsere Kinder K. und E. confirmiert, und war dieses, da die Kinder allein waren, ein intimes, friedliches Familienfest. Vom 28ten ab begann für mich eine qualvolle Schmerzperiode, die ununterbrochen über 3 Monate, bis 15. April andauerte. Ich war in der ganzen Zeit nie schmerzfrei, wurde aber dabei alle 3-4 Stunden von den heftigsten lancinierenden Schmerzzattaquen heimgesucht, bei denen ich oft nur mit Mühe einen lauten Aufschrei unterdrücken konnte. Die Sache hatte noch nie so lange angedauert, denn ich war sonst meist mit 8-tägigen Perioden fortgekommen. Sie können sich denken, wie verzweifelt und hilflos ich den April antrat, und wie niederziehend der Anblick dieses Grauens auf meine lieben Frau und Kinder wirkte. Nur selten war ich so, dass ich unter den größten Schmerzen einmal ausgehen konnte, da das wenige im Zimmer, Garten und der Aufenthalt im Bett oder auf d. Chaise-longue mich auf die Dauer zur Verzweiflung brachte. Ein Versuch, mir durch Morph. resp. Opiate ein mal Linderung resp. Schlaf zu verschaffen, mißglückte Anfang März vollständig, der Erfolg war ein horrender Kater und gebrochene Widerstandskraft für 2 Tage. So, dass diese noch furchtbarer waren als die übrige Zeit. Das Schlimmste von Allem waren die Nächte, es gab nur ein zeitweises Duseln, unterbrochen von schmerzhaftem Zusammenzucken, und fand ich bei Öffnen der Augen mein liebes Weib dann stets im Bett neben mir sitzend, mich weinend betrachten, was natürlich nicht dazu beitrug, mir meinen Zustand zu erleichtern. Am 15. April konnte ich meiner lieben Frau mittheilen, dass ich fühle, dass die Sache abschwimmt, und war es dann auch so. Ich schief die Nacht

das erste mal gut und ohne Schmerzen und erwachte am nächsten Morgen als neuer Mensch, und ist es, Gott Lob, so bis heute geblieben. Das merkwürdige dabei ist, dass mir keiner meiner Bekannten, die 3 ½ monatliche Leidenszeit angesehen hat und die meisten mich sehr wohl aussehend [fanden], und wenn ich dann den Grund für mein so langes Nichterscheinenlassen „Krankheit“ angab, ich nur Hohngelächter resp. Unglauben erregte. Es war dies aber auch berechtigt, denn als ich mich vor 8 Tagen wieder einmal wiegen ließ, konnte ich constatieren, dass ich trotz Allem seit October vorigen Jahres, 10 ½ Pfd. zugenommen hatte. Das habe ich natürlich nur der sorgsamten Pflege meiner lieben Frau, die die ganze Zeit als guter Engel mit unermüdlicher Sorgsamkeit und Geduld mir zur Seite gestanden hat, zu danken. Aber dass die Bäume nicht in den Himmel wachsen, dafür ist bei uns genügend gesorgt. Kaum war ich 2 Tage auf dem Damm, da kommt mein guter Engel zu mir und klagt, dass sie Schmerzen im Unterarm habe, dass es schon einige Zeit her sei, sie aber mit Rücksicht auf meinen leidenden Zustand es mir nicht habe sagen wollen und sie gehofft habe, es würde wohl von selber wieder gut werden. Eine Untersuchung ergab eine eitrige, phlegmonöse Zellgewebsentzündung des ganzen Unterarms, die eine sofortige Entfernung des angesammelten Eiters durch eine tiefe 5 cmtr. lange Incision erforderte. Sie können sich vorstellen, was für wahnsinnige Schmerzen mein gutes Weib in den letzten Wochen aus Rücksicht auf mich stillschweigend ertragen hatte und wofür sie nun, da ihr Stillschweigen die Sache so schlimm gemacht hatte, außer der Incision, nun noch eine ernstliche Rüge erhielt. Glücklicherweise ist die Sache nach der Incision normal verlaufen, so dass sie nur noch auf der vernarbenden Wunde ein leichtes Pflaster trägt. Doch hatte mein guter Engel in den 9 Wochen einen lahmen Flügel, der sie am Anziehen eines Ärmels, also am Ausgehen verhinderte, so dass sie, da sie mich während meiner Leidenszeit nicht verließ, noch 8 Wochen mehr Stubenarrest hatte als ich. Sonst geht's meiner lieben Frau gut. Sie hat sich seit ihrer Rückkehr von K[reuzlingen] keine Cigarette mehr angerührt. Behauptet aber immer noch, dass sie schwere Entbehungen damit auf sich geladen habe, will aber consequent bleiben. Der Magen schweigt und läßt sich nach meiner Meinung hin u. wieder auch schwere Mißhandlungen gefallen. Prof. Meyer, der hier im Krankenhause zu Herzfelde ist, war zweimal bei uns, und haben wir uns über seinen Besuch jedesmal gefreut. Sobald mal ein schöner warmer Tag ist, will ich ihn mal heimsuchen, Herzfelde muss so am Nordpol links liegen.

Entschuldigen Sie, lieber College, wenn ich Sie solange mit unsere Leidensgeschichten belästigt habe, aber ich nehme an, dass das, da Sie nicht bloß als guten Freund, sondern auch als guten Mediziner interessiert und Sie so den Klagebrief milder beurteilen werden. Unseren Kindern geht's gut. H. war vor 4 Tagen auf 8 Tage in Charlottenlund bei Kopenhagen und hat sich dort prachtvoll amüsiert. K. [Sohn] und die beiden Mädchen sind jetzt scharf mit den Auführungen zur Silbernen Hochzeit einer Freundin beschäftigt, wozu in erster Linie meine Frau wundervoll den Pegasus bestiegen hat, doch kam der schlimme Arm nicht von einem Sturze von diesem, mir wider[?] Thier, sondern wahrscheinlich von einem Stiche der Schneiderin mit einer unsauberen Stecknadel. Fräulein Hanna Schulze-Smidt hat uns vor 4 Wochen auf der Rückreise die Ehre gegeben, und wurde sie gebührend über Alles in K[reuzlingen] ausgequetscht, so dass sie ohnmächtig aus dem Lokal taumelte. Meine liebe Frau

macht bereits tüchtig Reisepläne, es schwirren bei ihr Ostpreußen, die Nordsee, Bayern, Konstanz nach und durcheinander, und zu ihrer Erholung soll ich schon Anfang Mai nach K[reuzlingen] gehen. Mir gefällt es aber hier so gut, wenns mir gut geht, ich sitze bereits so behaglich auf meinem weinumrankten Balkon, dass ich wohl schwerlich zum Entschlusse, mich von hier zu trennen, kommen werde. Wenn letzteres aber geschehen sollte, so unter K[reuzlingens] 6 Kiefern, die einzigen, unter denen ich meine müden Glieder strecken möchte, wo ich stets gute Freunde und lebenswürdige Menschen gefunden habe. Nun, lieber Holst, gestatten Sie mir noch, Sie mit einigen Aufträge zu belästigen. Sie können sich ja denken, dass jetzt, wo alle unsere Familienmitglieder K[reuzlingen] und seine lebenswürdigen Insassen kennen und sie Alle dort uns Liebes und Gutes erfahren haben, K[reuzlingen] öfter der Gegenstand unserer Gespräche und gemeinsamen Erinnerungen bildet, deswegen bitte ich Sie nun, von uns Allen Ihre liebe Frau, Walter [könnte sich um Walter Lungstras, Ehemann von „Else“ Binswanger handeln] und wenn sie noch nicht aus der Seine trinken, Dr. Smidt, Frau Hete [Hedwig Smidt, Ehefrau von Smidt], Hans u. Grete, Dr. Binsw. und Frau M. L. [Marie Louise, Ehefrau von Robert Binswanger] herzlichst zu grüßen, ebenso natürlich die 3 Grazien Fr. Louise B., Fr. v. Natzmer und die herrliche Fr. Critz.

Sollte Durchlaucht³⁹², deren Pariser Reise ich ja als günstiges Zeichen betrachten würde, noch unter ihnen weilen, so bitte ich auch ihr unsere herzlichsten Grüße und dankbaren Gedanken zu Füßen zu legen.

Nun aber lieber Freund u. College Schluß! Und vor Allem Ihnen herzlichste Grüße von meiner lieben Frau und

Ihnen stets in dankbarer Freundschaft ergebenst

G.

Dokument 1610/13

Brief der Patientin an Robert Binswanger vom 18.09.1998.

Berlin 18/9.98.

Mein sehr verehrter lieber Herr Doctor,

es geht schon kein Jahr mehr vorüber, ohne dass wir Ihre ärztliche Hülfe und Ihren Rath in Anspruch nehmen müssen, ich muss Ihnen sagen, dass mein Mann und ich, sobald als möglich, zu Ihnen kommen müssen. Mein guter Mann hat seit 4 Tagen plötzlich eine kleine Lähmung im linken Bein und Schwäche im linken Arm bekommen, die ihm das Gehen sehr erschwert und er nur mit Hülfe des Stocks gehen kann, da er meint, dass electricische Bäder gut sein würden, so bestürmten ihn alle, doch nach Constanz zu reisen, da er hier keinen Arzt

³⁹² Patientin Akte Nr. 1366, Fürstin; im Bellevue 24.09.1895 bis 10.11.1908.

fragt und nichts thun würde. Ich begleite ihn natürlich, liege zwar heut, nach seit 4 Wochen im Ganzen bereits, fest im Bett unter Eis an Kniegelenksentzündung, aber da ich weniger Schmerzen habe, auch das Knie schon bewegen kann, kann ich ruhig aufstehen, um meinen Mann zu begleiten. Ich habe auch für die heftigen Schmerzen etwas Morphin bekommen, und da jetzt die Zeit zum Entwöhnen nicht geeignet ist, so hoffe ich es dort spielend, unter der bewährten Schmidtschen Hülfe, los zu werden. Nun geht die Frage dahin, nehmen Sie uns auf und können wir 2 Zimmer in der Roberta parterre nebeneinander bekommen, vielleicht die beiden nach dem Garten heraus, die zusammengehören, damit mein Mann sich die Treppe spart? Wir hoffen, dass es so paßt und erbiten uns Ihre telegraphische Antwort, wir würden von Sonntag an zur Abreise bereit sein. Herzliche Grüße von uns, trübe Tage haben wir durchgemacht, leider.

Stets Ihre getreue

Marie G.

[Die Aufnahme erfolgte am 27.09.1898; der Aufenthalt dauerte für beide Ehepartner bis zum 21.11.1898.]

Dokument 1610/14

Brief des Ehemannes der Patientin an Dr. Smidt vom 30.12.1898. Vordruckter Briefkopf mit Name und Anschrift.

Dr. Martin G.
Berlin W., den 30. Dez. 1898
V.str. 10.

Hochverehrter Herr College!

Zu Beginn des neuen Jahres erlaube ich mir, Ihnen und Ihrer verehrten Frau Gemahlin meine herzlichsten Glückwünsche zu senden. Möge das neue Jahr Ihnen allen nur Gutes bringen und Sie Alle in bisheriger körperlicher und geistiger Frische erhalten. Zu unserer großen Freude haben wir gehört, wie schön Sie die Weihnachtstage verlebt und wie groß die Freude war, die die verehrte Durchlaucht durch das gelungene Bilder-Gedicht bereitet hat. Wenn das Bild nur annähernd so gut gelungen ist, wie das von Walter geworden ist, so muss ja Ihre und die Freude Ihrer lieben Frau durch diese sinnige Überraschung eine riesige gewesen sein und noch doppelt wertvoll, dass Durchlaucht auch in so guter Gesundheit an Ihrer Freude Theil nehmen konnte. Auch von uns kann ich, Gott lob, nur Gutes melden. Meine liebe Frau ist munter und hat die Strapazen, die die vielen Weihnachtsbesorgungen mit sich brachten, glänzend überstanden. Sie ist bei gutem Humor und hat es meisterlich verstanden, uns allen das Fest zu verklären. Unsere Kleinste, E., ist jetzt so eigentlich der Mittelpunkt unseres Familienlebens gewesen, sie hatte so viel von ihrem Aufenthalt und dem

Leben in ihrer Pension zu erzählen. Sie ist glücklich und zufrieden dort, schwärmt für ihre Pensionsfreundinnen, ihre Lehrerinnen und das ganze Leben dort und weiß ihre Schilderungen mit so treffenden und eloquenten Bemerkungen zu würzen, dass wir dabei oft in schallendes Gelächter ausbrechen mussten. Aus allen den Schilderungen klingt doch aber ein so ernstes Streben für Arbeit und Pflege der Herzensbildung durch die Damen der Anstalt hervor, dass wir glauben, dass unser Kind durch den Aufenthalt dort einen recht großen Vorteil für sein ganzes Leben von dort mitnehmen wird. K. [Sohn] ist auch zu den Ferien hier, er ist der alte, gute Junge geblieben, scheint aber immer noch vorzugsweise seine Entwicklung auf die körperliche Seite zu legen, er ist jetzt größer als ich, bemüht sich also immer noch mit Erfolg, seinen Anzügen zu entwachsen. H. [Tochter], die uns alle durch schöne Weihnachtsarbeiten erfreut hat, neigt immer noch zur höheren Richtung und schwärmt für Musik, Gesang und Literatur. Was mich selbst anbetrifft, so bin ich mit meinem Befinden zufrieden, länger andauernde Schmerzen habe ich seit meinem Scheiden von Konstanz glücklicherweise nicht gehabt, die Schwäche im linken Bein ist immer noch ziemlich bedeutend, doch gehe ich bei gutem Wetter meist 1 Stunde täglich spazieren, muss aber dabei mich von meiner lieben Frau oder einem der Kinder führen lassen. Das Treppensteigen greift mich noch sehr an, und unterlasse ich es deswegen möglichst. Im Allgemeinen lebe ich sehr ruhig, seit meiner Rückkehr bin ich abends erst einmal ausgegangen, bin also sehr häuslich, und sehen wir nur hin und wieder Bekannte bei uns zum Scat. In letzter Zeit habe ich mit Electricisieren begonnen, das ich im neuen Jahr regelmäßig fortsetzen will. Dass Frau Emma [Ehefrau v. Dr. von Holst] in ihrer Genesung stetig fortgeschritten ist, hat uns sehr zu hören gefreut. Hoffentlich tritt sie in das neue Jahr mit fester Gesundheit. Mit der Bitte, ihrer Durchlaucht meine ergebensten Glückwünsche zum neuen Jahre gütigst zu übermitteln, grüßt Sie, Ihre verehrte Frau Gemahlin, mein Führer-Engel Fr. Hanna [Schulze-Smidt], Hans u. Grete [Kinder von Herrmann u. Hede Smidt],

Ihr Ihnen dankbar ergebener,

G.

