

»Beschäftigung also ist die Universal-Medizin«

Arbeitstherapie und Arbeit in der Geschichte der Psychiatrie VON THOMAS R. MÜLLER

Seit sich die Psychiatrie vor gut zweihundert Jahren konstituierte, gehören Arbeit und Beschäftigung zu ihren wichtigsten therapeutischen Mitteln. Für den sich in der Entwicklungsgeschichte wandelnden Einsatz arbeitstherapeutischer Angebote gab es verschiedene Motive und Begründungen.

Eine Grundlage bildete die Diätetik, eine der ältesten Gesundheitslehren, die sich bis in die Antike zurückverfolgen lässt. Neben der Ernährung und der geregelten Lebensführung zählte die körperliche Betätigung zu den Elementen einer gesunden Lebensweise.

neben Kriminellen und so genannte Arbeitsscheuen Waisen, Arme und Kranke, darunter eine erhebliche Zahl von Menschen, die heute als psychisch krank bezeichnet werden würden. Letztere wurden jedoch lediglich verwahrt, wie Johann Christian Reil es in den »Rhapsodien« beklagte: »Wir sperren diese armen Geschöpfe gleich Verbrechern in Tollkoben, ausgestorbene Gefängnisse, neben den Schlupflöchern der Eulen in öde Klüfte über den Stadtoren oder in die feuchten Kellergeschosse der Zuchthäuser ein, wohin nie ein mitleidiger Blick des Menschenfreundes

Arbeiten gebraucht wurde. Eine solche Arbeit war das Spinnen. Die häufige Verbindung dieses Handwerks mit den Anstalten hat wahrscheinlich zu der umgangssprachlichen Doppelbedeutung des Wortes »Spinnen« geführt.²

Heil- und Pflegeanstalten

Aus den Zucht-, Armen- und Waisenhäusern gingen die Heil- und Pflegeanstalten hervor. Die Beobachtung, dass sich durch Aktivierung und Beschäftigung der Zustand der Kranken verbesserte, fand als frühe Form der Arbeitstherapie Eingang in die Konzepte dieser Anstalten.

Als eine Musteranstalt galt die 1811 gegründete Heilanstalt Sonnenstein in Pirma bei Dresden. Hier gehörte es zu den Grundprinzipien, dass alle in die Anstalt Aufgenommenen, deren Gesundheitszustand es gestattete, zur Beschäftigung angehalten und zu einer möglichst nutzbaren Arbeit angestellt wurden.

»Müßiggang oder nutzloses Umhertreiben ist keinem zur Arbeit nur irgend fähigen Verpflegten zu gestatten«, hieß es in einem Regulativ der Königlich Sächsischen Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein.³ Dabei sollte es sich nicht um erzwungenes und auf Ertrag ausgerichtetes Arbeiten handeln, sondern der Hauptzweck lag in der Beförderung des Heilverfahrens, weshalb über Wahl, Zeit und Ausführungsweise dieser Beschäftigung der Hausarzt zu entscheiden hatte.

Die Arbeit sollte möglichst im Freien stattfinden. Männliche Verpflegte wurden in den Gärten und den Werkstätten der Anstalt eingesetzt, während die weiblichen Patienten Haus- und Reinigungsarbeiten leisteten. Als Belohnung gab es freien Ausgang, Geldzuwendungen oder eine Kanne Bier.

Der Leipziger Universitätsprofessor Johann Christian August Heinroth wertete – auf die Erfahrungen in der Anstalt Pirma-Sonnenstein Bezug nehmend – die Beschäftigung als »die Universal-Disziplin der wieder ruhig gewordenen, der wieder zu sich gekommenen exaltierten Kranken«.⁴

Während man in Pirma-Sonnenstein Wert auf eine sinnvolle Beschäftigung legte, praktizierte Ernst Horn an der Berliner Charité das militärische Exerzieren, bei dem die »Iren« mit einem schweren hölzernen Gewehr in Reih und Glied anzutreten hatten und von einem Unteroffizier kommandiert wurden. Eine andere Art der Beschäftigung, die nach Horn einen erfreulichen Einfluss auf den Gemütszustand hatte, bestand darin, einen mit



Patienten vor dem Landhaus einer Heil- und Pflegeanstalt, um 1900

Auch das im Christentum verankerte Verständnis der Arbeit als Grundtugend und als praktischer Gottesdienst fand in den sich herausbildenden Institutionen seinen Niederschlag. Schließlich erlangte die Arbeit im Zeitalter des Absolutismus eine zunehmende politisch-wirtschaftliche Bedeutung.

