

# VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 11

Schwerpunkt: Behinderung(en)

Herausgegeben von

Carlos Watzka und Florian Schwanninger

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Wien: Verlagshaus der Ärzte, 2012



---

Irmtraut Sahmland

# Leben mit geistiger Behinderung in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts

---

## English Title

Living with mental disability in the second half of the 18<sup>th</sup> century

## Summary

This study deals with mentally disabled persons, their perspectives of life and how rural communities treated them in the second half of the 18<sup>th</sup> century. For that purpose several records, especially supplications for admission to Haina, one of the Hessian High Hospitals, were analysed.

The first problem to solve was to find out how mental deficiency was defined in the 18<sup>th</sup> century and to select mentally disabled persons from a variety of persons with similar diagnosis and descriptions. At least 32 cases could be identified out of 91 requests for reception.

The documents show rather complex situations. These children and adults were actually seen as ill people and in several cases medical help was requested. Furthermore, parents tried to get their disabled children instructed in fundamental skills as well as in Christian morality, which was required to be integrated into the Christian Community. Although these ambitions were more or less successful, mentally disabled persons were not excluded from the community. They moved freely and the villagers kept an eye on them to prevent accidents and harms; being unable to work they looked for support by begging. Obviously there was a broad range of tolerance, which allowed their integration with common agreement.

There were typical times when relatives asked for admission of mentally ill persons to the hospital that depended on the dynamic process of change of lifetime. When children grew up and gained physical strength, their parents grew older, lost their strength and the capability to care for their grown-up children and to keep them within the given range of tolerance. The social networks mentally disabled persons depended on became fragile and more ineffective, and in many cases this change marked the time to look for future maintenance and supply.

## Keywords

18<sup>th</sup> century, Hessian High Hospitals, mentally disabled persons, rural society, coping, source-based analysis

## Einleitung

Der Beitrag will sich Fragen geistiger Behinderung in der Zeit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts annähern. Wie der Titel bereits verdeutlicht, sind dabei etwaige Deutungen des Phänomens geistiger Behinderung innerhalb zeitgenössischer medizinischer Konzepte nicht das primäre Interesse,<sup>1</sup> vielmehr soll ein sozialhistorischer bzw. patientenorientierter Ansatz verfolgt werden, der das Leben mit geistiger Behinderung in doppelter Weise in den Blick nimmt: Einerseits soll untersucht werden, welche Chancen und Optionen Menschen hatten, die Träger dieses Handicaps waren, andererseits soll danach gefragt werden, wie das soziale Umfeld mit diesen Personen umging. Spezifische Zugangsmöglichkeiten zu diesem Problemfeld bieten die Archivalien der Hohen Hospitäler in Hessen, insbesondere die Unterlagen, die im Zusammenhang mit einem Aufnahmeantrag zusammengestellt wurden.<sup>2</sup>

## Der Weg zur Fragestellung: die Quellen

Die Hohen Hospitäler sind eine Stiftung des hessischen Landgrafen Philipp und datieren aus der Zeit zwischen 1533 und 1542. Mit Einführung der Reformation und Auflassung der bestehenden Klöster wurden in drei Klosteranlagen und einer Pfarrei insgesamt vier Hospitäler eingerichtet und mit dem Klostervermögen finanziell ausgestattet. Dieses Stiftungswerk implementierte in jedem der vier Landesteile ein Element stationärer sozialer Fürsorge, das komplementär zu den bestehenden Bürgerspitälern speziell für den Bedarf der Landbevölkerung ausgelegt war. Indem der Landgraf sich ideell in die Tradition der in Hessen sehr präsenten Heiligen Elisabeth stellte, sich als Protestant jedoch nicht auf Elisabeth als Heilige, sondern als Königin, Landgräfin von Thüringen und Begründerin der hessischen Landgrafenlinie berief, sollte eine Versorgung hilfsbedürftiger Untertanen in landesherrlicher Verantwortung dauerhaft gewährleistet werden, und sie wurde zudem auch testamentarisch abgesichert. Bis auf eines – es wurde im 30jährigen Krieg zu sehr zerstört – entwickelten die übrigen drei Hospitäler (Haina, Merxhausen und Hofheim) tatsächlich eine ungebrochene Tradition. Von ihrer ursprünglich multifunktionellen Ausrichtung entwickelten sie sich seit dem späteren 18. Jahrhundert zunehmend zu Irrenanstalten, im 19. Jahrhundert waren sie Landesheil- und Pflegeanstalten; heute sind sie Zentren für soziale Psychiatrie in der Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen.

Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf das Hospital in Kloster Haina in der Nähe von Marburg. Haina war bis 1810 die Verwaltungszentrale dieses Hospitalverbundes (Samtverwaltung) und hatte selbst zugleich die größten Kapazitäten. Es war ein Männerhospital mit einer Belegung von 380 Hospitaliten zu Ende des 18. Jahrhunderts.<sup>3</sup>

1 Vgl. dazu Friedrich HAUSS, *Von der Zwangsjacke zur Fördergruppe: Geistig Behinderte in der Geschichte der Psychiatrie* (Marburger Schriften zur Medizingeschichte 24, Frankfurt/M. 1989) 19-25.

2 Die Studie steht im Zusammenhang des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projektes „*Krankheit im Dorf – ‚Patienten‘- und Sozialgeschichte im Umfeld der hessischen Hohen Hospitäler Haina und Merxhausen (1730-1810)*“.

3 Präzise Aufstellungen über die aktuellen Belegungszahlen finden sich jeweils in den Jahresrechnungen; Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWV-Archiv), Best. 13: Haina. Im Frauenhospital Merxhausen bei Kassel wurden zur gleichen Zeit etwa 180 Personen verpflegt; Hessisches Staatsarchiv Marburg (HStAM), Best. B 229: Merxhausen. Im Hospital Hofheim bei Darmstadt wurden sowohl Männer als auch Frauen aufgenommen; 1786 weist die Aufstellung dort 107 Personen aus; LWV-Archiv, Best. 13, ungeordnet. Zur Geschichte der hessischen Hohen Hospitäler vgl. Walter HEINE-

Um in eines dieser Hospitäler aufgenommen zu werden, musste ein förmliches Aufnahmeverfahren angestrengt werden. Die nötigen Unterlagen bestanden neben der Supplikation in einem Auszug aus dem Kirchenbuch oder Taufregister, wobei der Pfarrer in vielen Fällen ein ergänzendes Votum aus seiner Perspektive anfügte, war die betreffende Person doch in der Regel Mitglied seiner Kirchengemeinde. Ferner war eine Stellungnahme der örtlichen Verwaltung, des Ortsvorstehers oder Amtmannes erforderlich, in der er Auskunft über die Familien- und vor allem die Vermögensverhältnisse geben sollte. Ab 1728 wurde außerdem ein medizinisches Gutachten verlangt. Dieses hatte der *Physicus* auszufertigen, der als Vertreter des Gesundheitswesens hinzugezogen wurde, denn er war nur in seltenen Fällen behandelnder Arzt des Kranken. Durch diese offiziellen Voten des Ortsvorstehers, des Pfarrers und des *Physicus* sollten verlässliche und wahrheitsgetreue Angaben gewährleistet sein; Gefälligkeitsgutachten konnten geahndet werden, denn immerhin wurde mit der Aufnahme in das Hospital die Zusicherung einer prinzipiell lebenslangen Versorgung ausgesprochen.<sup>4</sup> Der Bewilligungsbescheid erging in Form eines landgräflichen Reskriptes. Es wurde entweder ein Hospitalsplatz *extra ordinem*, also zum sofortigen Eintritt bereitgestellt, oder er wurde *secundum ordinem* in Aussicht gestellt, der Kandidat also einstweilen auf die Warteliste gesetzt. Einschränkend ist zu sagen, dass die serielle Quelle der Aufnahmeanträge nur die erfolgreichen Gesuche beinhaltet; über die Anzahl abgelehnter Anträge ist uns bis dato nichts bekannt.