Dokument 1610/15

Brief des Ehemannes der Patientin an Dr. Smidt vom 28.03.1899. Vordruckter Briefkopf mit Name und Anschrift.

[Wiederaufnahme am 09.03.1899]

Dr. Martin G.
Berlin W. den 28 ten März 1899
V.str. 10.

Hochverehrter lieber Herr College!

Sie werden sich wohl diesmal sehr gewundert haben, dass ich Ihnen meine Frau so ohne weiteres, ohne einige aufklärende Worte von mir, still, vertrauensvoll in die Hand gedrückt habe: ut aliquid fiat. Aber es war, wie ich nun Ihnen eingestehen will, eine gewisse Scham über meine eigene Schwäche, die mich veranlaßte, ihren [Einschub:] (meiner Frau) Bitten, trotzdem ich das Unheil, das daraus wieder entstehen würde, um Morph[ium] nachzugeben, besonders da ich es ja egoistischer Weise that, um selbst in einer Schmerzperiode Ruhe zu haben. Mir ist das Bewußtsein, diese meine Schwäche gegen meine Frau, ein furchtbarer Druck und trübt mir jede Lebensfreude. Und wenn ich darüber nachdenke, wie das werden soll, bin ich der Verzweiflung nahe. Doch entschuldigen Sie, lieber College, diesen überflüssigen Gefühlsausbruch, für den Sie ja bei Kenntnis der Sachlage das Verständnis haben, der aber doch nicht der Zweck meines heutigen Schreibens sein soll. Heute will ich nur wieder einmal von ganzem Herzen danken für die wahrhaft freundschaftliche Weise, in der Sie sich wieder meines lieben Weibes angenommen haben und ihr wieder über die schweren Tage hinweggeholfen haben. Meine liebe Frau schreibt ja jetzt sehr befriedigt und scheint sich ja auf dem besten Wege zur Erholung zu befinden. Meine Bitte geht nun noch dahin, ihrem etwaigen Drängen zur Heimkehr nicht, wider Ihres besseren Wissens, aus Gutmütigkeit Folge zu geben. Mir liegt in erster Weise daran, sie möglichst erholt und gestärkt zurück zu erhalten. Meine liebe Frau versäumt ja jetzt nichts, ich habe ihr das schon auseinander gesetzt, und kann sie sich bei dem, wie es scheint, jetzt beginnendem schönen Wetter besser bei Ihnen in den schönen Gärten, besser und schneller erholen als hier in Berlin. Sie wissen ja selbst, wie hoch das Vertrauen meiner lieben Frau zu Ihnen ist, Sie werden sie auch leicht überzeugen, wie lange Sie ihren Aufenthalt in K[reuzlingen] noch für nothwendig halten. Jedenfalls liegt von hier aus nichts vor, was zu einer baldigen Rückkehr meiner Frau drängt. Was mein Befinden betrifft, lieber Herr College, so bin ich ganz zufrieden. Die Schmerzperioden stellen sich ja immer wieder ein und müssen dann eben ausgehalten werden und hängen fast immer mit feuchtem, kühlem Wetter zusammen. So waren die Tage vom 18ten bis 26ten März nicht schön und noch weniger schön die Nächte. Mit dem Laufen geht es leidlich, wenn die Witterung mir erlaubt, mich in der Übung zu erhalten, aber wenn ich gezwungen war, mehrere Tage auszusetzen,

fällt mir dann ein Spaziergang doppelt schwer. Für die freundliche Geburtstagsgratulation sage ich noch Ihnen und Ihrer verehrten Frau Gemahlin noch meinen herzlichsten Dank, den Ihnen wohl meine liebe Frau schon übermittelt haben wird. Eine wie große Freude durch die Übermittlung der Photographie von Gretes Bild mir bereitet worden ist, wird Ihnen Frau Marie [Patientin Marie G.] wohl auch erzählt haben, oder sollte sie den Fischen des Bodensees nachzuahmen versuchen? Doch nun, lieber Herr College, bitte ich Sie noch, meine herzlichsten Grüße an Ihre liebe Frau Hede [Hedwig Smidt, Ehefrau v. Smidt], Frl. Hanna [Schulze-Smidt], Hans, Grete, Ottchen v. H. [Dr. Otto von Holst] und Frau Emma [Ehefrau von Dr. v. Holst] zu übermitteln und bleibe ich für Sie, mit herzlichstem Gruß, stets Ihr, Ihnen dankbar ergebener,

G.

Dokument 1610/16

Brief der Patientin an Robert Binswanger vom 09.02.1900.

Berlin, d. 9/2 1900

Mein lieber Herr Doctor,

nach guten Zeiten kommen wieder mal schlechtere, leider, so hat mein armer Mann seit mehreren Tagen wieder die alten bösen Schmerzen in der Brust sitzen. Da quälen sie ihn am meisten, weil er da auch schwerer athmen kann und vor allem diese so sehr auf seine Stimmung wirken. Dann komme ich in meiner Sorge und in dem innigen Wunsche, ihm dies zu erleichtern zu Ihnen, dem treuen Freund, der ja schon oft uns geholfen, wenn es in seiner Macht lag. Dionyn [Dionin, Äthyl-Morphin] verträgt er bei Beginn der Schmerzen in allerdings stärkeren Dosen als Sie damals angaben, ganz gut, es bringt ihm jedesmal für Stunden Erleichterung und Ruhe, aber nach den letzten Einspritzungen bekam er, ganz neu nach Opium u. Morphin, sehr starkes Jucken am ganzen Körper, und das verleidet ihm nun auch dieses scheinbar sonst ganz gute Mittel.

Wüßten Sie vielleicht noch etwas anderes, besonders für die Schmerzen u. Beklemmungen in der Brust, von Herzen wäre ich Ihnen dafür dankbar, ich hoffe, dass ich Ihnen nicht zu ungelegen komme mit der Bitte, falls Sie etwas nur vorschlagen könnten, es, sobald es Ihre Zeit erlaubt, es zu thun.

Über alles andere uns betreffende schreibe ich an Ihre Damen, so bleibt mir nur noch übrig, herzlichst alle Lieben dort von mir zu grüßen. In steter Freundschaft und Dankbarkeit,

Ihre Marie G.

Dokument 1610/17

Brief des Ehemannes der Patientin an Dr. Smidt vom 08.03.1900. Vorgedruckter Briefkopf mit Name und Anschrift.

Martin G.
Berlin W., den 8ten März 00.
V.-Straße 10.

Hochverehrter Herr College!

Bei dem freundschaftlichen Interesse, das Sie, lieber Freund, stets für meine Familie und mich bewiesen haben, fühle ich mich veranlaßt, diese Zeilen an Sie zu richten, die ja zugleich ein Zeichen für mein besseres Befinden sein sollen. Zunächst meinen herzlichsten Dank für Ihren liebenswürdigen Brief vom 15. Febr. an meine liebe Frau, der für letztere viel Beruhigendes hatte, nachdem sie sich in ihrer Verzweiflung hinter meinen Rücken an Sie gewandt und Ihnen aus bedrängtem Herzen ihr Leid geklagt hatte.

Sie wissen ja, dass, wenn ich solche hartnäckigen Attaquen habe, mein liebes Weib fast mehr als ich erduldet und sich das Alles noch selbst viel schwerer macht, da sie mich dann nicht verläßt, sondern unausgesetzt bei mir harrt, mich beobachtet und jedes Zusammenzucken, jede Schmerzäußerung mitempfindet und dass solche Eintönigkeit bei wochenlanger Dauer die freigelegten Nerven angreifen muss. Alle meine Bitten, in solchen Zeiten hin u. wieder mit E. [Tochter] ein Theater, Concert oder Freunde zu besuchen, sind dann vergeblich, obgleich ich lieber hin und wieder allein wäre, als dass ich durch das Bewußtsein gequält werde, durch den Anblick meines schmerzvollen Zustandes, das Nervensystem meines guten Weibes zu zerrütten, das sich doch nur Selbstqualen auferlegt, ohne mir helfen zu können. Die Schmerzen begannen diesmal schon um Weihnachten herum und machten gleich bei ihrer Hartnäckigkeit den Eindruck, als wenn ich einer langwierigen Periode entgegen ginge, es stellten sich dann im Januar crises pectorales ein, die das Gefühl erzeugten, als ob ich permanent ein Druck von mehreren Centnern auf dem Herzen hätte, ein Gefühl von Bangigkeiten erzeugten und psychisch stark deprimierten, dabei traten diesmal kaum eigentliche asthmatische Beschwerden ein, doch war es schwer im Bett eine passende Lage zur Ruhe zu finden, legte ich mich auf die rechte Seite, so musste ich die Lage wechseln, weil ich das Gefühl hatte, als ob das Herz nach rechts fiel und gleichsam abreißen wollte, und bei der Lage nach links wurde das Gefühl eines auf dem Herzen lastenden Druckes vermehrt, dasselbe trat bei der Lage auf dem Rücken ein, so dass ich mich die ganze Nacht ruhelos umherwälzte. Sie können sich denken, mit welcher Sehnsucht ich auf eine Wanderung, wie ich sie ja schon öfter durchgemacht, nach dem Unterleibe wartete. Eine eigentliche crise gastrique trat nicht wesentlich in die Erscheinung, aber während die Brustbeschwerden geringer wurden, d.h. der Druck auf der Brust links bestehen blieb, traten nun crises abdominales ein, d.h. ich bekam das Gefühl des Vollseins im Bauch, derselbe fühlte sich steinhart (gespannt) an, dabei keine Gasentwicklung, regelmäßiger Stuhlgang jeden Morgen, aber Tag u. Nacht das Gefühl des Vollseins vom Magen abwärts durch

den ganzen Unterleib. Dabei wurde in den nächsten Tagen ein Gefühl ausgebildet, als ob ich im Unterleib drei kindskopfgroße Geschwülste hätte, die getrennt voneinander, die eine oberhalb des Nabels, die beiden anderen in den fossae iliac. lagerten. Doch konnte ich bei Palpationen nichts constatieren. Diese Gefühle verließen mich Tag u. Nacht nicht und belästigten mich so sehr, dass ich schließlich trotz meiner besseren Überzeugung, die mich das ganze für rein nervöse Schmerzen halten läßt, darauf zu einer größeren Dosis Ol[eum] ric[inii] greifen ließ, die aber trotz energischer Wirkung nichts an dem Zustande änderte, nur so beschloß ich, ruhig eine Änderung abzuwarten. Die Erscheinungen und Beschwerden von Seiten der Brustorgane waren indessen geschwunden, und war damit auch die moralische Depression, die durch dieselben veranlaßt worden war, gehoben. Die lancinierenden Schmerzen in den Beinen traten in der ganzen Zeit mit wechselnder Heftigkeit auf, oft besonders des Nachts stundenlang anhaltend, alle 10-20 Secunden ein Stich, so dass von Ruhe keine Rede war. Injectionen von großen Dosen Dionin 0,2-0,25 waren manchmal scheinbar von Wirkung, riefen aber so heftiges wiederholtes Hautjucken hervor, dass dadurch meine Unruhe so gesteigert wurde, dass ich die Anwendung sehr sparsam versuchte. Seit gestern vormittag sind die Beschwerden im Unterleibe vollständig verschwunden, und fühle ich mich heute frei und leicht, bis auf hin und wieder auftretende stechende Schmerzen im linken Fußgelenk, die aber so sind, dass ich auch auf deren Abschwimmen rechne, und so habe ich mich dann heute entschlossen, Ihnen ein Lebenszeichen in Gestalt meiner Leidensgeschichte zu senden, damit Sie sehen, von was Allem der Mensch geplagt werden kann.