Diese unterschiedlichen Aspekte legiti- mierten die Entstehung der Zucht- und Korrek- tionshäuser im 17. und 18. Jahrhundert. In diesen Einrichtungen wurde die Arbeit als Mittel der Besserung und Resozialisierung eingesetzt, diente aber auch der Finanzierung des Betriebs. Zu den Insassen gehörten

dringt, und lassen sie daselbst, angeschmie- det an Ketten, in ihrem eigenen Unrat ver- faulen ... Die Erhaltung der Ruhe und Ord- nung beruht auf terroristischen Prinzipien ... Es fehlt an geräumigen Plätzen zur Bewe- gung, an Anstalten zum Feldbau. Die ganze Verfassung dieser tollen Tollhäuser ent- spricht nicht dem Zweck der erträglichen Aufbewahrung; und noch weniger der Hei- lung der Irrenden.«¹

Es gehörte aber auch zur Praxis dieser mul- tifunktionalen Einrichtungen, dass ein Teil der Kranken tagsüber auf die Arbeitsstuben der Gefangenen verteilt und zu einfachen

vier Geisteskranken besetzten Wagen von 25 bis 30 Geisteskranken durch den Irrgarten ziehen zu lassen.

Irrenkolonien

Mitte des 19. Jahrhunderts breitete sich das von dem Engländer John Conolly (1796–1866) entwickelte System des »non restraint« – der weitgehende Verzicht auf Zwangsmaßnahmen – auch in Deutschland aus. Statt physikalischer Zwangsmittel und physischer Gewalt setzte dieses Konzept auf die Aktivierung der Patienten, auf Beschäftigung, religiöse Übungen, Erholung, Vergnügungen, Garten- und Landarbeit.

Das Prinzip der freieren Behandlung und Unterbringung der Patienten wurde unter anderem in den agrikolen Irrenkolonien verwirklicht. Dabei handelte es sich um von den Anstalten räumlich getrennte Landgüter, in denen geeignete Patienten in einfachen ländlichen Verhältnissen lebten und arbeiteten.

Die erste landwirtschaftliche Kolonie in Deutschland entstand 1859 an der Göppinger Privatanstalt Christophsbad.

Zu den bekanntesten Neugründungen gehörte die 1876 eröffnete »Provinzial Irren Anstalt Rittergut Alt Scherbitz« zwischen Leipzig und Halle. Seit 1893 wurde sie als koloniale Irrenanstalt geführt mit einer kleinen Zentralanstalt und einem räumlich getrennten,



Patientinnen bei Nährarbeiten, um 1929

aber in bequemer Nähe befindlichen Gutsgehöft, in dem die Patienten in einfachen Landhäusern nach dem Offen-Tür-Prinzip untergebracht waren. Direktor Paetz betonte die positiven Auswirkungen der regelmäßigen Tätigkeit auf Appetit, natürlichen Schlaf und die Beschränkung der Gelegenheit zur Befriedigung onanistischer Triebe.

Für die Unterbringung von chronisch Kranken in »ländlichen Asylen« – als Pendant zu den Stadt-Asylen für akute Fälle – setzte sich auch Wilhelm Griesinger ein: »Alle Einrichtungen müssen auf ein langes Verweilen der Kranken, auf Jahr und Jahrzehnte, berechnet sein. Eine wohlorganisierte, mannigfaltige Arbeit ist eine der Grundlagen für alles Weitere; denn Müßiggang ist für den noch rüstigen Irren gerade wie für den Gesunden das Geisteszerstörendste was es gibt. Für Feld- und Gartenbau, für Werkstätten, für richtige Verteilung der Geschäfte auf alle Jahreszeiten, auf alle Arten der Bewohner muss also ausgiebig gesorgt sein.«⁵

Mit seiner Aussage, die Geisteskranken seien hirn- und nervenkrank Individuen, hat Griesinger die deutsche Psychiatrie naturwissenschaftlich ausgerichtet und entscheidend zur Etablierung der Psychiatrie als medizinische Dis-

ziplin beigetragen. Dazu zählte die Forderung nach Gleichstellung der Psychiatriepatienten mit den somatisch Erkrankten. Folglich sollten sich auch die Anstalten wandeln und den Charakter von Krankenhäusern annehmen. Dementsprechend setzte sich um 1900 als Therapieverfahren die Bettbehandlung in Wachsälen durch, häufig kombiniert mit Dauerbädern und dem Gebrauch von Beruhigungsmitteln.