Die Aufnahmeakten geben Aufschluss über die Situation von Menschen, die meist infolge von Alter, vor allem aber durch geistige und körperliche Behinderungen, chronische Leiden und Geisteskrankheiten dauerhaft nicht in der Lage waren, in ausreichendem Maße zu arbeiten und/oder für sich selbst zu sorgen. Die Kranken werden aus sehr verschiedenen Blickwinkeln und Sichtweisen geschildert. Die Angaben sind unterschiedlich umfangreich und detailliert; in einzelnen Fällen erlauben sie aber sehr weitgehende Rekonstruktionen ihrer Lebenswelt. Die Auswertung dieser Materialien ist jedoch mit einigen Schwierigkeiten verbunden.<sup>5</sup> Quellenkritisch ist unbedingt zu berücksichtigen, dass dieses Material zweckgebunden generiert wurde; es sollte den Aufnahmeantrag unterstützen – wie gesagt, alle vorliegenden Anträge waren zielführend. Neben der Verpflichtung zu wahrheitsgetreuen Angaben war die Stringenz der Unterlagen ein wesentliches Kriterium zu deren Beurteilung, weshalb widersprüchliche Angaben zu vermeiden waren. Oftmals ist gut nachvollziehbar, wie ein Gutachten in Kenntnis eines oder mehrerer bereits vorliegender Voten erstellt worden ist. Schließlich geht auch das subjektive Erleben in die Darstellungen der

---

MEYER, Tilman PÜNDER (Hg.), 450 Jahre Psychiatrie in Hessen (Veröffentlichungen der Historischen Kommission für Hessen in Verbindung mit dem Landeswohlfahrtsverband Hessen 47, Marburg 1983); Arnd FRIEDRICH, Fritz HEINRICH, Christina VANJA (Hg.), Das Hospital am Beginn der Neuzeit. Soziale Reform in Hessen im Spiegel europäischer Kulturgeschichte (Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Quellen und Studien 11, Petersberg 2004); Arnd FRIEDRICH, Irmtraut SAHMLAND, Christina VANJA (Hg.), An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert (Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Quellen und Studien 14, Petersberg 2008).

4 Dies stellte eine Ordnung vom 10. April 1781 (Hessische Landesordnungen, Bd. III) fest; vgl. auch C. W. JUSTI, Das Hospital zu Haina. Versuch einer Darstellung seiner ehemaligen und gegenwärtigen Beschaffenheit (Marburg [1803]) 25.

5 Vgl. hierzu grundlegend auch Christina VANJA, Arm und krank – Patientenbiographien im Spiegel frühneuzeitlicher Bittschriften. In: Bios. Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebenslaufanalysen 19/ 1 (2006) 26-35.

Supplizierenden mit ein,<sup>6</sup> und das kann sicher auch für die gutachtenden Gemeindeglieder vermutet werden, denen die betreffende Person und ihre Lebenssituation bekannt war. Es ist auch nicht auszuschließen, dass Schilderungen möglicherweise übertrieben wurden, um Zustände als besonders prekär erscheinen zu lassen – so nahmen der Pfarrer und der Ortsvorsteher nicht zwingend eine neutrale Rolle ein. Sie mussten vielmehr ihrerseits ein Interesse am Erfolg eines Antrages haben, bedeutete dies doch eine Entlastung der kommunalen Fürsorgeleistungen. Hier griff jedoch unter Umständen das medizinische Gutachten des Physicus korrigierend ein. Meistens wohnte er an anderem Orte und stand damit außerhalb der sozialen Bezüge. In sehr vielen Fällen kannte er die zu begutachtende Person nicht persönlich. Insbesondere bei geistigen Erkrankungen und Behinderungen war er zunächst auf die Fremdanamnese angewiesen. Damit wurde ihm das Bild des Kranken vermittelt, das seine Umgebung von ihm zeichnete. Sein *Visum repertum* basierte in der Regel auf einer einmaligen Begegnung und Untersuchung der betreffenden Person.<sup>7</sup> Fand der Arzt den Kranken in einem Zustand vor, der nicht mit den meist zuvor aus dem sozialen Umfeld ermittelten Informationen übereinstimmte, konnte er das entsprechend notieren; gerade im Falle geistiger Aberrationen musste er aber einräumen, dass seine Momentaufnahme keine umfassende Beurteilung erlaubte.

## Terminologie

Neben solcherart quellenkritischer Bedenklichkeiten ergibt sich bei der Analyse der Aufnahmeunterlagen eine weitere, begriffliche Schwierigkeit.

Aufnahmefähig waren Personen mit breit gefächerten somatischen sowie geistigen und psychischen Leiden. Personen mit akuten Erkrankungen blieben dagegen ausgeschlossen. Die Leiden und Gebrechen mussten sogar vom Arzt ausdrücklich als „unheilbar“ eingestuft werden, d.h. es wurde ein chronischer, irreversibler Verlauf vorausgesetzt – womit zugleich deutlich wird, dass die Hospitäler dezidiert keinen Heilauftrag der Grunderkrankung hatten.

Die Bittschriften enthalten eine Vielzahl von Begriffen, die den gesundheitlichen Zustand der aufzunehmenden Person beschreiben. Neben der Angabe *alt* und *arm* sind folgende Bezeichnungen häufig: *ungesund*, *lahm*, *verstandesverwirrt*, *rasend*, *kontrakt*, *blödsichtig*, *blind*, *fallsüchtig*, *taub*, *bedauernswert*, *tiefsinnig*, *blödsinnig*, *gebrechlich*, *elend*.

Die Dorfbewohner verwendeten Bezeichnungen, die ihnen aus ihrem Erfahrungshorizont geläufig waren. Ihre Umgangssprache hielt durchaus reichhaltige Ausdrucksformen bereit, und so wählten sie sicher den einen oder auch mehrere Begriffe aus, die ihrer Wahrnehmung des Kranken am besten entsprachen. Diese „Diagnosen“ waren mehr oder weniger präzise. So konnte der Zustand einer Person mit einem Begriff wie *blind*, *rasend* oder *tiefsinnig* hinreichend gefasst werden, um sein alleiniges oder in der Erscheinung dominantes Krankheitsbild zu charakterisieren. Offenbar war man darum bemüht, den Krankheitswert in der Art und Weise und über das Ausmaß der Differenz zu einem ‚normalen‘, unauffälligen Verhalten sprachlich zu fassen. Hierbei gingen

---

6 Das gilt trotz der Tatsache, dass die Bittsteller ihren Antrag im betrachteten Zeitraum in der überwiegenden Zahl der Fälle von einem Schreiber erstellen ließen, der auch die nötigen Formalia beachtete.

7 Vgl. Irmtraut SAHMLAND, „*Welches ich hiermit auf begehren Pflichtmäßig attestiren sollen*“ – Geisteskrankheiten in Physikatgutachten des 18. Jahrhunderts. In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte (MedGG)* 25 (2007) 9-57.

augenscheinlich der eigenen Lebenswelt verpflichtete Wahrnehmungsmuster sowie Sprachgewohnheiten mit ein. Andere Bezeichnungen, wie *ungesund*, *bedauernswert*, *elend* oder *gebrechlich* bleiben dagegen auffallend allgemein. Hier scheint sich eher eine Sprachlosigkeit anzudeuten, die angesichts vielseitiger Leiden und eines allgemein moribunden Zustandes auf Bezeichnungen rekurriert, die keinerlei genauere Informationen beinhalten.