Berlin, den 24. April [19]00.

Man soll den Tag nicht vor dem Abend loben! Eigentlich könnte ich nun den am 8/3 angefangenen Brief cassieren, wenn ich aber bedenke, wie Sie gewohnt sind, oft stundenlang und täglich dieselben Klagelieder hysterischer oder sonst nervöser Weiber resp. Damen geduldig anzuhören, so denke ich, werden Sie vielleicht mit etwas Interesse die Leidensgeschichte eines alten [unleserliches Wort] und Freundes lesen. Ich hatte eigentlich längst ernsthaft vor, meine Leidensgeschichte tagebuchmäßig zu fixieren, denn wenn ich manchmal mit Kollegen über die mich quälenden Symptome sprach, dann wurden, ohne Berücksichtigung meines Grundleidens, Symptome auf Pericarditis, dann wieder Peritonitis, Typhlitis retard[ata], Cystitis p.p. bezogen und mir Pferdekuchen zugemuthet, deren Folge gewesen wäre, dass im Herbst die Jungens mit meinen Knochen die Äpfel von den Bäumen hätten ernten können, während ich jetzt wieder die Absicht habe, mich mit meiner Frau unter Ihrer gütigen Fürsorge zu erholen. Doch Scherz beiseite, die scheinbare Besserung, die sich im Anfang März einige Tage gezeigt und mir in froher Hoffnung am 8/3 die Feder in die Hand drückte, wurde wieder zu Essig, ich hatte am 8. Abends wieder riesige Schmerzen im linken Ischiadicus, vom Austritt aus dem Bein bis in die Zehe, die mir Sitzen und Liegen zur Qual machten, dazu gesellten sich am gleichen Tage noch Blasenkrämpfe, die mich alle 10 Minuten zu Urinierungsversuchen, die meist vergeblich waren, antrieben. Dionin war wirkungslos, doch ich nahm nun regelmäßig 3 stündlich 0,005 Heroin in Pillen, und schien mir das etwas lindernd zu wirken, bis nach 3 Tagen mich wiederholtes Hautjucken kopfscheu

machte. Die Blasenerscheinungen schwanden dann auch nach ungefähr 8 Tagen. Der Urin war in der ganzen Zeit normal, nur concentrierter und dunkel gefärbt. Die Schmerzen in den Beinen dauerten aber an, oft stundenlang, alle 3–10 Secunden so heftige Stiche, dass der ganze Körper zusammenschreckte und dies Tag und Nacht, so dass ich keine Ruhe fand, obgleich ich Dionin und Heroin wiederholt versuchte, schließlich aber apathisch wurde und jedes Mittel aufgab. Suppositorien von Opium waren auch ohne Einfluß und brachten mir nur, durch das dadurch sicher auftretende Hautjucken, vermehrte Unruhe. Unter solchen Verhältnissen vegetierte ich bis zum Charfreitag [sic] und hatte in der ganzen Zeit keinen Tag, an dem ich einmal mehre Stunden schmerzfrei gewesen wäre, obgleich ich doch einige Tage fand, an denen ich mich so weit beherrschen konnte, um meiner armen, guten Frau ein leidliches Befinden vorzuheucheln, das für diese doch dann Lichtblicke und neue Hoffnungsnoten waren. So war seit dem 23/3 ein kleines Kränzchen bei uns projektiert, auf das sich mein Bruder und E. [Tochter] richtig freuten und das ja auch Ihre Nichte Fr. Else Binswanger³⁹³ noch mitmachte. Mir war an dem Tage unglaublich mies (K.s [Sohn] Ausdruck für peinerlich) davor, doch musste ich trotz meiner Ahnungen ein freundliches Gesicht machen, trotz der Aussicht, vor 3 Uhr nachts nicht zur Ruhe zu kommen, um nur nicht den Meinen von vornherein das Vergnügen nicht zu verderben. Und Alles ging wider Erwarten gut. Es haben sich 40 Personen bis 3 Uhr höchst fidel amüsiert, und war es ein reizendes Fest, von dem die jungen Geister noch wochenlang geschwärmt haben, und ich war so frisch an dem Abend, dass wir, meine Frau, E. [Tochter], Else Bins[wanger] u. [unleserlicher Name] noch bis 4 Uhr uns über den so nett verlaufenen Abend unterhielten. Else B. hat durch ihre Schweizer Jodler, neben einer anderen jungen Dame, durch Gesang die Tanzpausen zur Herzensfreude aller Anwesenden ausgefüllt und durch ihre Frische und Natürlichkeit viele Herzen im Sturm erobert und war uns in den wenigen Tagen ihres Hierseins ein sehr lieber Gast. Am nächsten Tage war ich ein wenig caput, Schmerzen stellten sich in den Oberschenkeln wieder ein, und so blieb es den ganzen März und in der Aprilwoche bald besser, bald schlechter, so dass meine Stimmung allmählich unter 0 sank und auch meine Umgebung merklich darunter litt. In der Charwoche kam am Mittwoch H. [Tochter] mit Mann aus Chemnitz zum Besuch, nach dem schon K. [Sohn] 8 Tage vorher angetreten war. K. [Sohn] war als 4ter nach Prima versetzt und prämiert worden, da dies im Winterhalbjahr zum 2ten Male geschehen war, so wurde er von seiner Familie freudig, quasi als Preisochse begrüßt. Um den Jungen etwas dem Anblick meines Elends zu entziehen, unter dem er sehr litt, schickte ich ihn 4 Tage zu seiner Schwester nach Chemnitz, mit denen er am Mittwoch vor Ostern zurückkam. Sie können sich denken, wie unglücklich meine arme Frau war, da sie es nun den Kindern zu Ostern im Elternhause recht gemütlich zu machen beabsichtigte und nun ich von Schmerzen gequält und apathisch war, froh, möglichst niemanden zu sehen, und zu Allem Pech bekam ich noch Freitag und Sonnabend 2 Tage und Nächte [Schmerzen], die fast an Furchtbarkeit der Schmerzen alles vorangegangene übertrafen, so dass ich wohl 2 Stunden lang nicht hintereinander Ruhe fand. In

³⁹³ Elise Jeanette („Else“) Binswanger (1879-1946), Nichte von Robert Binswanger.

Folge dessen war ich am Sonnabend gegen Abend so matt und apathisch, dass mir Alles gleichgültig war, da ich es schon nachmittags im Bett vor Schmerzen nicht aushalten konnte, so zögerte ich abends mit dem Schlafengehen und spielte mit meiner I[lieben] Frau bis 11 Uhr mehrere Beruhigungspartien Bésigue [ein Kartenspiel] und legte mich dann ohne Vertrauen auf Schlaf hin. Allerdings waren die Schmerzen gegen Abend geringer geworden, und nun geschah das Unglaubliche, ich schlief ohne einmal wach zu werden bis 9 Uhr früh durch, etwas, was mir seit Weihnachten nicht passiert war und fühlte mich am Ostersonntag wohl und frisch u. guter Laune, und wenn ich auch innerlich mißtrauisch blieb, so war doch die Freude meiner lieben M. [seine Frau] und der Kinder über mein Wohlbefinden ein so großes, dass den ganzen Tag ein warmer Sonnenschein über unserem ganzen Heim lag und wir einen wirklichen Osterfeiertag im häuslichen Kreise erlebten, an den sich noch einige nette Tage anschlossen, bis am Mittwoch unsere Kinder wieder nach Chemnitz resp. Krotoschin abdampften. Seit Ostern gehts mir nun eigentlich gut, wenn auch mal hin u. wieder bald mal etwas Schmerz hier und da auftritt, so ist das doch erträglich und nicht mit dem zu vergleichen, was ich von Weihnachten bis Ostern durchlebt. Die größte Freude für mich ist diesmal, dass meine liebe Frau das Alles mit mir durchgemacht hat, ohne dass sie diesmal, trotz der häufigen schlaflosen Nächte, besonders nervös geworden ist. Ich habe oft für sie gebangt, und deswegen war mir die freundliche Einladung ihrer lieben Frau Schwägerin Emma [Ehefrau v. Dr. von Holst] so sehr willkommen und für mich ein Trost; doch wollte mich meine I[iebe] Frau während meiner Schmerzenszeit nicht verlassen, und will sie jetzt den inständigen Bitten ihrer Schwester folgen und mit dieser 4 Wochen nach Karlsbad gehen, das sie sehr liebt, und wo sie täglich tüchtig läuft und dabei kurgemäß lebt, ohne gerade eine Entfettungskur durchzumachen. Ich hoffe, dass sie sich dort von den überstandenen Strapazen erholen wird. Ich will, wenn jetzt das schöne Wetter beginnt, hier bleiben, vielleicht einige Zeit (Juni od. Juli) nach Charlottenhof zu meinem Schwager gehen und dann vielleicht im August mit meiner Frau auf 4-6 Wochen nach Kreuzlingen kommen, um mich für den Winter zu stärken, vorausgesetzt, dass Sie dann Platz haben. Doch sind das vorläufig nur Zukunftspläne eines soeben dem Strick des Henkers Entronnen. Vorläufig will ich mich ruhig erholen und wieder anfangen, regelmäßig zu electricisieren. Entschuldigen Sie lieber Colleague, dass ich etwas sehr, ich glaube, weitschweifig geworden bin, aber entweder konnte ich über mein Leiden nur ganz schweigen, oder ich musste versuchen, Ihnen ein Bild von dem zu geben, was mich plagte. Es ist aber ein Übelstand, dass man, wenn man unter den einzelnen Leiden steht, man keine Lust verspürt, darüber genau Buch zu führen und dass man, wenn es einem besser geht, die Erinnerung daran haßt, um ungetrübt die guten Zeiten genießen zu können, da ja die Rückkehr der schlechten immer als drohendes Gespenst im Hintergrund lauert. Also, nochmals herzlichen, innigen Dank für Ihren trostreichen Brief an meine Frau, die nun einmal vertrauensvoll auf Sie schwört, so dass ich mich oft, wenn sie mit Dionin oder Heroin an mich herantrat, wehren musste, damit sie mich nicht in ihrer mitleidigen Liebe damit umbringe - denn Smidt hats empfohlen! Darf ich Sie noch bitten, Frl. Hanna [Schulze Smidt] u. Frl. Crist meinen herzlichen Dank zu sagen für die mitfühlenden Worte, mit denen Sie meiner in ihren Briefen an meine liebe Frau gedachten. Wir freuen uns, Frl. H. [Hanna?]

wenigstens hier begrüßen zu können, und dass ich so meinen Dank ihr persönlich abstaten kann. Heute war Ihre Schwester Frl. Julie bei uns, fand aber Niemand zu Hause, doch hat meine Frau sie morgen zum Essen gebeten. Für Ihre bevorstehende Reise nach Dresden, Potsdam p.p. wünsche ich Ihnen und Ihrer lieben Frau ein recht schönes Wetter, damit Sie beide ihre freie Zeit so recht genießen können. Möge auch die verehrte Durchlaucht³⁹⁴ recht wohl und frohe Tage im Kreis ihrer Familie verbringen und bitte ich Sie, Ihrer Durchlaucht die ergebensten Grüße und Wünsche für eine gute, freudenreiche Reise von d. Familie G. [Verfasser] zu übermitteln. Dass ich natürlich nicht bloß Ihrer verehrten lieben Frau, ebenso Frau Emma [s. o.], Fr. Robert [Ehefrau v. Robert Binswanger, Marie Louise Binswanger] und die verehrte Schloßfrau von mir und meiner lieben Frau herzlich zu grüßen bitte, sondern auch Frl. v. Natzmer [Gesellschaftsdame im Bellevue] und wer sonst noch von unseren Bekannten in Ihren gastlichen Hallen weilt, wie Freund Walter, Hans, ist selbstverständlich. Vor Allem seien Sie von uns Allen herzlich begrüßt und entschuldigen Sie gütigst die längliche Epistel Ihres, Sie stets hochverehrenden u. dankbaren G. Auch unsere E. [Tochter], die Ostern 8 Tage in Thüringen trotz Regen schöne Parthien gemacht hat, bittet sich allen Herrschaften in Kreuzlingen empfehlen zu dürfen.

Dokument 1610/18

Gemeinsamer Brief der Patientin und ihres Ehemannes an Robert Binswanger vom 17.07.1900.

[2 Seiten von Martin G.:]

Berlin W., den 17. Juli 00.
V. Straße 10.

Hochverehrter Herr Dr. Binswanger!