»Leben ist Tätigkeit«

Von diesem therapeutischen Prinzip grenzte sich das Konzept der »aktiveren Krankenbehandlung« von Hermann Simon ab: »Der Wachsala für chronisch Kranke ist ein Friedhof der Geister [...]. Die Wurzel allen Übels ... liegt in der Untätigkeit. Müßiggang ist ... der Verblödung Anfang.«⁶

Simon hatte beim Aufbau der Anstalt Warstein aufgrund des Arbeitskräftemangels zahlreiche Patienten eingesetzt und dabei die Erfahrung gemacht, dass sich dadurch die Atmosphäre in der Anstalt spürbar von dem herkömmlichen Betrieb unterschied. Als Direktor in Gütersloh setzte Simon auf einen extensiven Einsatz von Arbeit und Beschäftigung und prägte dafür Mitte der 1920er-Jahre den Begriff der »aktiveren Krankenbehandlung«. Sein Ansatz sah vor, dass alle Patienten in die Arbeitstherapie eingebunden werden. Sie wurden fünf Stufen der Leistungsfähigkeit zugeordnet und von den Ärzten den zahlreichen Arbeitskolonnen zugeteilt, beaufsichtigt von Pflegern,



Patientin bei der Arbeit im »Haus für ruhige Frauen«, um 1900

die den Patienten ein werktätiges Beispiel geben sollten. Der Beschäftigungsgrad erreichte weit über 90 Prozent. Am Ende der Weimarer Republik in einer Zeit der wirtschaftlichen und politischen Krisensituation fand Simon viele Nachahmer.

Als Reaktion auf die Zweifel an der Finan-

Pflegeanstalt Sonnenstein, Geschäftsführer der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater und ab Ende 1941 Medizinischer Leiter der Mordaktion T4, führte 1936 eine »Sonderkost« (Hungerkost) für nicht arbeitsfähige Patienten ein. Auch in vielen anderen deutschen Anstalten nahmen die Sterbera-

ken stand unter den Selektionskriterien ganz im Vordergrund.«¹⁰

Folgerichtig wurden die überlebenden Patienten im Wirtschaftsbetrieb der unter anderem als Wehrmachtslazarette zweckentfremdeten Anstalten eingesetzt.

Reorganisation nach 1945: zwei Staaten, zwei Wege

Nach dem Zweiten Weltkrieg und dem Ende des NS-Regimes ging man in der Psychiatrie schnell wieder zur Tagesordnung über. Nur wenige Ärzte, Schwestern, Pfleger und andere an den Morden beteiligte Personen wurden strafrechtlich verfolgt oder gar verurteilt. Innerhalb der Psychiatrie fand über Jahrzehnte keine Auseinandersetzung mit diesen Verbrechen statt. Die Reorganisation des Anstaltswesens stand im Mittelpunkt der Bemühungen in Ost und West. Das bisherige Anstaltssystem wurde nicht infrage gestellt.

Mit der Gründung der zwei deutschen Staaten änderten sich die gesellschaftlichen Bedingungen und ideologischen Prämissen. Dies hatte Auswirkungen auf die Rahmenbedingungen für die Arbeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen inner- und außerhalb der Kliniken.

Recht auf Arbeit und Arbeitspflicht in der DDR

In der DDR waren das Recht auf Arbeit und die Arbeitspflicht in der Verfassung verankert. Zeit ihres Bestehens litt die DDR unter einem Arbeitskräftemangel, und so hatte die Wiedereingliederung von Kranken, darunter auch psychisch Kranken, eine immense volkswirtschaftliche Bedeutung. 1963 wurden auf einem internationalen Kongress die »Rodewischer Thesen über die Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker« verabschiedet. Zu den zentralen Elementen der in den Thesen geforderten umfassenden Rehabilitationsbehandlung zählten vielfältigste Methoden der Arbeitstherapie. Die »Anordnung zur Sicherung des Rechts auf Arbeit für Rehabilitanden« (1969) diente der Förderung der Aufnahme und Ausübung einer beruflichen Tätigkeit von »psychisch schwer geschädigten Bürgern (Rehabilitanden)«, Betriebe und staatlichen Organe hatten geeignete Maßnahmen zu treffen, u.a. durch Einstellung von Rehabilitanden außerhalb des planwirtschaftlichen Lohnfonds. Neben der zentralistischen Politik war das einheitliche Sozialversicherungssystem die Voraussetzung dafür, dass sich in der DDR eine Rehabilitationskette ausgehend von der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie in den Einrichtungen über ausgelagerte Arbeitstherapie, Schonarbeit, geschützte