In der Vielfalt der umgangssprachlichen Begrifflichkeiten erscheint es nun schwierig, die oligophrenen Formen herauszufiltern. Auch die medizinischen Gutachten helfen hier nicht sehr weiter, da sie nur bevorzugt bei Geisteskrankheiten auf entsprechend verfügbare medizinische Fachtermini rekurrieren, die überdies in den zeitgenössischen pathologischen Theorien und Konzepten verankert sind. Gab es keine allgemeingültige Klassifizierung von Geistes- und Gemütskrankheiten und konkurrierten über lange Zeit somatische und psychisch-moralische Erklärungsmodelle zur Deutung solcher Leiden, so gab es insbesondere auch keine davon unterschiedene Gruppe geistiger Behinderungen.<sup>8</sup> Ein dominierender Begriff ist sicher *Blödsinn*, der in Analogie zur *Blödsichtigkeit*, die eine Sehschwäche bezeichnet, ein eingeschränktes geistiges Vermögen anzeigt.<sup>9</sup> Auch in den Unterlagen zu den Aufnahmegesuchen der Hohen Hospitäler ist dieser Begriff häufig; angesichts der Vielzahl sprachlicher Variationen erscheint er jedoch für das Phänomen geistiger Behinderung keineswegs erschöpfend.

Der auf Kraepelin zurückgehende Terminus der Oligophrenie ist ein Sammelbegriff „für alle Ausprägungsgrade angeborenen oder früh erworbenen Intelligenzmangels, als Nichterfüllung der Norm bzw. Unterschreitung der Norm“. Detailliertere Beschreibungen seien „nur von scheinbarer Genauigkeit und sollten zugunsten einer individuellen Beschreibung der Fähigkeiten verlassen werden“, so die Auskunft des Roche Lexikons Medizin.<sup>10</sup> Nach der International Classification of Diseases (ICD-10) wird geistige Behinderung in leichte, mittelgradige, schwere und schwerste Intelligenzminderung (F70-F73) eingeteilt.<sup>11</sup> Dies entspricht im Wesentlichen den älteren Unterteilungen in Debilität, Imbezillität und Idiotie.<sup>12</sup>

Die Zuordnung zu einer dieser Gruppen erfolgt vor allem über den ermittelten Intelligenzquotienten. Mit diesen medizinischen Kategorien verbunden und zugleich jenseits einer spezifisch medizinischen Zugangsweise bedeutet geistige Behinderung aber immer auch die Referenz einer impliziten Vorstellung von Normalität, die in unterschiedlichsten Lebensbezügen gedacht wird. Es ist zugleich eine Konstruktion von Andersartigkeit seitens der Mehrheitsgesellschaft<sup>13</sup> und damit ein Teil ihrer

8 Vgl. dazu HAUSS, Zwangsjacke 19.

9 Vgl. Alexander HAINDORF, Versuch einer Pathologie und Therapie der Geistes- und Gemütskrankheiten (Heidelberg 1811). Er benennt aus medizinischer Perspektive 4 Stufen von Blödsinn; dazu HAUSS, Zwangsjacke.

10 Roche Lexikon Medizin (2., neubearb. Aufl. München, Wien, Baltimore 1987) 1270.

11 Ferner kennt sie die Kategorien F78: andere und F79: nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung; International Classification of Diseases (WHO- Version 2011). Im Internet: <http://www.dimdi.de/static/de/klass/diagnosen/icd10/htmlamtl2011/index.htm>.

12 Vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch (262. Aufl. Berlin, New York 2011) 245. Die Auseinandersetzung um die Formen von Idiotie wurde um die Mitte des 19. Jahrhunderts wesentlich von Séguin geführt; er trat vehement dafür ein, diese Personen nicht in ihrer Auf-sich-selbst-Bezogenheit (Isolation) zu belassen, sondern ihre Potentiale zu unterstützen; vgl. Dagmar HÄNSEL, Die „physiologische Erziehung“ der Schwachsinnigen (Edouard Séguin 1812-1880) (Freiburger Forschungen zur Medizingeschichte, Neue Folge 3, Freiburg i./Br. 1974), hier 100-113.

13 Zu den theoretischen Überlegungen der Disability studies vgl. Elisabeth BÖSL, Anne KLEIN, Anne WALDSCHMIDT (Hg.), Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung (Bielefeld 2010, bes. 7-10 sowie die grundlegenden Beiträge der Herausgeberinnen 13-63.

Selbstdefinition. Jenseits der per se hochgradig problematischen Ambitionen, historische Krankheitsbeschreibungen mit modernen Krankheitsklassifikationen fassen zu wollen,<sup>14</sup> sind gesellschaftlich-kulturelle Zuschreibungen mit diesen Begrifflichkeiten unmittelbar konnotiert. Um sie erfassen zu können, sind die in den Quellen begegnenden Termini sowie die beschreibenden Aussagen, wie sie in den Aufnahmeanträgen vorliegen, der unverzichtbare Ausgangspunkt.<sup>15</sup>

Um einen systematischen Zugang zu eröffnen, erscheint der Terminus der geistigen Differenz<sup>16</sup> hilfreich. Signalisiert diese vergleichsweise neutrale Kategorie den Versuch, a priori einer Stigmatisierung durch Sprache auszuweichen,<sup>17</sup> so erlaubt sie es zugleich, die Vielzahl der individuellen Gegebenheiten zusammenzufassen und nach verschiedenen Kriterien zu untergliedern<sup>18</sup>.

Folgende in den Quellen begegnende Begriffe lassen sich unter geistige Differenz fassen: z. B. *Wahnsinn, Manie, Raserei, heftige Melancholie, Tobsucht, Delirium melancholicum, blödsinnig, unvernünftig, einfältig, unklug, albern, stupide, schwach an Verstand, simpel, Verstand verloren*.<sup>19</sup>

Zur Abgrenzung von Geistes- bzw. „*Gemütskrankheiten*“, wie der historische Begriff lautet, lassen sich mit aller Vorsicht die Angaben *blödsinnig, unvernünftig, einfältig, unklug, albern, stupide, schwach an Verstand, simpel* als Bezeichnungen für geistige Behinderung zusammenfassen. Diese Gruppe ist durch verschiedene Charakterisierungen von Mehrfachbehinderungen zu ergänzen, z. B. *kontrakt* in Verbindung mit *verstandlos, blödsinnig* in Verbindung mit *schwächlich* und *gebrechlich, lahm* in Verbindung mit *ab und zu wahnwitzig, blödsinnig, unklug* etc. Für diese Fälle kann angenommen werden, dass die augenfälligsten Beeinträchtigungen, wie die Einschränkung der Bewegungsmöglichkeiten, im Vordergrund stehen, während andere Handicaps, vor allem Sinnesbehinderungen wie Taubheit, Sehschwäche, dahinter zurücktreten, so dass diese weiteren Informationen sich zum Teil eher beiläufig finden.

14 Vgl. Karl-Heinz LEVEN, Krankheiten – historische Deutung versus retrospektive Diagnose. In: Norbert PAUL, Thomas SCHLICH (Hg.), *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven* (Frankfurt/M. 1998) 153-185.

15 Ritzmann, die ebenfalls eine Auswertung von Aufnahmeunterlagen aus dem Hospital Haina sowie dem Hospital Merxhausen aus der Zeit des 18. Jahrhunderts vornimmt, setzt sich auch mit dem Problem der Begriffsklärung von „*Behinderung*“ auseinander. Sie entscheidet sich dafür, unter den Terminus „*geistige Behinderung*“ – den die Quellen nicht kennen – kognitive, psychische und geistige Beeinträchtigungen zu subsumieren, wobei sich diese Differenzierung jedoch ihrerseits nicht in den Quellen abbildet. Außerdem misst sie der „Person des medizinischen Gutachters eine zentrale Bedeutung“ bei, womit detailliertere Nuancierungen unbeachtet bleiben; Iris RITZMANN, „*Die der Welt und sich selbst zur Last sind*“. Behinderte Kinder und Jugendliche in der frühen Neuzeit. In: *Traverse. Zeitschrift für Geschichte/ Revue d'histoire*, 13 (2006/3) 73-86; insb. 75-76.