Nachdem ich mal wieder im Frühjahr 3 recht schlechte Monate in Betreff meines Gesundheitszustands zugebracht und auch jetzt das Vorhandensein meines Leidens sich auch öfters durch verschiedene Anzeichen verräth, glaube ich nun, dass es an der Zeit ist, dass ich mich wieder einmal hilfesuchend an Sie wende, wenn ich auch damit nur erreichen sollte, dass ich für den Winter nur meinen Körper etwas kräftige und für zu erwartende neue Attaquen widerstandsfähiger mache. Ein vier–6 wöchentlicher Aufenthalt in Ihrer Anstalt, bei Gebrauch von Electricität und Bädern und Genuß einer freundlichen Behandlung des Triumvirats Bins., Smith [Smidt], Holst und innigem Versuch meinerseits, der die dazugehörigen liebenswürdigen Frauen hat mir ja stets so gut gethan, dass ich mich auf diese meine wiederholte Erfahrungen vertrauensvoll

³⁹⁴ Patientin Akte Nr. 1366, Fürstin; im Bellevue 24.09.1895 bis 10.11.1908.

stützend, die ganz ergebene Anfrage mir erlaube, ob es Ihnen möglich ist, mich von Anfang August ab auf 6 Wochen in Ihrer Anstalt aufzunehmen. Da es die Absicht meiner lieben Frau ist, mich zu begleiten und mir nöthigenfalls Stütze und Tröster zu sein, so würde ich bitten, dieses gütigst zu berücksichtigen. Mit der Bitte, mir, sobald Sie die Platzfrage p.p. übersehen können, mir eine gütige Antwort zu Theil werden zu lassen und der Bitte, Ihre verehrte Frau Gemahlin, Ihre Schwäger und Schwägerinnen von mir und meiner lieben Frau herzlichst zu grüßen,

grüßt Sie in alter Verehrung, Ihr ganz ergebener

G.

[2 Seiten von Marie G.:]

Lieber verehrter Herr Dr.

ich möchte wegen des Zimmers noch beifügen, dass mein Mann nicht höher als 1 Treppe wohnen kann, schön wäre das Parterre-Zimmer der Roberta, die nach der Seite des Gartens liegen und stets zusammen vergeben werden, jedenfalls wären uns, besonders mir, 2 kleine, nebeneinander liegende Zimmer lieber als ein großes, aber ich weiß, dass auch Sie selbst nicht immer können, was Sie wollen, ich meine nur in Anbetracht der Fülle der Patienten – des Raumman-gels. Es wird Sie vielleicht interessieren, dass unsere E. [Tochter] seit mehreren Tagen bei Herrn *T. B.* [Patient Nr.1554] in Reinbeck ist und sich herrlich amüsiert, es muss wundervoll dort sein, sie bleibt noch 8 Tage da und hat sich mit der jüngsten Tochter sehr angefreundet.

Herzliche Grüße für Sie alle, die lieben Ihrigen von Ihrer stets treuen

Marie G.

Dokument 1610/19

Brief der Patientin an Robert Binswanger oder Dr. von Holst vom 28.07.1900.

Berlin 28/7 1900

Mein lieber Herr Doctor,

noch in Eile einige Zeilen vor meiner Ankunft, und zwar wieder eine kleine Beichte über meine Dummheit, von der mein Mann nichts ahnt, wenn es sein muss, so sage ich es ihm, wenn Sie dabei sind, da ich seinen Ärger-Zorn fürchte. Ich hatte dieser Wintermonate trockenen, furchtbaren Catarrh mit Husten, der mir weder Tag noch Nacht Ruhe ließ, mein Mann gab mir die bekannten Morphintropfen 0,3 M[orphium] auf 30 gr Mandelwasser, ich hörte dazwischen mal ab und zu auf. Doch schließlich merkte ich neulich, als mein Husten endlich besser, dass ich richtige Entziehungserscheinungen hatte, mein Versuch, allein es loszuwerden, scheiterte an Zeitmangel. Angst es meinem Mann einzugestehen und wiederum Angst, wenn ich es nicht sage, dass mit dem Herzen was passieren könnte, dazu die nahe Aussicht auf Constanz und Ihre Güte und so

hoffe ich, dass Sie mir nochmal helfen werden, mit den neuen Hilfsmitteln, die Sie ja nun haben sollen, merkt es vielleicht mein Mann nicht, ich erspare ihm Ärger und mir, wenn auch vielleicht verdiente, arge Schälte. Bestraft bin ich ja genug durch Selbstvorwürfe und die Aussicht, wieder böse Tage vor mir zu haben, statt wirklich mal als Gesunde, wie ich dabei dachte, anzutreten. Nun habe ich auch soviel durchgemacht, und war nie in der Stimmung auch diese bösen Tage allein und ohne Arzt zu durchkosten, ich hoffe, es wird nicht so arg werden wie sonst, obschon ich eine ganze Menge Tropfen nahm, alle 2 Tage 30 gr Fläschchen in 3 Rathen, zu dumm, ich verderbe mir stets durch meine Schwäche jede Freude, sehe es aber immer zu spät ein. Wenn ich nur erst Ihre lieben strafenden Augen hinter mir hätte, da es hilft nichts, verzeihen Sie mir und helfen Sie nocheinmal Ihrer schwachen sonst aber ganz guten

Marie G.

Dokument 1610/20

Brief der Patientin an Dr. von Holst vom 17.08.1900 (möglicherweise beim Datum verschrieben).

Glauchau [Landkreis Chemnitz]
Sonntag, 17/8/00.

Mein lieber, verehrter Herr Doctor,

wohl ist der Wunsch groß in mir zu wissen, wie es Ihnen und Ihrer lieben Frau und den Kindern geht, aber wenn ich Ihnen heut schreibe, - treibt mich dazu wieder ein scheußlicher Grund – wieder mal eine Beichte eines Rückfalls in die Sünde, von der ich wohl ganz nie mehr weg, nie mehr auf Lange frei kommen werde - falls mein Leben sich nicht noch glücklich gestalten sollte. Aber zuerst muss ich Sie natürlich um strengste Discretion bitten, auch Herrn Dr. Binswanger etc. gegenüber, denn ich möchte nicht, dass es Jemand erfährt, ich möchte Sie, mein lieber Herr Doctor, bitten – da ich sofort nach meiner Rückkehr nach Berlin – Dienstag, den 16. meinen Hausarzt besuchen muss – und ich fürchte, der wird keine Ahnung von einer Entziehung haben – die allerdings nicht so arg sein kann – da ich ca. 7 Wochen erst – Opium nehme. Es fing wieder mit einer heftigen Kolik an – der hiesige Arzt gab mir Opium – und als das Fläschchen zu Ende war, machte es der Apotheker mir sofort stets stillschweigend weiter. Die Koliken sind bei mir seither nervöser Natur, denn, sobald ich Aufregungen bekomme – Sorgen habe – stellt sich auch dieses Leiden ein. Also, da ich in Berlin kein Opium bekomme – so muss und will ich es sofort meinem Arzt sagen, wüßte nur zu gerne, ob Sie glauben, dass ich in ca. 8 Tagen und zu Haus natürlich, es los werden kann, und dass es Niemand erfährt. Also, das Recept lautete auf 25-30 gr Opium, das reicht mir 5-6 Tage jetzt – ich bin schon selbst heruntergegangen, wie kann Dr. Wolff es am besten machen? Auch soll ich lieber einen Nervenarzt fragen und dass der es macht – ich hoffe, wenn ich mich zusammen nehme, dass es zu Hause ohne Spezialisten zu machen geht. Sie

wissen, wie ich, wenn es zu spät ist, darunter leide, dann muss ich gleich freikommen, ehe ich zu depressiv werde. Vielleicht haben Sie 10 Minuten für mich Zeit, lieber Herr Doctor und geben mir eingehend nach dem Grunewald Nachricht – die ich dann meinem Doctor sagen kann – im Fall er sich nicht zu helfen weiß, es ist so scheußlich, dass ich so gar keine Energie habe und bei der geringsten Sorge gleich so verzweifelt bin, dass ich nur durch solche Mittel Linderung finde. Also bitte machen Sie mir nicht zu große Vorwürfe – die mache ich mir schon allein genug. Ihrer lieben Gattin können Sie es ja sagen – aber bitte sonst Niemanden der dortigen Ärzte - gelt? Jetzt wo ich meine H. [Tochter] gut in meiner Nähe untergebracht weiß, bin ich viel ruhiger innerlich, das war mir so furchtbar, Sie hier in dieser trostlosen Öde den Winter über noch zu wissen, dass auch H.s Dortsein gut für mich in dieser Begleitung wirken wird! Ihre liebe Frau schweigt – leider mehr als mir lieb ist - und so weiß ich gar nichts mehr von Bellevue. Schade, dass man jetzt dort nur so wenig Leute noch hat, die mal darüber schreiben – man interessiert sich ja doch für alles noch, die alte Anhänglichkeit besteht trotz alledem und wird wohl ganz bei mir nie aufhören. Meinen ältesten Bruder brachte ich mit Freund B. [Pat. Nr.1554] brieflich in Mannheim zusammen und Herr B. schreibt mir ganz entzückt über den reizenden Menschen, mit dem er sehr herumreise – das dachte ich mir nämlich gleich. Sie machen auch gemeinsame Touren – aber mein Bruder bleibt nur noch einige Tage dort. Ich reise, wie gesagt, übermorgen nach Haus, endlich nach 8 ½ Monaten hier Abwesenheit. Mein K. [Sohn] schwelgt in Brüssel und Holland mit meinem jüngsten Bruder und famuliert vom 1. Sept. – 18. Okt. bei Prof. Hermes – Virchow-Krankenhaus. Ob Frau Emma dort ist – oder mit Klaus in Bremen? Und wie mögen Sie sich fühlen - haben Sie alles übernommen - und wohl schon wieder viel zu arbeiten? Sind angenehme Patienten dort? Aber alle diese Fragen sollen Sie mir nicht beantworten – lieber Herr Doctor – nur die Hauptsache – ob und wie Dr. Wolff heruntergehen kann. Was macht denn Freund Walter [könnte sich um Walter Lungstras, Ehemann von „Else“ Binswanger handeln], fühlt er sich wohl in diesem Beruf - und glauben Sie, dass er dabei bleiben wird? Herr E. [später Pat. 1944] hat sich in diesen Tagen bei F. [Tochter] angesagt - mein Schwiegersohn bekam die Kur in Suderode erst gar nicht – so dass er fort sollte, nun aber braucht er eine leichte Mastkur und nimmt dabei gut zu... auch eine Misere - bei der Jugend, mir thut meine F. oft sehr leid. Frau Mieke [Marie Louise Binswanger, Ehefrau v. Robert Binswanger] schreibt mir, dass Adolf [Gustav Binswanger, Bruder v. Robert Binswanger] ganz der alte dort gewesen wäre – aber kein Wort von seiner Gattin erwähnt hätte. Nun aber herzliche Grüße und Lebewohl – Ihnen alles Gute wünschend, bleibe ich immer Ihre treue, dankbare

Marie G.

11.3. Krankengeschichte Nr. 1494

Dokument 1494/1

Aus der Krankengeschichte, Verfasser Dr. Smidt.

No 1494

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name:	Bernhard N.
Stand:	Kaufmann
Alter:	30 J[ahre]
Wohnort:	Padua
Tag der Aufnahme:	22.5.97
Tag des Austritts:	13.8.97
Diagnose:	Alcoholismus

Erblichkeit: [kein Eintrag]

Bisheriger Krankheitsverlauf:

s. Brief d. Bruders. Pat. selbst giebt wenige & ungenaue Auskunft, sucht den Alcoholismus zu cachieren, will pro die 2 L[iter] leichten Wein getrunken haben.

Krankengeschichte:

Pat. ist schlank, mager; frische Gesichtsfarbe. Entschieden etwas erregt. Leichter Tremor der Gesichtsmuskeln beim Sprechen. Tremor manuum. Sprache „impulsiv“, stößt die Sätze hervor. Muss sich auf ihm geläufige Tatsachen (wie lange er in Italien sei) besinnen. Kopfrechnen sehr schlecht (7 x 8=110 etc.).

Leicht hypochondr. Kann die erste Untersuchung kaum abwarten, fragt wiederholt nach d. Resultat.

L[inke] Pup[ille] > R[echte], etwas verzogen. Lichtreaktion etwas träger. Accom[modation] gut. – Facialis gleich.

Sehnenphaenomene Anc[onaeus] und Knie? (Pat. kommt bei der Untersuchung vom auswärtigen Mittagessen, bei dem er entschieden stark gekneipt hat.)

Hände & Füße kühl.

Intramusculäre Erregbarkeit erhalten.

Herztöne rein.

Leber unterer Rand überschreitet etwas d. unteren Rippenrand, nicht druckempfindlich. Magen nicht druckschmerzhaft. Keine Drüsenschwellungen.

Zunge stark belegt. Tremor.

Ordo:

Morg. 7 U Massage Arme & Beine je 5 Min.

Dann Abreibung 12°.

Ab. Kühle Wickel ½ St.

26.5.