Patientinnen bei der Feldarbeit, um 1900

zierbarkeit der bisherigen Wohlfahrtspolitik ist auch die Ausbreitung des eugenisch-rassenhygienischen Denkens zu verstehen. 1929 behauptete Simon: »Wir leben in einem Zeitalter allgemeiner Befürsorgung von allem Schwachen, Kranken, Untauglichen! [...] Gelangen wir allmählich dahin, dass die eine Hälfte unseres Volkes die andere, schwächere Hälfte fürsorglicher betreut und versorgt?«⁷ Die Konsequenz daraus formulierte Simon in einem Vortrag zum Thema Minderwertigkeit und Fürsorge: »Es wird wieder mehr gestorben werden müssen.«⁸

In ähnlicher Weise hatten bereits 1921 zwei angesehene Professoren, der Jurist Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche, argumentiert. In der folgenreichen Schrift »Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens« wird aus dem Verständnis der Bedeutungslosigkeit der Einzelexistenz gegenüber den Interessen des Ganzen die Schlussfolgerung gezogen, dass als »Ballastexistenzen« und »leere Menschenhülsen« diffamierte Anstaltsinsassen in wirtschaftlicher und moralischer Hinsicht kein Existenzrecht haben.

NS-Deutschland: »Selektion« nach Arbeitsleistung

Zu den Vollstreckern dieser Ideen gehörte Hermann Paul Nitsche. Nitsche, in den Dreißigerjahren Direktor der Landes-Heil- und

ten merklich zu.

1939 wurde in der »Kanzlei des Führers« mit der Planung der »Euthanasie« begonnen. Oberdienstleiter Viktor Brack sagte nach dem Krieg aus, dass Hitler mit dem Programm bezweckt habe, nutzlose Esser zu vernichten und dadurch Personal und Einrichtungen für die Wehrmacht freizumachen. Dies verdeutlicht: Neben der rassenhygienischen Ideologie gab es für die Mordaktion, der mehr als 200 000 psychisch Kranke, Behinderte und weitere Anstaltsinsassen zum Opfer fielen, auch starke ökonomische Motive. In den Meldebögen, die die Grundlage für den bürokratischen Vorgang der Tötung der Betroffenen bildeten, waren nicht nur die Diagnosen und die Dauer des Aufenthaltes der Patienten zu erfassen, sondern auch die Art der Beschäftigung durch »genaueste Bezeichnung der Arbeit und der Arbeitsleistung«.

Eine kollektivbiografische Studie auf der Basis der Krankenakten von mehr als 3000 Opfern der Euthanasie kommt zu dem Ergebnis, dass »die Art der Beschäftigung und die Qualität der geleisteten Arbeit die entscheidende Rolle für die Entscheidung über Leben und Tod«⁹ spielte. Mehr als die Hälfte der in der Opferstichprobe erfassten Anstaltsinsassen ging keiner Beschäftigung nach, ein weiteres Viertel wurde in ihren Leistungen als wenig brauchbar eingestuft. »Die ökonomische Brauchbarkeit der Kran-

Werkstätten bis hin zu geschützten Abteilungen und Einzelarbeitsplätzen in Betrieben herausbilden konnte.

Vom allgemeinen Arbeitskräftemangel waren auch die Psychiatrien mit ihren wenig attraktiven Arbeitsbedingungen betroffen. Bei Langzeitpatienten, die im Anstaltsbetrieb arbeiteten, konnte ihre Unabkömmlichkeit die Entlassung verhindern. In den Einrichtungen fanden Leute Arbeit, die aus politischen Gründen in der DDR nicht wohlgeleiteten waren. An der Psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig wurden schon in den Siebzigerjahren freie Stellen mit ehemaligen Patienten besetzt, häufig gegen den Widerstand des Personals.

Frägt man Psychiatriepatienten nach ihren positiven Erfahrungen in der DDR im Vergleich zur Situation nach der Wiedervereinigung, dann steht das Thema Arbeit ganz oben.

Viele Betroffene gehörten zu den Ersten, die ihre Arbeit und damit auch einen wichtigen Teil ihrer sozialen Integration verloren. Mir ist in diesem Kontext ein Satz von Margrit Rauch, Mitbegründerin des Psychiatriebetroffenenvereins Durchblick e.V. in Erinnerung geblieben, die feststellte, dass es solcher Projekte wie den »Durchblick« und seiner Kontakt- und Begegnungsstätte nicht bedürfe, wenn alle Betroffenen ihre Arbeit behalten hätten.