16 Zu den vielseitigen Bezügen der „*verkörperten Differenz*“ vgl. Urs GERMANN, Marianna KABA, Agnes NIENHAUS, Carlo WOLFISBERG, *Behinderung / Handicap*. In: *Traverse. Zeitschrift für Geschichte/ Revue d'histoire* 13 (2006/3) 17-34.

17 Auf ein ähnliches Bemühen deutet der speziell für Einschränkungen der Sinnesvermögen verwendete Begriff der *Mindersinnigkeit*; vgl. Malin BÜTTNER, *Nicht minderwertig, sondern mindersinnig. Der Bann G für Gehörgeschädigte in der Hitler-Jugend* (Frankfurt/M. 2005).

18 Noll hat in ihrer Bearbeitung des Quellenmaterials des Hospitals Merxhausen die Kategorie der Differenz sehr schlüssig angewendet; Natascha NOLL, *Leben und Arbeit im Hospital. Die Aufwärter und Aufwärterinnen von Merxhausen bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts* (bisher unveröffentlichte Dissertation Marburg 2010) 84-100.

19 Vgl. Irmtraut SAHMLAND, *Geistige Behinderung und Geisteskrankheit – Coping im Dorf des 18. Jahrhunderts*. In: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde* 17 (2011) 79-109, hier 82-89.

Als geistig behinderte Personen wären demnach solche anzusprechen, die von ihren Zeitgenossen mit folgenden Begriffen charakterisiert wurden:

*blödsinnig, unvernünftig, einfältig, unklug, albern, stupide, schwach an Verstand, simpel, verstandlos und kontrakt, blödsinnig und schwächlich/gebrechlich, lahm und ab und zu wahnwitzig, blödsinnig, unklug.*

Diese nomenklatorische Orientierung kann zusätzlich dadurch gesichert werden, dass Krankheitsverläufe, die sich in späteren Lebensjahren manifestierten und sehr wahrscheinlich erst im weiteren Lauf des Lebens erworben wurden, ausgeschlossen werden, hingegen aber alle Krankengeschichten Berücksichtigung finden, in denen angegeben wird, das Leiden sei schon von Geburt an vorhanden gewesen oder in früher Kindheit erworben worden.<sup>20</sup>

### Geistige Behinderung im Einzugsgebiet des Hospitals Haina

Nach Maßgabe dieser Vorüberlegungen und Vorentscheidungen wurden die Rezeptionsreskripte für das Hospital Haina<sup>21</sup> in den Jahren von 1780 bis 1786 ausgewertet. Dabei konnten 132 von 134 Aufnahmevorgängen berücksichtigt werden. Davon sind 91 in die Kategorie der geistigen Differenz einzuordnen, und hier sind diejenigen inbegriffen, die zusätzlich auch körperliche Handicaps aufwiesen. Das macht 69% gegenüber 15% somatischer Leiden und Behinderungen sowie 16% epileptiformer Erkrankungen aus (siehe Diagramm 1 im Folgenden).<sup>22</sup> Innerhalb der Kategorie der geistigen Differenz lassen sich 31 Fälle, also 34% von 91, ausmitteln, die als geistig behindert anzusprechen sind. Dabei stehen 25 Aufnahmen extra ordinem 5 Bewilligungen secundum ordinem gegenüber (ein Fall ist ohne Angabe).

Interessant erscheint weiters das Alter der betreffenden Personen bei Antragstellung, das in der Regel mit ihrem Alter bei Eintritt in das Hospital identisch ist. Die Zusammenstellung in Tabelle 1 (siehe umseitig) weist eine auffällige Häufung der Antragstellung im Alter zwischen dem 20. und 39. Lebensjahr aus. Weiterhin zeigt sich eine überwiegend sehr lange Zeitspanne des Aufenthalts im Hospital; nicht selten lebten die Hospitaliten 30 Jahre und länger in Haina. Vergleichsweise kurze Aufenthalte von 2-6 Jahren, die durch den Tod im Hospital beendet wurden, sind mit 6 Fällen deutlich in der Minderzahl, wobei über die jeweilige Todesursache keine Aussage getroffen werden kann.

---

20 Geistige Behinderung ist eine „angeborene oder frühzeitig erworbene Intelligenzstörung“, deren Ursachen genetisch, traumatisch, toxisch, infektiös oder sozial sein können; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 245.

21 Die Hohen Hospitäler waren vorzugsweise für die Landbevölkerung ausgelegt; im Falle geistiger Erkrankungen und Behinderungen waren jedoch auch Stadtbürger zugangsberechtigt, da in den bestehenden städtischen Einrichtungen für diese Kranken keine adäquaten Versorgungsmöglichkeiten bestanden. Die für den Untersuchungszeitraum für die Fragestellung relevanten Aufnahmeakten umfassen sowohl Anträge für Personen aus dem „platten Land“ wie auch aus städtischen Kommunen. Eine weitergehende Analyse bezüglich eines Stadt/ Land-Vergleichs im Umgang mit geistiger Behinderung kann hier nicht ausgeführt werden.

22 Diese werden hier gesondert aufgeführt, da sie als körperliche Leiden galten, infolge des Mangels an wirksamen therapeutischen Möglichkeiten aber einen progredienten Verlauf hatten und oftmals in Geisteskrankheit, Zustände von Raserei etc. führten. Außerdem stellt die Fallsucht in der Wahrnehmung des sozialen Umfeldes einen Sonderfall dar.



Diagramm 1: Klassifizierung der Grunderkrankungen gemäß Aufnahmebewilligungen für das Hospital Haina 1780 bis 1786

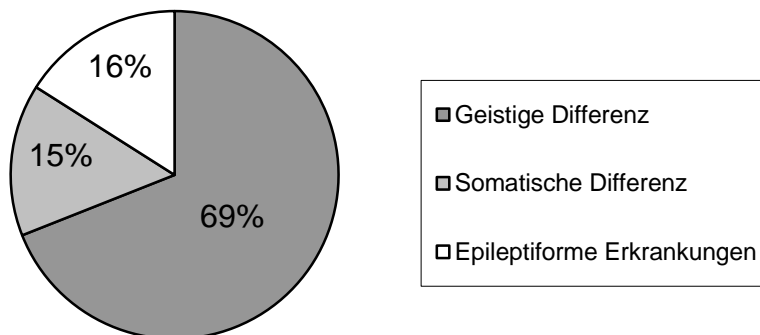


Tabelle 1: Eintrittsalter und erreichtes Lebensalter der Hospitaliten mit geistiger Behinderung  
Auswertung der Aufnahmereskripte der Jahre 1780-1786

Altersgruppe 10-19		Altersgruppe 20-29		Altersgruppe 30-39		Altersgruppe 40-49	
Alter bei Ein- tritt	Erreichtes Lebens- alter	Alter bei Ein- tritt	Erreichtes Lebens- alter	Alter bei Ein- tritt	Erreichtes Lebens- alter	Alter bei Ein- tritt	Erreichtes Lebens- alter
18	54	20	24	30	70	42	59
15	51	22	24	30	35	40	55
18	35	20	51	30	66		
18	25	28	62	30	32		
15	37 *	26	54	30	53		
19	51	21	58	38	56		
12	45	24	72	30	52		
		28	53	30	61		
		28	53 **	34	58		
		23	29	38	k.A.		
				30	46		

\* die Person hielt sich aber nur 5 Jahre im Hospital auf.