Pat. schläft ganz gut, ist aber Tags über recht „nervös“, kann mehrfach nicht zu Tisch kommen. Bei einer Tour b[is] Mannenbach (25.5) wird ihm in d. Beinen so schlaff, dass er nur mühsam von einem Mitpat. gestützt, den verhältnismäßig kurzen Weg machen kann. Tremor d. Hände hindert ihn am Briefeschreiben.

Brom unwirksam. Heute Morg. Inj[ektion] Strychn[i] nitr[ici] 0,001.

9.6.

Seit Ende Mai ganz wohl. Entwickelt vortreffl. Appetit.

Zunge rein. Stimmung & Schlaf gut. Kein stärkerer Tremor.

13.8.

Hat sich dauernd gut gehalten, aber keine Versprechungen für die Zukunft gegeben. Heute entlassen.

Dokument 1494/2

Brief des Stiefbruders des Patienten an die Ärzte des Bellevue vom 20.05.1897.

I.L. M.
Venedig 20 Mai 1897.

Sehr geehrter Herr Doctor!

Mein Stiefbruder Herr Bernhard. N. aus Padova ist gestern nach dorten zum Kurgebrauch abgereist. Derselbe ist in der letzten Zeit ziemlich heruntergekommen, in Folge zu viel Weintrinkens und obgleich er mir wiederholt versprochen hat, es aufzugeben, scheint er doch nicht genügend Energie zu haben. Um sich dies zu entwöhnen, hat er sich entschlossen, zu Ihnen zu gehen, da wir erfahren haben, mit wie viel Erfolg Sie diesbezügliche Kuren unternehmen, und bin ich der Überzeugung, dass es Ihnen auch mit meinem Bruder gelingen wird. Er ist 31 Jahre alt und ein herzensguter Mensch u. wünscht selbst geheilt zu werden, was ihm hoffentlich auch unter Ihrer vorzüglichen Leitung möglich sein wird. Er hat in der letzten Zeit nicht sehr viel getrunken, kann aber Nichts mehr vertragen, wie es wohl immer der Fall ist bei derartigen Leiden. Ich habe

mir erlaubt, Ihnen dies zu schreiben, weil er sich vielleicht geniert, Ihnen Alles selbst zu erzählen und gleichzeitig möchte ich Ihnen mein lieber Bruder [sic] auf's Wärmste empfehlen. Wenn er einige Tage bei Ihnen gewesen ist, würden Sie mich zum großen Dank verpflichten, wenn Sie so liebenswürdig wären, mir im Vertrauen offen über sein [sic] Zustand zu berichten und mir ganz offen sagen, welche Aussichten für Genesung vorhanden sind. Es bleibt selbstverständlich unter uns, und ich möchte, bevor ich seinem Vater irgend etwas davon sage, Ihre geschätzte Meinung Hören [sic], vielleicht könnte man den [sic] alten Herrn diesen Verdruß ersparen. Entschuldigen Sie bitte meine Freiheit, aber Sie werden gewiß meine Gefühle als älterer Bruder verstehen und billigen.

Mit vorzüglicher Hochachtung, ergebenst

I.L. M.

K. D. Konsul, V.

Dokument 1494/3

Brief des Stiefbruders des Patienten an die Ärzte des Bellevue vom 28.05.1897.

Venedig 28 Mai 97.

Sehr geehrter Herr Doctor!

Ich danke Ihnen wohl sehr für Ihren liebenswürdigen Brief v. 25., u. freut es mich, daraus zu ersehen, dass mein Bruder sich willig Ihren Anweisungen fügt, so wie auch, dass der Magencatarrh besser ist. Ich hoffe, dass es Ihnen vollständig gelingen wird, ihn zu heilen und dass Ihre Anstalt seine Rettung sein möge. – Mein Bruder war als ganz junger Mann in England, Deutschland & Triest; er war immer ein fideles Haus und hat, glaube ich, immer viel getrunken, aber er vertrug auch viel und wenn er auch hie und da vielleicht einen Rausch bekam, so war es nur nach einer „schweren Sitzung“. Ich glaube, er trank auch Cognac und Fernet des Morgens, aber, wie gesagt, man konnte ihm nur selten etwas anmerken, erst seit 1 1/2 – 2 Wochen ist es ziemlich schnell abwärts mit ihm gegangen, besonders seit vorigem Herbst. Er war früher immer lustig und gut aufgelegt, aber in der letzten Zeit öfter melancholisch geworden und vermied die Gesellschaft von Bekannten, er war nur gern bei uns hier in Venedig – wollte keine Bekanntschaften machen, suchte auch nicht gern seine besten hiesigen Freunde auf – konnte lange sitzen, ohne ein Wort zu sagen. Sein Kopf war aber gut, solange er nüchtern war, dann war er auch tüchtig in dem Geschäft, aber nach dem Frühstück um 12 Uhr ist er in der letzten Zeit sonst nie mehr ganz nüchtern gewesen, er vertrug nichts mehr und da hatte er auch keine Lust zu arbeiten, wahrscheinlich fühlte er sich nicht fähig dazu. Mit Frauen dagegen, glaube ich nicht, dass er viel zu thun gehabt hat – wenigstens nicht in den letzten 10 Wochen, wo er hier und in Padova war – auch seine Freunde haben mir dies bestätigt. Nach meiner Ansicht ist sein jetziger Zustand nur durch Alcoholismus entstanden.

Stets gerne zur Verfügung zeichne mit besonderer Hochachtung

Ergebenst

I.L. M.

Bitte auch meine Briefe „privat“ zu schreiben.

Dokument 1494/4

Brief des Stiefbruders des Patienten an die Ärzte des Bellevue vom 25.06.1897.

Venedig 25/6 97

Sehr geehrter Herr Doctor!

Ich würde Ihnen sehr verbunden sein, wenn Sie die Liebenswürdigkeit haben möchten, mir mitzuthemen, wie es jetzt meinem Stiefbruder Bernhard. N. geht, ich meine hauptsächlich bezüglich der Entwöhnung vom Alcohol.

Er schreibt sehr zufrieden über sein Befinden im Allgemeinen, berichtet aber nie diese Sache, die ja eigentlich die Bedeutendste ist.

Wissen Sie, geehrter Herr Doctor, dass er ganz geheilt wird & wie lange muss er mutmaßlich noch dorten bleiben, um dies zu erreichen? Die Hauptsache ist, dass er geheilt wird, und er muss sich schon darin finden, länger [zu] bleiben, wenn das nur erreicht werden kann. Bitte mir nur offen Alles zu sagen.

Entschuldigen Sie gütigst die verursachte Mühe & empfangen Sie im Voraus meinen besten Dank.

Mit besonderer Hochachtung

Ergebenst

I.L. M.

11.4 Krankengeschichte Nr. 1676

Dokument 1676/1

Aus der Krankengeschichte, Verfasser Hermann Smidt, 21.07.1899.

No 1676

Curanstalt Bellevue bei Konstanz.

Name: Ludwig von W.
Stand: Gutsbesitzer
Alter: 31
Wohnort: Mahlen bei Breslau
Tag der Aufnahme: 23.7.99
Tag des Austritts: 12.XII.99
Diagnose: Neurasthenie, Alcoholismus chronicus

Erblichkeit: [kein Eintrag]

Bisheriger Krankheitsverlauf:

Pat. schon im Alter von 5 Jahren viel an Kopfweh gelitten. Vielfache Heilversuche ohne Erfolg. Will nach Scharlach 2 x Gelenksrheumatismus überstanden haben. Verbrachte das Ende seiner Schulzeit – 3 ½ Jahre – in Jena, unter Behandlung von Dr. Rossbach, machte dort sein Abiturientenexamen. Während seiner Universitätszeit, wo er übrigens stark getrunken haben soll, werden die Kopfschmerzen allmählich besser. Im Sommer 88 in Lausanne studierend, bekommt er, infolge eines unratigen Zimmers, starke Nervenerregungen. Der Arzt (Homöopath) spricht von Gehirnentzündung. Auf dem Lande erholt er sich wieder. Seit vier bis fünf Jahren gichtische Erscheinungen. Schwellung und Schmerzen in den großen Zehen, ausstrahlend in die Unterschenkel, treten meist nach vorangegangener Pyrosis ein und schwinden rasch. Im vorigen Jahre Anfälle von Herzschwäche; geht deswegen in das medico-mechanische Institut von Reichardt in Dresden, wird von diesem, der eine Dislocation des Herzens konstatiert, mit Herzmassage ohne Erfolg behandelt. Gleichzeitig von dem Spezialisten Dr. Oberlaender an einer Urethralstricture [behandelt] (früher Tripper). Acquiriert infolge der Stricturedehnung einen heftigen Blasenkatarrh. Die Herzschwäche, die gegen des Pat. Angabe nur Sekt hilft [sic], die aber nach des Arztes Angabe auch ohne Medication vorübergeht, wird durch diese Behandlung nicht tangiert. Gegen Weihnachten 1898 schwere Influenza mit Pleurapneumonie und Lungengangraen. Starke Kopfbeschwerden, Schmerzen hinter den Augäpfeln und im Nacken. Langsame Rekonvalescenz. Schon früher

soll Magengeschwür bestanden haben. Auch jetzt noch gelegentlich cardialgische Anfälle. Auch der Blasenkatarrh nicht ganz gehoben. Von Zeit zu Zeit Exacerbationen mit Phosphaturie.

Urethralsecretion, die keine Gonokokken enthält. Außerdem traten gelegentlich krampfartige Schmerzen im Samenstrang auf. Noch jetzt vorübergehend Hodenschmerzen und Herzangst.

Stimmung sehr wechselnd, öfters thränenreiche Depression. Pat. hat in letzter Zeit trotz gegentheiligter ärztlicher Verordnung ziemlich viel Alkohol zu sich genommen, bes. um seine Herzschwächeanfalle zu korrigieren. Der behandelnde Arzt Dr. Bogatsch hebt mehrfach sein hysterisches Wesen, bes. bei letzteren, hervor.

Pupillen gleich, reagieren auf Licht und Accommodation gleichmäßig.

Percussion des Vorderkopfes unempfindlich, über dem Occipitalbein empfindlich. Ganze Halsgegend hinter den Musc. sternocleidomast. empfindlich.

Supraorbitalpunkte leicht empfindlich. Infraorbital- und Maxillarpunkte unempfindlich.

Sensibilität im Gesicht intakt.

Zunge leicht belegt. Leichter Rachenkatarrh. Gaumenbogen und Facialis symmetrisch.

Panniculus adiposus wohlentwickelt.

Herzdämpfung auf der IV. Rippe, überragt nicht den linken Sternalrand.

Spitzenstoß nicht fühlbar.

Auscultatorisch innerhalb der Mamillarlinie, unterhalb der VI. Rippe am deutlichsten.

Herztöne dumpf aber rein. 2. Aorten- und 2. Pulmonalton nicht bes. accentuiert.

Puls 72, etwas klein, nicht geschlängelt.

Leberdämpfung unterhalb der V. Rippe, überschreitet nicht den unteren Rippenrand.

Lunge: Rechts voller Schall bis zum oberen Rand der V. Rippe. L[inke] L[unge] u[nten] dreifingerbreite Dämpfung. Über der Dämpfung Athmung etwas abgeschwächt aber deutlich vesiculär. Auch sonst überall rein vesiculäres Athmen.

Anconaeus beiderseits vorhanden aber schwach.

Bauchreflexe gering. Bauchdecken weich, untere Lebergrenze nicht zu fühlen. Im rechten Hypochondrium leichte Druckempfindlichkeit. Schall überall tympanisch.

Cremaster sehr deutlich. Beide Testikel weich, auf Druck nicht empfindlich. Keine Varicocele.

Linke Bruchpforte ziemlich weit.

Kniephaenomene vorhanden. Leichtes Crepitieren in beiden Kniegelenken, bes. links.

Fußphaenomen deutlich.

Sensibilität beiderseits intakt.

Krankengeschichte:

23/7.

Leichte Anschwellung beider Füße, sowie Klagen über von dort in die Unterschenkel ausstrahlende Schmerzen.

25/7.

Auf Bettruhe und Icthyolbehandlung Fußbeschwerden geschwunden.

1/8.

Nach körperlichen Anstrengungen Herzklopfen mit leichter Angina pectoris. Klagen über vom Rücken bis zum Hinterkopf ausstrahlende Schmerzen. Kopfdruck direkt in der Scheitelgegend; bei Percussion keine besondere Empfindlichkeit. Sehr wechselndes Aussehen. Pat. schläft und ißt gut, hält sich abstinert. Spaziergänge in Begleitung eines Privatwärters.

5/8.

Da Pat. sich gut hält, wird ihm der Privatwärter genommen. Geht viel mit Herren der Gesellschaft spazieren.

10/8.

Noch immer Klagen über Seitenstechen, Herzschwäche, Schwindelgefühl sowie die alten Kopfschmerzen. Großen Stimmungsschwankungen unterworfen.

18/8.

Sehr wechselndes Aussehen. Fortbestehen der alten Klagen. Bei deprimierter Stimmung bisweilen querulierend.

26/8.