Die Entwicklung in der BRD

Diesen Aspekt benannten auch die bundesdeutschen Empfehlungen der Expertenkommission (1988), in denen der Ausbau der tagestrukturierenden Angebote gewissermaßen als Ersatz für Arbeit und Beschäftigung und damit die Verwischung von Arbeit und Freizeit als eine problematische Entwicklung beschrieben wurde. Aufgrund des gegliederten Sozialsystems mit unterschiedlichen Kostenträgern war es in der BRD weitaus schwieriger, die medizinische und berufliche Rehabilitation aufeinander abzustimmen; ein Problem, das in den Achtzigerjahren mit der Schaffung von Berufstrainingszentren (BTZ) und Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte (RPK) angegangen wurde.

Das größte Hindernis einer erfolgreichen (Re-)Integration war aber die Situation auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Im Juni 1989 waren offiziell zwei Millionen Menschen, d.h. 7,4 Prozent, arbeitslos. In ihrem Beitrag für das Buch »Psychiatrie im Wandel« sahen Peter Weber und Gerhard Häberle die Gefahr der Entstehung eines Konkurrenzkampfes zwischen gesunden und psychisch kranken bzw. ehemals psychisch kranken arbeitslosen Menschen, durch den die schon immer außerhalb des gesellschaftlichen Lebens ste-



Korbflechten, um 1928

henden Betroffenen noch weiter ins Abseits gedrängt werden könnten.¹¹

Die Schaffung von speziellen Programmen und Abteilungen in den Werkstätten für Behinderte, die die Sachverständigenkommission 1975 in ihrem Bericht als Möglichkeit einer gestuften Rehabilitation am Arbeitsmarkt gesehen hatte, bedeutete lange Zeit keine wirkungsvolle Alternative. Aus diesem Dilemma heraus starteten Anfang der Achtzigerjahre Mitarbeiter der Kliniken eigene Initiativen und gründeten die ersten Selbsthilfefirmen und Zuverdienstprojekte, die sich unter nicht einfacher werdenden Rahmenbedingungen etablierten.

Die vielfältigen Bemühungen in den vergangenen Jahrzehnten haben an der prekären Gesamtsituation wenig geändert. Die aktuelle Expertise zur »Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen«¹² bilanziert, dass trotzdem der Wunsch nach beruflicher Teilhabe bei den meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen recht groß ist, sei auch die Arbeitslosigkeit bei dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch und Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis zu der am stärksten benachteiligten Gruppe hinsichtlich beruflicher Inklusion zählten. ■

Anmerkungen:

1 Reil, Johann Christian: Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrütungen. Halle 1803.

2 Dörner, Klaus: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt am Main, 1975, S. 190–195.

3 Regulativ über die Beschäftigung und das Arbeitswesen in der Königl. Sächs. Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein. In: Nostitz und Jänckendorf, G.A.E. v.: Beschreibung der Königl. Sächsischen Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein. Bd. 2. Dresden 1829, S. 193.

4 Heinroth, Johann Christian August: Anweisung für angehende Irrenärzte zu richtiger Behandlung ihrer Kranken. Leipzig 1825, S. 189.

5 Griesinger, Wilhelm: Über Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland. Berlin (Hirschwald) 1868, S. 33.

6 Simon, Hermann: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin 1929, S. 7.

7 Simon, Hermann: Über die offene Fürsorge für geistig Schwache und Minderwertige. Bericht, erstattet auf der Versammlung der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Minden am 28.9.1929. In: Archiv LWL, Bestand 661/Nachlass Simon.

8 Simon, Hermann: Minderwertigkeit Fürsorge. Vortragsmanuskript vom 22.10.1931. In: Archiv LWL, Bestand 661/Nachlass Simon.

9 Fuchs, Petra: Die Opfer als Gruppe. Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde. In: Fuchs, P. u.a. (Hrsg.): »Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst«. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen »Euthanasie«. Göttingen 2007, S. 64.

10 Ebd.

11 Weber, Peter; Häberle, Gerhard: Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke. In: Thom, Achim (Hrsg.): Psychiatrie im Wandel. Bonn 1990, S. 333 ff.

12 Gühne, Uta; Riedel-Heller, Steffi G.: Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland. Hrsg. DGPPN, Gesundheitsstadt Berlin GmbH, Berlin 2015.