\*\* die Person hielt sich aber nur kurze Zeit im Hospital auf

Demnach lässt sich das Leben mit geistiger Behinderung, soweit uns die Quellen im Umfeld der Hohen Hospitäler einen Zugang erlauben, deutlich in zwei Phasen einteilen: in die Zeit vor Eintritt in das Hospital und die des Aufenthaltes dort, wobei letztere oftmals den deutlich größeren Anteil an der Lebensspanne hatte.

Jenseits des Informationsgewinns solcher statistischer Auswertungen werden in der Fülle der Aufnahmeanträge jeweils individuelle Schicksale greifbar.

Im Fokus der folgenden Ausführungen steht die erste Lebensphase der späteren Hospitaliten, in der diese Personen in ihrer sozialen Umgebung aufwuchsen und lebten, bis ein Zeitpunkt gekommen war, zu dem um Aufnahme in das Hospital ersucht wurde. Fragen wir, wie sich dieses Leben gestaltete, welche Möglichkeiten der Teilhabe den Betroffenen gegeben waren, welchen Blick die Umwelt auf sie als andersartige, differente Mitbürger hatte, und schließlich auch, welches die Faktoren waren, die zu der Entscheidung führten, diese Personen in ein Hospital einzuweisen. Es werden also verschiedene Aspekte des Lebens mit Behinderung thematisiert, um aus der Vielfalt doch typische Merkmale auszumitteln. Um einer gewissen Systematik willen erfolgt die Anlehnung an die Chronologie eines Lebenslaufs.

### Deutung der Ursachen von Behinderung

Da ist zunächst die von Geburt an oder seit früher Kindheit bemerkte Andersartigkeit, mit der die Eltern, die Familie sowie die Menschen im sozialen Umfeld konfrontiert wurden. Dabei stellt sich die Frage der Deutung und Einordnung des Phänomens geistiger Behinderung. In einzelnen Fällen werden angenommene Ursachen benannt. Dieses geschieht entweder im Rahmen der Supplikation selbst – und hier kann sie wohl als eine sichere, allgemein angenommene Erklärung gelten, oder gelegentlich der Fremdanamnese, die der gutachtende Arzt erhob, um sich ein erstes Bild über den Kranken zu machen. Dabei dürfte er nach der Dauer der Erkrankung gefragt haben, und die erhaltenen Auskünfte gehen teilweise deutlich als solche gekennzeichnet in die Gutachten mit ein.<sup>23</sup> In einem Fall wird die geistige Behinderung einer Person darauf zurückgeführt, dass die Mutter in der Schwangerschaft auf der öffentlichen Straße einen epileptischen Anfall gesehen und damit verbunden großen Schrecken erlitten hatte. Dieser Zusammenhang geht aus dem ärztlichen Gutachten hervor. Hofmedicus und Landphysicus Dr. Balsler schreibt:

*„Es ist notorisch, daß Johann Henrich, des verstorbenen Adam Goetzen Sohn zu Bedenkirchen, Amts Seebeim, von seiner Geburt an sehr schwächlich gewesen /: indeme als seine Mutter mit Ihm schwanger, sie über einen epileptischen Mann, der auf der Straße niedergefallen ist, sehr erschrocken seyn soll :/ so dass dieser Mensch bis in das 9te Jahr nicht hat gehen können [...].“<sup>24</sup>*

Während der Zustand der betreffenden Person also allgemein bekannt ist, möglicherweise auch dem attestierenden Arzt (wobei die näheren Umstände der Begutachtung nicht angegeben sind), wird quasi in Parenthese erweiternd mitgeteilt, welche Ursache den Menschen für die Schwäche des Kindes nachvollziehbar und plausibel erschien. Dass Dr. Balsler sich hier quasi einer Form der indirekten Rede bedient, ist sicher nicht als Zeichen seiner eigenen Distanzierung von diesem Erklärungsmodell zu werten; vielmehr referiert er, was er im Sinne einer Fremdanamnese erfahren hat. Es ist wohl

23 Hintergrund dieser Verfahrensweise ist, dass die Angaben über eine dem Arzt nicht bekannte Person auch für die Ableitung seiner Prognose bedeutsam sind und seiner Bewertung des Falles Stringenz und Plausibilität verleihen können; hierzu SAHMLAND, Physikatsgutachten.

24 LWV-Archiv, Best. 13, Rezeptionsreskript [Resk.] 15.4.1783.

sicher auszuschließen, dass Dr. Balsler sich an die Umstände der Geburt womöglich selbst erinnern konnte, zumal Herr G. inzwischen 39 Jahre alt war. Somit konnte er für diese Information keine Gewähr übernehmen; an der Möglichkeit einer solchen ätiologischen Herleitung zweifelt er allerdings nicht. Befragt man die zeitgenössische medizinische Literatur, dann ist die Versehenslehre durchaus noch nicht endgültig überwunden. Die Deutung des sozialen Umfeldes der Familie und wohl auch der Dorfgemeinschaft, die sich womöglich ebenfalls an diesen Umstand erinnern konnte, ist also durchaus eine auch im Horizont der Medizin noch denkbare Erklärung.<sup>25</sup> In einem anderen Fall wird die Pockeninfektion in früher Kindheit dafür verantwortlich gemacht, dass sich eine geistige Behinderung bemerkbar machte, wobei das Kind zuvor durchaus seinem Alter entsprechende Verhaltensweisen zeigte und allem Anschein nach unauffällig war. Möglicherweise spielen hier Erfahrungen mit hinein, die die Bevölkerung mit den allorts begegnenden Blattern machte; primär werden hier aber zeitliche Koinzidenzen kausal verknüpft. Dem gutachtenden Arzt Dr. Goldmann erscheint diese Erklärung durchaus plausibel, denn er kommentiert den Fall, das Blattergift habe die Organisation, die die Seele zu ihren Verrichtungen auf den Körper nötig habe, völlig und unwiederbringlich zerstört.<sup>26</sup> In einer weiteren Krankengeschichte litt das Kind an Anfällen (Convulsionen), die den Körper so in Mitleidenschaft zogen, dass geistige Beschränkungen daraus resultierten. Auch dieses ist ein gängiger Topos der ärztlichen Lehrmeinung: Epileptische Anfälle, da sie nicht wirksam behandelbar waren, führten mit der Zeit sehr häufig zu Geisteskrankheiten und endeten womöglich in Zuständen von Raserei. Physicus Dr. Grandidier in Kassel führte in einem medizinischen Gutachten aus, der Patient sei von Kindheit an stark mit Epilepsie behaftet gewesen, und das habe seine Nerven so sehr geschwächt, dass er blödsinnig geworden sei.<sup>27</sup> Ein weiterer Kontext sind erbliche Vorbelastungen. Diese werden nur zurückhaltend genannt, auch wenn sie sehr begründet zu vermuten sind.<sup>28</sup> In den meisten Fällen jedoch wird die Ursache einer geistigen Retardierung in den Antragsunterlagen nicht angegeben. Eine mögliche Begründung ist darin zu sehen, dass es sich bei Antragstellung allemal um inveterierte, also schon lange bestehende Leiden handelte, die sich einer Therapie alleine deshalb widersetzen. Wie aus zahlreichen ärztlichen Gutachten hervorgeht, war diese Feststellung entscheidend, um

25 Vgl. zur Versehenslehre den Überblick bei Ulrike ENKE (Bearb. u. Hg.), Samuel Thomas Soemmerring, Schriften zur Embryologie und Teratologie (Samuel Thomas Soemmerring Werke 11, Basel 2000) 33-40; späte Auswirkungen dieser Theorie lassen sich noch in der Mitte des 19. Jahrhunderts finden; vgl. Carl Gustav CARUS, Über Lebensmagnetismus und über die magnetischen Wirkungen überhaupt (Leipzig 1857).