Klagt in letzter Zeit weniger. Will auf einem Spaziergange von starken Schwindelgefühlen befallen sein, so dass sich Pat., um nicht umzufallen, festhalten musste.

4/9.

Klagt über starke, nach dem Kreuz hin ausstrahlende Blasenschmerzen. Urin eiweiß- und zuckerfrei, wenig Schleim, viel Phosphate.

10/9.

Nach einem größeren Ausflug soll der rechte Hoden des Pat. stark angeschwollen sein und sich hart angefühlt haben. Starke Schmerzen im Verlauf des Samenstranges. Heute keine nennenswerthen Beschwerden mehr.

25/9.

Klagt bald über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, über schnell eintretende Ermüdbarkeit, bald über Herzklopfen mit Angina pectoris, Abgeschlagensein des ganzen Körpers, Schmerzhaftigkeit der Extremitäten, im Leistenkanal verlaufende, nach dem Rücken hin ausstrahlende Schmerzen.

28/9.

Angeblich Hodenschwellung, sobald Pat. sein Bruchband mehrere Stunden getragen hat. Da Pat. überhaupt keine Hernie hat, so soll Pat. das seit 15 Jahren getragene Bruchband weglassen und ein gut sitzendes Suspensorium tragen. Geringe linksseitige Verdickung des Samenstranges (Varikokocele?)

1/10.

Leichter Follikularkatarrh beider Augen. Alaunbehandlung.

5/10.

Starker Schwindelanfall auf dem Wege zur Post. Pat. musste sich, um nicht umzufallen, auf eine Haustürschwelle setzen. Sehr blasses Aussehen. Nach Alkoholfuhr – Rotwein –, starke Besserung, namentlich auch des unregelmäßig arbeitenden Herzens.

6/10.

Conjunctivitis follicularis geschwunden.

20/10.

Klagen über Kopfschmerzen, sowie Schwindelgefühl. Bei körperlichen Anstrengungen schnell eintretendes Müdigkeitsgefühl. Hodenschmerzen. Stimmung sehr wechselnd.

1/11.

Die alten subjektiven Klagen wiederholen sich in unregelmäßigen Zwischenräumen. In letzter Zeit Verdauungsstörungen. Pat. scheint in Alkohol zu excedieren.

3/11.

Hustenreiz. Klagen über Lungenschmerzen, objektiv nicht nachweisbar.

12/11.

Ein mit großen Anstrengungen verbundener, sechstägiger Jagdausflug ist Pat. gut bekommen.

17/11.

Während eines Spazierganges nach dem Beßmer³⁹⁵ starker Schwindelanfall, der sich später noch zweimal wiederholte, so dass Pat. sich per Wagen nach Hause begeben musste.

³⁹⁵ Restaurant Besmer, Kreuzlingen, Besmerstraße 49.

Bleiches Aussehen, etwas beschleunigter und unregelmäßiger Puls. Klagen über Herzangst und starke linksseitige Kopfschmerzen.

Pat. will nur wenig Alkohol zu sich genommen haben. Es steht aber bes. infolge den Aussagen von Mitpatienten fest, dass Pat. in letzter Zeit wieder stark in Baccho excediert.

12.12.99

Abreise.

Dokument 1676/2

Tageseinteilung für den Patienten vom 22.7.1899.

Tageseinteilung.

Name: Ludwig von W.

Datum: 22.7.99

- | | |
|------------|--|
| 7 U. | ¼ l Milch. |
| 7 ½ | Massage der Beine. Franzbranntweineinreibung. |
| 8 U. | Frühstück. Dann Spaziergang bis 10 U[hr]. |
| 10 ½ U. | 1 Tasse Bouillon m. Ei. |
| ½ 12 U. | Dienstag, Donnerstag, Samstag farad[isches] Bad. |
| ½ 12 U. | Montag, Mittwoch, Freitag einfaches Bad. 27° 10 Min. Nachher ruhen bis 12 U. |
| 12 U. | Montag, Mittwoch, Freitag Galvanisation des Sympathikus. |
| 12 ½ U. | Mittagessen. Wenig Kartoffeln. Keine Mehlspeisen. |
| 1 ½ - 3 U. | Ausruhen. |
| 4 U. | Milchkafe (wenig Café, viel Milch). |
| 5-7 U. | Spaziergang (Dorffahrt). |
| 7 ½ U. | Abendessen. |
| 10 U. | zu Bett. |

Kein Alkohol!

Tägl. 1 Fl. Fachinger.

1-2 Glas Zitronenlimonade ohne Zucker.

Dokument 1676/3

Brief Dr. Bogatsch an Robert Binswanger vom 06.7.1899. Anmeldung des Patienten.

Breslau d. 6.VII.99

Sehr geehrter Herr College!

Ich beabsichtige zum Ende nächste Woche mit einem meiner Patienten, Herrn von W. aus M. bei Breslau, bei Ihnen einzutreffen.

Der Pat. war früher von Ihrem Herrn Bruder u. Herrn Prof. Rossbach wegen Hysterie in Jena behandelt worden. Er hat jetzt, nachdem er im letzten Winter einen schweren Anfall von Influenza-Pneumonie u. Pleuritis überstanden hatte, wieder verschiedene hysterische Beschwerden. Besonders wird er häufig von Tachycardien, Angstgefühlen gequält. Alles Nähere mündlich. Ich gestatte mir die ergebene Anfrage, ob Herr von W. Platz finden würde, wenn [er] am Sonnabend oder Sonntag (d. 15. oder 16. 7.) in Constanz einträte?

Mit der Bitte um eine baldgefällige Antwort bin ich
Ihr ergebenster

Dr. Bogatsch [Unterschrift]

Dokument 1676/4

Brief des einweisenden Kollegen an Robert Binswanger vom 11.08.1899. Breslau d. 11.8.99.

Kaiser-Wilhelmstr. 25

Sehr geehrter Herr College!

Für Ihren gefälligen Bericht sage ich Ihnen meine besten Dank. Nach Rücksprache mit Frau von W. ersuche ich Sie ergebenst, Herrn v. W. nicht zu zeitig Freiheiten zu gestatten. Derselbe hat z[war], wie ich noch mehr hervorheben möchte, auf mich nie den Eindruck gemacht, als ob er bei günstiger Gelegenheit dem Abusus spirit. sich ergeben könnte. Allem Anschein nach befolgte er meine Vorschriften über Wein- u. Bierverbrauch aufs Genaueste. Und doch war das, wie ich von seinen meisten Angehörigen wiederholt hörte, nur scheinbar. So ließ er sich, ohne Wissen der Mutter, Wein aus Breslau senden, trank in Gesellschaft der Familie nur das von mir Erlaubte Quantum, auf seinem Zimmer aber griff er zu seinem persönlichen Vorrat. Wir fürchten, dass er auch bei Ihnen ohne geeignete Aufsicht Ähnliches vollziehen könnte.

Ich bitte zum Schluß, von meinen Briefen H. v. W. nichts zu erwähnen.

Mit einem neuem Berichte würden Sie mich sehr erfreuen.

Ihr ergebenster Coll.

Bogatsch [Unterschrift]

Dokument 1676/5

Brief des einweisenden Kollegen an Robert Binswanger vom 04.10.1899.

Breslau d. 4.10.99

[Notizen in unleserlicher Stenographie]

Sehr geehrter Herr College!

Verzeihen Sie es, wenn ich Sie mit einer Epistel behellige. Frau v. W. besuchte mich dieser Tage u. theilte mir bei dieser Gelegenheit mit, dass Sie nichts einzuwenden hätten, wenn Herr Ludwig v. W. geht, d.h. etwa Mitte Oktober Ihre Anstalt verläße, um im Süden den Winter zu verbringen. Die große Sympathie, welche ich für Herrn v. W. hege, veranlaßt mich indess, Sie zu bitten, den Pat. noch länger in Ihrer Anstalt zu behalten. Ich habe ihn während seiner langen Krankheit außerordentlich lieb gewonnen, dass ich nichts unversucht lassen möchte, um ihn wieder ganz gesund zu sehen. (Soweit dies möglich ist.) Das Grundübel für ihn ist der Alkohol. Nach meinem Dafürhalten ist er durch die 2 ½ monatliche Kur noch nicht vor Rückfällen gefeit. Diese müssen aber von ihm fern gehalten werden. Ich bin überzeugt, dass ihm eine freudige Thätigkeit zur weiteren Gesundung helfen wird. Deshalb habe ich verschiedene Schritte gethan, um den Ankauf seiner Güter für H. v. W. in die Wege zu leiten. In höchstem Grade unangenehm wäre es mir, wenn nach erfolgtem Ankaufe der Pat. nicht das hält, was ich von ihm behauptet habe. Meine Bitte geht deshalb dahin, behalten Sie unter geeignet scheinendem Vorwande den Pat. noch einige Monate bei sich.

Um einen gefälligen Bescheid ersucht unter coll. Gruß

Ihr ergebenster

Dr. Bogatsch [Unterschrift]

11.5. Diagnoseschema Ludwig d. Ä. und Robert Binswanger

Diagnoseschema Ludwig I (Pat. 1-427) [21.3.1857- 19.4.1877]	Schlüssel	Diagnoseschema Robert (428-2640) [21.5.1877- 29.12.1908]	Schlüssel
Melancholie	1	Melancholie	1
Manie	2	Manie	2
Circuläre Psychose	3	Circuläre Psychose	3
Moral insanity	4	Moral insanity/Dégénérés	4
Hypochondrie	5	Hypochondrie	5
Paranoia	6	Paranoia	6
Dementia paralytica	7	Paralysis progressiva	7
Apoplexia cerebri	8		
Hallucinator. Verwirrtheit	9	Akute Verwirrtheit	9
Dementia praecox	10	Dementia praecox	10
Hysterie	11	Hysterie	11
Neurasthenie	12	Neurasthenie	12
Epilepsie	13	Epilepsie	13
Demenz	14	Demenz	14
Zwangsdanken	15	Zwangsneurosen	15
Syphilitisches Irrsein	16		
Alcoholismus	17	Alcoholismus	17
Morphinismus	18	Morphinismus	18
Chloralismus	19		
Diagnose unbestimmbar (d.h. Smidt konnte trotz Material keine Diagnose stellen)	20		
		Senium	21
		Varia	22
Keine Angaben (d.h. keine Karte vorhanden und kein Mehrfachaufenthalt)	23		23

11.6. Anstaltsprospekt aus dem Jahre 1896³⁹⁶

Couranstalt Belle-vue in Kreuzlingen bei Konstanz.

Die Couranstalt für Nerven- und Gemüthsranke Belle-vue wurde 1857 von Dr. L. Binswanger sen. gegründet. Sie liegt in nächster Nähe von Konstanz, 5 Minuten vom Bodensee entfernt, ca. 15 Meter über demselben, auf Schweizergebiet und gewährt freien Ausblick ostwärts auf den Obersee und die Alpenkette, westwärts auf den Untersee (Insel Reichenau und Arenberg), sowie auf die Berge des Höhgaues (Hohentwiel).

Die Anstalt besteht aus einer Anzahl von Villen, die sich um das Mutterhaus (Villa Bellevue) gruppieren. Die Villen sind jeweils mit Letzterer und diese wiederum mit der Villa Brunnegg, dem eine halbe Stunde entfernten Wohnsitze des mitunterzeichnenden (seit 1880) Dr. R. Binswanger, telephonisch verbunden. Als Hausärzte der Couranstalt fungieren die mitunterzeichneten Schwäger des Direktors, Dr. H. Smidt (seit 1883) und Dr. O. von Holst (seit 1890).

Das Villensystem wurde als Grundlage der Anstalt gewählt, weil nur dieses ermöglicht, die Wünsche und Bedürfnisse jedes einzelnen Kranken in bezug auf Wohnung im weitesten Maasse zu berücksichtigen und diese Verhältnisse möglichst den heimischen anzunähern. Das Streben der Aerzte geht dahin, den Kranken durch Anschluss an ihre Familien die Entfernung von der Heimath zu erleichtern. Diejenigen Kranken, deren Gesundheitszustand es gestattet, bilden mit den Aerztesfamilien einen Gesellschaftskreis, für welchen der Speis- und der Conversationssaal in Belle-vue sowohl für die Mahlzeiten, als für den allgemeinen Verkehr den Mittelpunkt bildet.

In Bellevue befinden sich ferner ein Damensalon, ein Billardzimmer und ein Bibliothekzimmer, in den Garten- und Parkanlagen eine massiv gebaute, heizbare Kegelbahn, Turnhalle und Croquetplatz. Die geräumige Holzhalle giebt Gelegenheit zu leichter körperlicher Arbeit.

Die Villen sind durchweg den Anforderungen höherer Stände entsprechend eingerichtet. Um auch individuellen Ansprüchen zu genügen, variieren in diesen Grenzen die einzelnen Wohnungen in Bezug auf Grösse und Eleganz der Einrichtung. Zwei Villen sind mit der Belle-vue durch einen heizbaren Wandelgang verbunden.