26 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 08.01.1782. In einer anderen Krankengeschichte wird die körperliche Beeinträchtigung auf die Pockenerkrankung zurückgeführt, zugleich aber seitens des Arztes auch die geistige Einschränkung des 20jährigen Mannes mit dieser Infektion in Verbindung gebracht. In seinem Gutachten schreibt Dr. Faber: „[...] ist von seiner Kindheit an, nach denen Blattern, welche er, da er nur ½ Jahr alt gewesen, gehabt, am rechten Arm nicht nur gantz contract und labm, sondern auch bey zunehmenden Jahren, besonders zu gewissen Zeiten, gantz wahnwitzig und blödsinnig worden“; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.11.1786.

27 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 16.05.1783.

28 So sind in einer Familie zwei blödsinnige Brüder, ein drittes Kind ist mit ähnlichen Auffälligkeiten bereits verstorben; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 26.11.1782, Nr. 2. In einer anderen Familie ist die Mutter phasenweise ebenfalls „in gleichen Umständen“ und zeigt wie ihr 15jähriger Sohn ein unkontrolliertes Verhalten. Zusätzlich lebt eine ebenfalls kranke Schwester der Mutter in dem Haushalt, wobei hier nicht näher ausgeführt wird, ob sie ein somatisches Leiden hat oder gemütskrank ist; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

das Kriterium der Unheilbarkeit zu bestätigen, und dann trat die Aufklärung der Ätiologie einer Erkrankung in den Hintergrund.<sup>29</sup> Ein weiterer Zusammenhang kommt hinzu. Sofern geistige Behinderungen seit der Geburt manifest waren, handelte es sich um ein *Malum connatum*, gegen das die Medizin nicht viel ausrichten konnte, und so war auch hier die Unheilbarkeit als Zugangsvoraussetzung in das Hospital fraglos gegeben.<sup>30</sup>

Das bedeutet nun aber keineswegs, dass eine Familie das Leben mit einem geistig behinderten Kind schicksalhaft hingenommen hätte. Mehrfach wird darauf hingewiesen, es seien alle Anstrengungen zu einer Heilung unternommen worden, ohne dass allerdings etwas erreicht werden konnte. In dem Aufnahmeantrag für zwei „*von Jugend ganz unverständige*“ Brüder findet sich die Angabe, zu Lebzeiten des vor nunmehr zehn Jahren verstorbenen Vaters seien verschiedene Arzneien angewendet worden, aber vergeblich.<sup>31</sup> Da diese Medikation offenbar nicht im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen gestanden hatte, wurde medizinische Hilfe zur Behandlung der geistigen Behinderungen nachgefragt – zu einer Zeit, zu der die Familie durch den Verdienst des Vaters als Küfer über die finanziellen Mittel verfügte und zu der die Söhne noch Kinder oder Heranwachsende waren, um dann aber festzustellen, dass die Medizin ihrem Leiden machtlos gegenüberstand. Ein Vater, der für seinen 38jährigen, „*von Jugend auf ganz simpell und blödsinnig gewesen[en]*“ Sohn einen Aufnahmeantrag stellte, berichtet:

„*Um deßen seiner betrübter Schwachheit nun vorzubeugen habe ich für ihn, biß dahin ins 38te Jahrs Alter, vor Hülfsmittell und Aetzte aus meiner dürrtger Hausßhaltung viele schwere Kosten angewand, muß aber ansehen, daß mein Sohn an Hofnungs statt einer Beförderung mit zugerückten Jahren, in dieser seiner Schwachheit immer schlechter werde [...].*“<sup>32</sup> Der Vater eines 15jährigen, „*von Kindheit an gänzlich vernunftlos[en]*“ Sohnes gibt an, er habe sich alle Mühe gegeben, ihn „*durch gebrauchte diensame Mittel von seinem Elend zu befreien*“, er sei aber so geboren worden.<sup>33</sup>

Nach Ausweis der Quellen lässt sich also in der Bevölkerung ein rationales Erklärungsmodell für das Phänomen geistiger Behinderung feststellen. Dabei greift man auf medizinische Deutungen zurück, die sich vordergründig durch zeitliche Koinzidenzen ergeben oder aber auf Erfahrungswissen gründen (Pockeninfektion als Auslöser), oder es werden traditionelle Vorstellungen (Versehenslehre) bemüht, die in den 1780er Jahren nach wie vor in der medizinischen Lehrmeinung präsent sind. Geistige Behinderung wird auch von medizinischen Laien mit einem Krankheitswert belegt.<sup>34</sup>

29 Vgl. SAHMLAND, Physikatgutachten.

30 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 20.01.1784. Entsprechend beurteilen Chirurg und Physicus die Heilungschancen eines 18jährigen „*verstandlosen närrischen Menschen*“ sehr skeptisch, weil es ihm wegen der Armut an der nötigen Verpflegung fehle, „*grüßten theils aber da er von Jugend auf mit diesem Übel behaftet gewesen*“; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.04.1781. Landphysicus Dr. Baumer stellt in seinem Gutachten über einen ebenfalls 18jährigen Patienten fest: Wegen seiner „*Brust-Beschweris*“ habe er ihm die nötigen Mittel verordnet; „*da er aber von Jugend auf keine Anlage zur Vernunft gehabt hat; so sehe ich keine Möglichkeit ein, ihm solche durch Artzney-Mittel zu verschaffen.*“ LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 30.03.1781.

31 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 26.11.1782.

32 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 30.03.1784.

33 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

34 Das spräche gegen die Einschätzung, dass die Landbevölkerung dem Aberglauben verhaftet sei und sich auch im medialen Verhalten an irrationale Praktiken halte. Dieser eindeutige und nahezu durchgängige Befund lässt sich nicht auf ein quellenkritisches Problem reduzieren, wonach man in einem Antragsgesuch den Anschein rationaler Auffassungen habe wahrnehmen müssen, hinter der sich aber eine

Damit ergibt sich eine Handlungsoption. Verschiedene Krankengeschichten machen ausdrücklich die Bemühungen um medizinische Hilfe deutlich, selbst wenn sie keine detaillierteren Informationen darüber enthalten, in welchem Segment des Gesundheitsmarktes man sich bewegte.<sup>35</sup> Dabei standen Art und Umfang der Heilbemühungen sicher in Abhängigkeit zu den ökonomischen Verhältnissen der Familie. Es erscheint auffallend, dass in den betreffenden Krankengeschichten des hier untersuchten Zeitraumes jeweils die Väter die Antragsteller sind; in einem Fall wird angegeben, zu Lebzeiten des Vaters seien Heilbemühungen unternommen worden. Dieser Befund deutet darauf hin, dass finanzielle Anstrengungen, ein geistig behindertes Kind zu heilen oder seine Situation zu verbessern, vorzugsweise nur in intakten Familienstrukturen möglich waren, in denen der Ernährer die wirtschaftliche Grundlage sichern konnte. Witwen oder alleinerziehende Mütter verfügten über diese Möglichkeiten nicht.