Jede Villa besitzt Vorkehrungen für einfache und elektrische Bäder, sowie geschulte Kräfte für hydropathische Curen und Massage. Eine gut eingerichtete Seebadeanstalt liegt in der Nähe der Anstalt.

Sowohl auf schweizerischer wie auf deutscher Seite laden eine Reihe schöner Aussichtspunkte zu mannigfachen Ausflügen ein. Auch zu Wasserfahrten findet sich bequeme Gelegenheit.

Das Klima von Konstanz ist einerseits durch die mittlere Höhenlage (400 m über dem Meeresspiegel), andererseits durch die grosse Wasserfläche des Sees gemildert. Die monatlichen Durchschnittstemperaturen betragen: Januar: + 1,0;

³⁹⁶ FAB 134.

Februar: 1,7; März: 4,2; April: 8,7; Mai: 11,6; Juni: 16,2; Juli: 18,4; August: 18,4; September: 14,6; Oktober: 9,4; November: 3,5; Dezember 1,0° Celsius.

Aufnahme-Bedingungen.

Der Preis der vollen Verpflegung und Behandlung beträgt Frcs. 12,50 (Rm. 10) pro Tag. Inbegriffen sind: Erstes und zweites Frühstück, Mittagessen, Vesper und Abendessen; Beleuchtung, Beheizung; ärztliche Behandlung, Bäder, Massage, Anwendung der Elektrizität. Besonders berechnet werden Leibwäsche, Medicamente, Getränke, sowie die Benutzung de Equipage.

Die Wohnung wird mit Frcs. 2,50-7,50 (Rm. 2-6) pro Zimmer und Tag je nach Grösse und Eleganz derselben berechnet. Die Benützung eines Salons oder mehrerer Zimmer unterliegt speziellen Bedingungen.

Das Serviren von Mahlzeiten auf dem Zimmer wird in Ausnahmefällen in Rechnung gebracht.

Kranke, welche eines Privatwärters resp. Wärterin für Tag und Nacht bedürfen, entrichten dafür Frcs. 5 (Rm. 4) pro Tag.

Angehörige von Patienten bezahlen, falls sie kein eigenes Zimmer beanspruchen, Frcs. 10 (Rm. 8) für Bett und volle Pension.

Der gesammte Pensionspreis wird vor dem Eintritte des Patienten oder in den ersten Tagen seines Aufenthaltes in der Anstalt mit ihm oder mit seinen Angehörigen vereinbart. Dabei wird im Rahmen obiger Pensionssätze darauf Bezug genommen, ob ein Patient die ärztliche Hülfe ganz besonders in Anspruch nimmt, wie z. B. bei Morphium-Entziehung, Mastkuren etc.

Trinkgelder dürfen dem Dienst- und Wartpersonale nur beim Austritte des Patienten aus der Anstalt oder am Weihnachtsfeste nach Uebereinkunft mit der Anstaltsdirektion verabreicht werden.

Die Zahlung geschieht im Allgemeinen pränumerando monatlich. Die Abrechnung über die sub. 3 genannten Ausgaben erfolgt nach Ablauf jeden Monats.

Das Minimum der Curzeit ist auf 6 Wochen festgesetzt.

Es ist in jedem Falle für die behandelnden Aerzte wünschenswerth, ausführliche Mittheilungen über die aufzunehmenden Patienten von ärztlicher Seite zu erhalten. Im Interesse einer zweckmässigen Wohnungswahl ist es von Vortheil, wenn erstere schon vor dem Eintreffen des Patienten eingesendet werden.

Der Postverhältnisse wegen beliebe man Briefe und Telegramme zu adressiren:

aus der Schweiz: Bellevue Kreuzlingen, Cant. Thurgau.

Aus Deutschland und den anderen Ländern: Belle-vue b. Konstanz.

Im April 1896.

Dr. R. Binswanger.
Dr. H. Smidt. Dr. O. v. Holst.

11.7. Reglement³⁹⁷

Die Pensionäre der Couranstalt Bellevue haben innerhalb der Pension folgendes zu beanspruchen:

Das erste Frühstück besteht aus Thee, Caffee oder Cacao mit Butter und Brödchen.

Das zweite Frühstück besteht aus 1-2 Eiern oder einem belegten Brödchen und einer Tasse Bouillon.

Erstes und zweites Frühstück können auch combinirt werden.

Beide können auf ärztliche Verordnung auf dem Zimmer eingenommen werden.

Der Nachmittagscaffee resp. Thee wird gemeinsam im Saale eingenommen, falls der Pensionär nicht auf ärztliche Verordnung im Zimmer bleibt. Wird der Nachmittagscaffee ohne diese auf das Zimmer verlangt, so wird hierfür pro Portion 1 Fr. berechnet.

Die Hauptmahlzeiten finden um 12 ½ und 7 ½ Uhr gemeinschaftlich im Speisesaal statt. Dispensationen davon geschehen durch den Arzt. Für Pensionäre, welche alle Mahlzeiten auf dem Zimmer einnehmen, wird der genannte Pensionspreis mit der Verwaltung vereinbart. Eine gleiche Vereinbarung findet statt, wenn auf Wunsch erhebliche Veränderungen an diesem Reglement getroffen werden.

Milch wird (mit Ausnahme der zu Thee, Caffee oder Cacao servierten) mit 40 Pfennig pro Liter berechnet.

Eine Tasse schwarzen Caffees nach Tisch, sofern sie überhaupt ärztlich gestattet ist, wird mit 30 Pfg. berechnet.

Die Verwaltung der Couranstalt Bellevue.
Januar 1898.

³⁹⁷ FAB 135.

12. Quellenverzeichnis

12.1. Ungedruckte Quellen aus dem Universitätsarchiv Tübingen (UAT)

Signatur 441:

UAT 441/1379–1784

Patientenakten der Anstalt Bellevue für den Zeitraum 1896–1900.

Signatur 442:

UAT 442/4

Aufnahmebuch des Bellevue (1895-1911).

UAT 442/61 bis 442/65

Copiebücher.

UAT 442/220, 222, 223

Arzneiverordnungsbücher.

UAT 442/221

Physiotherapieverordnungsbuch.

UAT 442/233

Rondenbuch. Darin enthalten ein Exemplar der Wärterordnung aus dem Jahr 1888.

UAT 442/453

Verzeichnis der Ärzte, Psychologen und Verwalter im Bellevue 1857-1975 (erstellt von Gerhard Fichtner).

Signatur 443:

UAT 443/125

Binswanger, Ludwig: Zur Geschichte der Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen 1857 – 1957. Festschrift zum 100jährigen Jubiläum der Anstalt Bellevue (1957).

UAT 443/129

Bleuler, Eugen: Zum 28.XII.1932. Rede von Herrn Prof. Bleuler zur 75-jährigen Jubiläumsfeier.

UAT 443/181 und 443/198

Briefe aus dem Briefwechsel der Brüder Robert und Otto Binswanger: Briefe Robert Binswanger an Otto Binswanger, 1880-1906. Enthält u. a. Brief Roberts über den bevorstehenden Tod Berthas und Brief Robert Binswanger an Hermann Sahli: Durchschlag eines Brieffragments [um 1890].

UAT 443/148

Die Veröffentlichungen von Robert Binswanger:

Binswanger, Robert: Karl-Stauffer-Bern. Eine psychiatrische Studie 1894: Sonderdruck aus der Deutschen Revue.

Binswanger, Robert: Über die Erfolge der Suggestiv-Therapie, Separatabdruck aus den „Verhandlungen des XI. Congresses für Innere Medizin zu [...] 1892.“ Wiesbaden 1892.

Binswanger, Robert: Die Vorarbeiten zu einer schweizerischen Irrengesetzgebung, 1898.

UAT 443/129

Bleuler, Eugen: Zum 28. XII. 1932. Rede von Herrn Prof. Bleuler zur 75-jährigen Jubiläumsfeier.

Ohne Signatur:

Diagnosekartei („Blaue Couverts“), angelegt von Hermann Smidt.

12.2. Ungedruckte Quellen aus dem Familienarchiv Binswanger (FAB)

FAB 22

Geheimes Finanzbuch und testatorische Verfügung (1848-1880). Transkription Gerhard Fichtner.

FAB 134

Anstaltsprospekt aus dem Jahre 1896.

FAB 135

Reglement aus dem Jahr 1898.

FAB 198-225 und 240

Historische Nachrichten über Mitarbeiter und Bauten des Bellevue.

FAB 201

Binswanger, Robert (1901): Zum 2.08.1901 Einweihung von Neu-Bellevue.

FAB 307:

Manuskript einer detaillierten Anstaltsbeschreibung [um1890], transkribiert von Kaspar Domeyer.

FAB 308

Handschriftliches Manuskript einer Anstaltsbeschreibung von Robert Binswanger (um 1890); der erste Teil des Dokuments enthält eine Beschreibung des Bellevue von unbekannter Hand geschrieben und ist inhaltlich identisch mit dem ersten Teil von FAB 309.

FAB 309

Handschriftliches Manuskript von Robert Binswanger „den Herren Ärzten“ (um 1890).

FAB 351

Biographie Robert Binswangers von Hermann Smidt aus dem Jahr 1920.

Stammbaum Binswanger, nach Unterlagen von Walter Ertz und Jane Schinzinger zusammengestellt von A. Hirschmüller und A. Moses 2001.

Tagebuch Robert Binswanger 1898-1908 ohne Signatur, 88 Seiten.

13. Literaturverzeichnis

Aeschbacher (1980)

Aeschbacher, Jörg: Wie aus der Spinnwinde eine therapeutische Gemeinschaft wurde. Anfang und Ende der Klinik Bellevue. In: Tages-Anzeiger-Magazin Nr. 14 (5.4.1980).

Ackerknecht (1985)

Ackerknecht, Erwin H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie. 3., verbesserte Auflage. Stuttgart 1985.

Austin (1981)

Austin, G.: Die europäische Drogenkrise des 16. und 17. Jahrhunderts. In: Völger G. Ed.: Rausch und Realität. Drogen im Kulturvergleich. Teil 1. Köln: Rautenstrauch-Joest-Museum 1981.

Binswanger L. jun. (1957)

Binswanger Ludwig junior: Zur Geschichte der Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen, Zürich (Selbstdruck) 1957. Auch abgedruckt in Herzog, Max (Hg.), Ludwig Binswanger und die Chronik der Klinik „Bellevue“ in Kreuzlingen., Berlin 1995, S. 21-61.

Binswanger R. (1892)

Binswanger, Robert: Über die Erfolge der Suggestiv-Therapie. Wiesbaden 1892.

Binswanger R. (1894)

Binswanger, Robert: Karl Stauffer-Bern. Eine psychiatrische Studie. Sonderdruck aus der Deutschen Revue 18 (1894, Januar-Heft).

Binswanger, R. (1898):

Binswanger, Robert: Die Vorarbeiten zu einer schweizerischen Irrengesetzgebung. In: Mschr. Psychiat. Neurol. 2 (1898), S. 134-145.

Brühl-Cramer (1819)

Brühl-Cramer, C.v.: Ueber die Trunkensucht und eine rationelle Heilmethode derselben. Berlin 1819.

Bum (1891)

Bum, Anton: Therapeutisches Lexikon für praktische Ärzte. Wien, Leipzig 1891.

Burkart (1880)

Burkart, Rudolf: Die chronische Morphinumvergiftung und deren Behandlung durch allmähliche Entziehung des Morphinum. Bonn 1880.

Burkart (1882)

Burkart, Rudolf: Weitere Mittheilungen über chronische Morphinumvergiftung und deren Behandlung. Bonn 1882.

[Christophsbad] (1882)

Die Pirvat-Irrenanstalt „Christophsbad“ in Göppingen. 5. Bericht über deren Bestand und Wirksamkeit in den Jahren 1893-1898. Freiburg, Leipzig und Tübingen 1899.

Domeyer (2004)

Domeyer, Kaspar: Binswangers Privatklinik Bellevue 1886-1890. Med. Diss. Tübingen 2004.

Erlenmeyer (1866)

Erlenmeyer, Albrecht: Die subcutanen Injectionen der Arzneimittel. 3. Auflage. Neuwied 1866.

Erlenmeyer (1886)

Erlenmeyer, A[lbrecht]: Über Cocainsucht. Vorläufige Mitteilung. In: Dtsch. Med.-Ztg. 7 (1886), S. 483-484.

Erlenmeyer (1887)

Erlenmeyer, Albrecht: Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. 3. verm. u. verb. Auflage Berlin, Leipzig, Neuwied 1887.

Ewald (1892)

Ewald, C.A.: Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre. Zwölfte vermehrte Auflage. Berlin 1892.

Fichtner, Hirschmüller (1988)

Fichtner, Gerhard; Hirschmüller, Albrecht: Sigmund Freud, Heinrich Obersteiner und die Diskussion über Hypnose und Kokain. In: Jb. Psychoanal. 21 (1988), S. 105-137.

Fischer (2004)

Fischer, Amei: Binswangers Anstalt Bellevue 1891-1895. Med. Diss. Tübingen 2004.