### Unterricht, Erziehung

Zumal im „*pädagogischen Zeitalter*“ der Aufklärung war eine frühe wichtige Lebensphase eines Kindes die Schulzeit. Die in den Antragsunterlagen begegnenden Träger geistiger Behinderung hatten verschiedene, mehr oder weniger gravierende Handicaps. Es zeigt sich nun, dass auch für diese Kinder die Teilhabe an der Elementarbildung und damit eine wichtige Voraussetzung für die Chance auf einen möglichst „*normalen*“ Lebensweg gesichert werden sollte. Über Johann Henrich Kaufmann wird berichtet, er sei „*von Kleinem Kind auf sehr schwachen Verstandes gewesen, so, dass er so wohl [!] in Schulen als von einiger Handtbierung etwas erlernen können und daher zu keiner Arbeit zu brauchen*“;<sup>36</sup> der Pfarrer ergänzt, Herr K. sei „*auch von Kindheit an sehr blödsinnigen Verstandes gewesen, daß ihm kaum einige Begriffe von der Religion haben können beygebracht werden*“.<sup>37</sup> Dem Andreas Schneider attestiert der Pfarrer, es sei „*auch durch Schulunterricht wenig oder nichts in ihn zu bringen gewesen*“.<sup>38</sup> Beide Fälle enthalten die positive Angabe, dass ein Schulbesuch stattgefunden hat. In den Unterlagen zu anderen Anträgen wird ausgeführt, jemand habe nichts, „*auch nicht einmal einen Buchstaben erlernen*“ können,<sup>39</sup> Jemandem sei nicht einmal das ABC beizubringen gewesen.<sup>40</sup> Auch hier kann vermutet werden, dass eine Beschulung versucht worden ist. Andere Fallgeschichten stellen ausdrücklich fest, dass

---

andere Realität verberge. Wenn es eine solch gravierende Diskrepanz in der Medikalkultur gegeben hätte, wie hätte der Landmann bzw. der örtliche Schreiber sie denn überwinden sollen?

- 35 Während der häufig begegnende Ausdruck, man habe „*diensame Mittel*“ angewandt, sehr unspezifisch bleibt und darüber hinaus signalisiert, dass diese Mittel dem Laien als solche empfohlen wurden (wobei es sich auch um Praktiken, Verhaltensweisen etc. handeln könnte), weist die Angabe, man habe Arzneimittel gebraucht, eher darauf hin, dass ein Chirurg, ein Medicus und/oder ein Apotheker konsultiert wurde. Vgl. Christina VANJA, Supplikationen als Quelle der Patientengeschichte. In: Arnd FRIEDRICH, Irmtraut SAHMLAND, Christina VANJA (Hg.), *An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert* (Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Quellen und Studien 14, Petersberg 2008) 163-172, hier 167. Sie geht davon aus, die medikalen Praktiken der Landbevölkerung, ihre Hinwendung zu nicht ausgebildeten Heilern, würden in den Supplikationen nicht benannt, da es von offizieller Seite nicht erwünscht gewesen sei.
- 36 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.08.1784. Dieses bereits am 25. 08. 1783 ausgefertigte Gutachten des Dr. Johann Jacob Busch aus Marburg ist, wie sich aus der intendierten Aussage ergibt, in der Syntax fehlerhaft.
- 37 Ebd., Votum des Pfarrers Johann Jacob Ferdinand Faust.
- 38 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 20.06.1786.
- 39 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 26.11.1782.
- 40 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 12.07.1786.

das Kind nie zur Schule zugelassen werden konnte.<sup>41</sup> Die Frage der Beschulung erweist sich damit möglicherweise als ein Gradmesser zur Beurteilung des Ausmaßes der geistigen Retardierung eines Kindes. Außerdem sind weitere Beeinträchtigungen zu berücksichtigen. Neben dem fehlenden Sprachvermögen<sup>42</sup> mangelte es manchmal auch an der Mobilität, um den Weg zur Schule physisch bewältigen zu können.<sup>43</sup> Die Dichte der Angaben kann dahingehend gedeutet werden, dass die Familien der lernschwachen Kinder prinzipiell darum bemüht gewesen sind, auch ihnen gewisse kognitive Grundfertigkeiten beizubringen und sie nicht aufgrund ihrer Andersartigkeit auszugrenzen. Dabei ist natürlich nicht anzunehmen, dass man diese Kinder regelmäßig in die Schule geschickt hätte; vielmehr dürfte bald offensichtlich gewesen sein, wenn sie vom Elementarunterricht nicht profitieren konnten. In manchen Fällen war an einen Schulbesuch jedoch gar nicht zu denken.

Neben den intellektuellen Fertigkeiten, die nicht angeeignet werden konnten, steht die christliche Unterweisung, die bei diesen Kindern oftmals ebenfalls vergeblich war. Nach den Angaben der Quellen muss davon ausgegangen werden, dass auch hier redliche Anstrengungen gemacht wurden, denn Grundbegriffe der christlichen Religion waren die Voraussetzung für die Konfirmation. In den Unterlagen findet sich wiederholt der Hinweis, dass die Kirche den Kindern die Konfirmation tatsächlich verweigerte. Damit waren sie vom Abendmahl „*und anderen gottseligen Handlungen*“ ausgeschlossen.<sup>44</sup> In einem Einzelfall wurde ein Jugendlicher mit zwei Jahren Zeitverzug erst mit 16 Jahren konfirmiert, und zwar aus Mitleid, wie der Pfarrer ausdrücklich angibt, wohl um so den damit begangenen Regelverstoß abzumildern.<sup>45</sup> Erst dadurch war den Heranwachsenden die vollgültige Teilhabe an der kirchlichen Gemeinschaft möglich. Der Besuch des Gottesdienstes war davon allerdings wohl nicht tangiert. So gibt es den Hinweis, dass ein geistig behinderter Mensch am Kirchgang teilnahm und den Gottesdienst „*störte*“.<sup>46</sup>

Das kirchliche Leben bestimmte den Alltag der Bevölkerung ganz wesentlich, die Partizipation war Ausdruck und Ausweis sozialer Integrität und Akzeptanz.<sup>47</sup> Die erlangte Konfirmation ist also als ein Gradmesser für das Maß der Integration in die kirchliche Gemeinde und damit auch der Teilhabe an der kommunalen Gemeinschaft zu werten.

Mangelnde christliche Unterweisung bedeutete schließlich aber auch, dass den Kindern und Jugendlichen damit nach Ansicht der Kirche jede Moralvorstellung fehlte. Ihnen

---

41 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 13.06.1784; vgl. auch Reskr. 24.12.1782; Reskr. 08.01.1782.

42 Reskr. 24.12.1782; Reskr. 08.01.1782. In beiden Fällen findet sich die Information, dass das Kind „*taubstumm*“ bzw. „*sprachlos*“ sei.

43 Reskr. 08.01.1782; Reskr. 15.04.1783; Reskr. 27.05.1786.

44 Da Johann Wendelin I. nicht konfirmiert werden konnte, konnte er auch nicht zum Abendmahl „*und anderen gottseligen Handlungen*“ zugelassen werden; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 08.01.1782; vgl. auch Reskr. 13.06.1784; vgl. Reskr. 12.07.1786.

45 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 20.06.1786.

46 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 20.01.1784; vgl. zu „*Störungen*“ der religiösen Handlungen durch geistesranke und fallsüchtige Menschen: SAHMLAND, Geistige Behinderung und Geisteskrankheit, 100-103.

47 Das wird deutlich in der Bitte der Hospitaliten um eine christliche Beerdigung; vgl. Irmtraut SAHMLAND, Verordnete Körperspende – Das Hospital Haina als Bezugsquelle für Anatomieleichen (1787-1855). In: Arnd FRIEDRICH, Irmtraut SAHMLAND, Christina VANJA (Hg.), An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen 14, Petersberg 2008) 65-105.

konnte kein Bewusstsein davon vermittelt werden, was – im kirchlichen Sinne – gut und böse war, schließlich auch nicht, was als schicklich oder tabuisiert galt. Die Angabe über die erlangte oder fehlende religiöse Ausbildung in den Antragsunterlagen erfasst demnach noch eine weitere Dimension: Sie gibt Auskunft über die Einschätzung einer Person in Bezug auf das zu erwartende Maß an Konformität ihres Verhaltens. Orientierte sich der Kranke an diesen geltenden Normen nicht, so war er grundsätzlich exkulpiert, sofern ihm diese Wertvorstellungen und Verhaltensmuster nicht vermittelt werden konnten – aufgrund mangelnder Auffassungsgabe und Umständen, denen ein Krankheitswert zugesprochen wurde. Lassen sich diese Sichtweisen sehr stringent aus den Quellen herausfiltern, so bildet sich darin allerdings keineswegs zugleich der Umgang mit diesen Personen im sozialen Nahraum ab; die tatsächliche Brisanz wurde durch dieses theoretische Deutungsmuster nicht aufgehoben.