Fischer; Hartwich (1900/1902)

Fischer B.; Hartwich C.: Hagers Handbuch der pharmoecutischen Praxis für Apotheker, Ärzte, Drogisten und Medicinalbeamte. Erster Band: Berlin 1900; Zweiter Band: Berlin 1902.

Forel (1892)

Forel, Auguste: Einrichtung von Trinker-Asylen und deren Einfügung in die Gesetzgebung. Bremerhaven 1892.

Freud (1884e):

Freud, Sigmund: Über Coca. In: Zbl. ges. Ther. 2 (1884), S. 289-314.

Freud (1996):

Freud, Sigmund: Schriften über Kokain. Auf Grund der Vorarbeiten von Paul Vogel herausgegeben und eingeleitet von Albrecht Hirschmüller. Frankfurt/M. 1996 (Psychologie Fischer 10458).

Friedländer (1913)

Friedländer, A.: Der Morphinismus, Kokainismus, Alkoholismus und Saturnismus. Jena 1913.

Gmelin (1777)

Gmelin, Johann Friedrich: Allgemeine Geschichte der Pflanzengifte. Nürnberg 1777.

Griesinger (1861)

Griesinger, Wilhelm: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende. 2. umgearb. und sehr vermehrte Auflage. Stuttgart 1861.

Hirschmüller (1978)

Hirschmüller, Albrecht: Physiologie und Psychoanalyse in Leben und Werk Josef Breuers. Bern und Stuttgart 1978 (Jahrbuch der Psychoanalyse, Beiheft 4).

Hirschmüller (1996)

Hirschmüller, Albrecht: „Kokain bei Morphinismus: Zur Geschichte der Suchtbehandlung im 19. Jahrhundert“ in: Sucht. Die Lebenswelten Abhängiger. Tübingen 1996.

Hölzer (1988)

Hölzer, Cordula: Die Antialkoholbewegung in den deutschsprachigen Ländern (1860-1930). Frankfurt a.M., Bern, New York, Paris 1988 (Europäische Hochschulschriften: Reihe 3, Geschichte und ihre Hilfswissenschaften; Bd. 376).

Hösslin (1903)

Hösslin, Rudolf von: Allgemeine Hydrotherapie der Erkrankungen des Nervensystems. In: Handbuch der Therapie der Erkrankungen des Nervensystems (ausschl. Gehirnkrankheiten), herausgegeben von Penzoldt, F.; Stintzing, R. 3. umgearbeitete Auflage. Jena 1903 (Handbuch der Therapie innerer Krankheiten Bd. 5).

Hufeland (1852)

Hufeland, Christoph Wilhelm: Makrobiotik oder Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern.

Huss (1834)

Huss, Magnus: Chronische Alkoholkrankheit oder Alcoholismus chronicus. Stockholm, Leipzig 1852.

Jacobi (1834)

Jacobi, Maximilian: Über die Anlegung und Einrichtung von Irren-Heilanstalten, mit ausführlicher Darstellung der Irren-Heilanstalt zu Siegburg. Berlin 1834.

Karow (2000)

Karow, Thomas; Lang, Ruth: Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Bergisch-Gladbach 2000.

Kirchhoff (1892)

Kirchhoff, Theodor: Lehrbuch der Psychiatrie für Studierende und Ärzte. Leipzig und Wien 1892.

Kobert (1897)

Kobert, Rudolf: Lehrbuch der Pharmakotherapie. Stuttgart 1897.

Krafft-Ebing (1879-80)

Krafft-Ebing, Richard von: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende (in 3 Bänden). 1. Auflage. Stuttgart 1879-80.

Krafft-Ebing (1903)

Krafft-Ebing, Richard von: Lehrbuch der Psychiatrie auf klinischer Grundlage für praktische Ärzte und Studierende. 7. Auflage. Stuttgart 1903.

Kreutel (1988)

Kreutel, Margit: Die Opiumsucht. Mit einem Geleitwort von Rudolf Schmitz. Stuttgart 1988 (Quellen und Studien zur Geschichte der Pharmazie hrsg. v. Rudolf Schmitz, Marburg, Bd. 41). [Zugl. Diss. Marburg 1987.]

Kreuzlinger Mosaik (1991)

Kreuzlinger Mosaik: Berichte und Bilder aus Vergangenheit und Gegenwart. Hrsg. v. Stadtrat aufgrund der vergriffenen Veröffentlichungen der Vereinigung Heimatmuseum Kreuzlingen im Jubeljahr 1991 (700 Jahre Eidgenossenschaft). Kreuzlingen 1991.

Landerer, Lutz (1878)

Landerer, G. und Lutz, X.: Die Privatirrenanstalt „Christophsbad“, Bericht über den 25-jährigen Bestand und Wirksamkeit. Stuttgart 1878.

Levinstein (1876)

Levinstein, Eduard: Die Morphiumsucht. In: Berliner klinischer Wochenschrift 12 (1875), S. 646-649, 653.

Levinstein (1883)

Levinstein, Eduard: Die Morphiumsucht. Eine Monographie nach eigenen Beobachtungen. 3. Auflage. Berlin 1883.

Leyden (1898)

Leyden, Ernst von: Handbuch der Ernährungstherapie und Diätetik. Zweiter Band. Leipzig 1898.

Loebisch (1894)

Loebisch: Antifebrin. In: Eulenburg, Albert: Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde. 3. Aufl. Bd. 1. Berlin 1894.

Marle (1929)

Marle, Walter: Lexikon der gesamten Therapie des praktischen Arztes mit Einschluß der therapeutischen Technik. Erster Band. 3. Auflage. Berlin, Wien 1929.

Mechler (1963)

Mechler, Achim: Das Wort Psychiatrie. Historische Anmerkungen. In: Nervenarzt 34 (1963), S. 941 ff.

Moses (2004)

Moses, Annett; Hirschmüller, Albrecht: Binswangers psychiatrische Klinik Bellevue in Kreuzlingen. Frankfurt a. M. 2004 (Marburger Schriften zur Medizingeschichte. Band 44).

Müller (1984)

Müller, Eva-Maria: Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung zwischen 1852 und 1970 am Beispiel einer Privatklinik. Med. Diss. Ulm 1984/85.

Obersteiner (1883)

Obersteiner, H[einrich]: Der chronische Morphinismus. In: Wiener Klinik 9 (1883), S. 61-84.

Obersteiner (1883)

Obersteiner, H[einrich]: Die Intoxikationspsychosen. In: Wiener Klinik 12 (1886), S. 33-52.

Oppenheim (1905)

Oppenheim, H[ermann]: Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende. Zweiter Band. 4. Auflage. Berlin 1905.

Pyritz (1942)

Pyritz, H.: „Sucht“ in: Grimm, J., Grimm W. (Hrsg.), Deutsches Wörterbuch, Band 20. Leipzig 1942. Nachdruck München 1984, S. 858-895.

Rank (1885)

Rank, C[arl]: Über die Bedeutung des Cocain bei der Morphiumentziehung. In: Med. Korresp.bl. Württemberg 55 (1885), S. 169-173.

Reil (1803)

Reil, Johann Christian: Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle 1803. Neuauflage Amsterdam 1968.

Roelcke (1999)

Roelcke, Volker: Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790-1914). Frankfurt a. M., New York 1999.

Roth (1999)

Roth, Angela: Würdig einer liebevollen Pflege: Die Württembergische Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert. Zwiefalten 1999. [Zugl. Med. Diss. Erlangen-Nürnberg 1993 unter dem Titel: Der Alltag in den staatlichen psychiatrischen Anstalten Württemberg im 19. Jahrhundert.]

Scheffczyk (1997)

Scheffczyk, Stefan Frank: Die Kokaintherapie der Morphiumsucht am Beispiel des Sanatoriums „Bellevue“ in Kreuzlingen (1884-1887). Med. Diss. Tübingen 1997.

Schoop (1992)

Schoop, Albert: Ernst Ludwig Kirchner im Thurgau. Die 10 Monate in Kreuzlingen 1917-1918. Bern 1992.

Schrofer (1999)

Schrofer, Christian: Bündner Psychiatriegeschichte des 19. Jahrhunderts. Dietikon 1999.

Schulz (1899)

Schulz: Quecksilber. In: Eulenburg, Albert: Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde. 3. Aufl. Bd. 20. Berlin 1899.

Shorter (1999)

Shorter, Edward: Geschichte der Psychiatrie. Berlin 1999.

Spode (1991)

Spode, Hasso: Krankheit des Willens. Die Konstruktion der Trunksucht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts, *Sociologia internationalis* 29 (1991), S. 207-234.

Stäbler (2001)

Stäbler, Claudia: Binswangers Privatklinik Bellevue 1861-1865. Med. Diss. Tübingen 2001.

Stintzing (1903)

Stintzing, R.: Allgemeine Bedeutung der Elektrotherapie. In: Handbuch der Therapie der Erkrankungen des Nervensystems (ausschl. Gehirnkrankheiten), herausgegeben von Penzoldt, F.; Stintzing, R. 3. umgearbeitete Auflage, fünfter Band des Handbuchs der Therapie innerer Krankheiten. Jena 1903.

Schweizer (2000)

Schweizer, Sandra Josefin: Binswangers Anstalt Bellevue 1866-1870. Med. Diss. Tübingen 2000.

Tölle (1996)

Tölle, Rainer: Psychiatrie. 11. Auflage. Berlin, Heidelberg 1996.

Weber (1999)

Weber, Matthias M.: Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin, Ideengeschichte eines psychiatrischen Therapiesystems. München 1999.

Wiesemann (2000)

Wiesemann, Claudia: Die heimliche Krankheit: Eine Geschichte des Suchtbegriffs. Stuttgart - Bad Cannstatt 2000.

Wischnath (2003)

Wischnath, Johannes Michael; Bauer-Klöden, Irmela: „Beglücktes Haus, gesegneter Beruf.“ Die Binswangersche Heilanstalt Bellevue in Kreuzlingen im Spiegel des Tübinger Binswanger-Archivs. Tübingen 2003.

Young (1753)

Young, George: A Treatise on Opium founded upon Practical Observations. London 1753.

Young (1760)

Young, George: Abhandlung vom Opio, oder Mohnsafte, auf Praktische Bemerkungen gegründet. Bayreuth 1760.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Albrecht Hirschmüller für seine unermüdliche fachkundige Unterstützung und Betreuung der vorliegenden Arbeit. Neben zahlreichen Seminaren zu verschiedensten medizinhistorischen und psychiatriegeschichtlichen Themen, welche von großem Wert für die Entstehung dieser Arbeit waren, nahm er sich stets die Zeit, in vielen Gesprächen geduldig Fragen zu klären und Probleme zu lösen.

Ferner möchte ich den Mitarbeiter(inne)n des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin meinen Dank aussprechen. Insbesondere Annett Moses für ihre hilfreichen Anregungen und die kenntnisreiche Unterstützung im Umgang mit historischen Daten und deren statistischer Auswertung sowie Inge Späth für ihre freundliche Hilfe bei der Suche und Auffindung der benötigten Literatur.

Ebenso möchte ich Irmela Bauer-Klöden für ihre Unterstützung im Universitätsarchiv Tübingen sowie Heidrun Mieter vom Historischen Lesesaal der Universitätsbibliothek für ihre Freundlichkeit und ihre Geduld bei der Entzifferung schwieriger Textstellen danken.

Des weiteren möchte ich mich ganz herzlich bei meiner Freundin und Mit-Doktorandin Amei Fischer für ihre überaus wertvolle praktische Hilfe und ihre akribische Durchsicht des Manuskripts sowie für die stetige Aufmunterung danken.

Schließlich danke ich meinen lieben Eltern und Großeltern, die mir durch ihre langjährige Unterstützung und ihren Glauben an mich während des gesamten Studiums und der Promotion dies alles erst ermöglicht haben. Auch danke ich meinem lieben Ehemann Tobias für seine Hilfe bei der Bewältigung der EDV-Probleme und für seine Geduld und stetige Motivation zur Fertigstellung der Arbeit.

Lebenslauf

Ibolya Stollwerck, geb. Meszaros, geboren am 14.07.1974 in Mor/Ungarn.

1981 – 1985	Besuch der Grundschule in Waiblingen.
1985 – 1994	Besuch des Gymnasiums in Waiblingen.
1994	Abitur.
1994 - 1996	Berufsausbildung zur Bankkauffrau bei der Landesbausparkasse Württemberg in Stuttgart.
1996	Abschlussprüfung der Berufsausbildung zur Bankkauffrau.
1996 – 1997	Tätigkeit als Bankkauffrau bei der Landesbausparkasse Württemberg in Stuttgart.
1997 – 2003	Medizinstudium an der Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
März 1999	Ärztliche Vorprüfung.
April 2000	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.
2000 – 2001	Famulaturen in Innerer Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Chirurgie, Kinder- und Jugendmedizin
September 2002	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.
2002 – 2003	Praktisches Jahr an den Städtischen Kliniken Esslingen.
25. November 2003	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung.
Seit September 2004	Assistenzärztin in der Inneren Medizin am Kreiskrankenhaus Schorndorf.