### Lebensunterhalt

Personen mit geistiger Behinderung waren unter diesen benachteiligten Startbedingungen in aller Regel nicht in der Lage, einen normalen Weg in das Arbeitsleben zu gehen und sich ihren Unterhalt zu sichern, geschweige denn, „*ein Hausgeschäft*“ zu unternehmen.<sup>48</sup> In dem bearbeiteten Zeitraum findet sich nur ein Fall, in dem eine solche Perspektive angedeutet wird. In dem Aufnahmeantrag für einen 30jährigen Mann wird berichtet, er habe an anderem Orte eine Lehre als Perückenmacher gemacht, leide aber seit fünf bis sechs Jahren sehr an Epilepsie und sei nun „*völlig blöden Verstandes*“.<sup>49</sup> Obwohl nicht ausdrücklich vermerkt, lassen doch verschiedene Hinweise die begründete Vermutung zu, dass auch diese Person an einer geistigen Behinderung litt, denn sie war zuvor im Waisenhaus in Kassel erzogen worden, obgleich es Anverwandte gab, die sich seiner hätten annehmen können.<sup>50</sup> Ferner wird betont, dass der Junge dort auch konfirmiert worden sei. Dies war offensichtlich bemerkenswert, womöglich, weil es für ihn nicht selbstverständlich erschien.<sup>51</sup> Immerhin war die geistige Beeinträchtigung nicht so gravierend, als dass er einen Start in ein Berufsleben nicht hätte unternehmen können, der dann aber durch einen progredienten Krankheitsverlauf nicht fortgesetzt werden konnte. Für junge Männer mit leichteren geistigen Beeinträchtigungen bot sich eventuell auch das Militär als eine Perspektive an. Dies könnte im Fall des Nicolaus M. zutreffen. Er war mit 18 Jahren als Musquetier dort eingetreten und hatte weitere 18 Jahre als Soldat gedient. Inzwischen bewirtschaftete sein Bruder die vorhandenen Ländereien. Der zurückgekehrte Soldat wird als „*blödsinnig*“, „*nicht völlig bei Verstand*“ und „*wahnwitzig*“ gekennzeichnet; der gutachtende Arzt attestiert eine „*unheilbare Schwäche*“ – Angaben, die eine Behinderung vermuten lassen.<sup>52</sup> Auf

48 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 12.07.1786.

49 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 02.02.1781.

50 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 01.02.1783. Hier wurde ebenfalls jemand für zwei Jahre ins Waisenhaus gebracht, obgleich er eine Mutter hatte. Hintergrund ist offenbar auch die geistige Behinderung.

51 In der Regel verließen die Kinder ein Waisenhaus im Alter von 14 Jahren mit der Konfirmation, mit der zugleich der Eintritt in das Berufsleben verbunden war.

52 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 16.03.1781. Es stellt sich allerdings die Frage der Tauglichkeit. In seinen Lebenserinnerungen berichtet J. H. Wilhelm Tischbein über einen Hospitaliten, den sie den starken Hans nannten, dessen „*Verrücktheit*“ aber ziemlich „*unschädlich*“ gewesen sei: „*Er war sehr groß und stark, weshalb ihm und seiner Familie der König von Preußen viel Geld geboten hatte, um ihn unter seine Garde zu nehmen. Aber es fand sich, daß sein Verstand ganz zerrüttet war, und er kam in's Tollhaus.*“ [Johann] H[einrich] Wilhelm

diese Weise war Nicolaus M. für viele Jahre in soziale Strukturen außerhalb der Familie eingebunden, in denen er zudem sein Auskommen fand.<sup>53</sup> Vielleicht spielte auch die Erwartung eine Rolle, Personen mit leichter geistiger Differenz könnten durch den militärischen Drill „korrigiert“ werden.

In den meisten Fällen heißt es jedoch, der Kranke könne keine Arbeit tun, sei zu keinem Hausgeschäft in der Lage. Damit ist sicher nicht ausgeschlossen, dass die Betroffenen sporadisch leichte, überschaubare Aufgaben erledigen konnten; eine geregelte und regelmäßige Arbeit war jedoch nicht möglich. Stattdessen war es nahezu üblich, dass diese Kranken bettelten. So streiften sie durch die Dorfschaften, wo diese Art, ihren Lebensunterhalt zu erwerben, akzeptiert wurde, während in städtischen Kommunen die Toleranzgrenze deutlich niedriger angesetzt war und man sich offenbar sehr schnell belästigt fühlte. Das Brot vor den Türen zu suchen, setzte allerdings ein Mindestmaß an Mobilität voraus und war nur möglich, sofern nicht zugleich auch gravierende körperliche Behinderungen oder Gebrechen vorlagen.<sup>54</sup> Auf diese Weise einen Beitrag zum Unterhalt zu erlangen war auch dann verwehrt, wenn sich der Zustand des Kranken verschlimmerte, so dass es nicht länger verantwortbar erschien, ihn vor die Tür zu schicken.<sup>55</sup>

### Geistig Behinderte in der Alltagswelt

Aufgrund ihrer geistigen Differenz konnte eine Integration über Schule, Kirche und Arbeitswelt nur sehr bedingt und oftmals gar nicht gelingen. Bei einer solchen sehr begrenzten Teilhabe waren diese Menschen aber nicht exkludiert. Sie lebten mit der Dorfgemeinschaft, und sie hielten sich im öffentlichen Raum auf. Diese Beobachtung lässt keineswegs darauf schließen, zuhause seien nicht die Kapazitäten vorhanden gewesen, um diese Kranken separiert zu halten, oder man habe sich um sie nicht ausreichend gesorgt oder sie vernachlässigt. Vielmehr gab es keinen Grund, diese Personen auszuschließen, solange ihr Verhalten nach damaligen Maßstäben unbedenklich war. Je nach ihren individuellen Möglichkeiten werden sie sporadisch mit einzelnen Diensten beauftragt worden sein, ansonsten war es ihre selbstverständliche Aufgabe, durch Betteln etwas zu ihrem Lebensunterhalt beizutragen. So hatten sie einen durchaus über die Heimatgemeinde hinausreichenden Bewegungsradius. Es wird berichtet, dass manche ziellos durch die Gegend streiften, auch wohl herumirrten.<sup>56</sup> Eine solche Schilderung zeigt aber nicht unbedingt an, die Personen seien orientierungslos gewesen, sondern ein solches Verhalten ist als ein Zeichen ihrer Andersartigkeit zu verstehen, markiert es doch einen Gegenpol zum durchdachten und strukturier-

---

TISCHBEIN, Aus meinem Leben, hrsg. von Carl G. W. SCHILLER, 1 (Braunschweig 1861) 48. Dieser Mensch hätte demnach gut zu den „*langen Kerls*“ gepasst, war aber für diese Aufgabe untauglich.

53 Außerdem konnten Militärangehörige im Falle von Verunfallung, Versehrtheit oder dauerhafter Erkrankung im Dienst mit nachfolgender Erwerbsunfähigkeit auf eine kleine Pension hoffen; vgl. z. B. LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 04.03.1783.

54 Als der „*blödsinnige*“ Johann Henrich B. zudem einen Schlagfluss erlitt und seine linke Körperseite gelähmt war, konnte er sich nur noch mit großer Mühe fortbewegen. Betteln zu gehen, wie er es zuvor getan hatte, war nicht mehr möglich; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 27.08.1781.

55 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 11.01.1783; vgl. Reskr. 16.05.1783.

56 Nicolaus M. laufe von einem Ort zum andern und suche durch Betteln sich die Nahrung zu verschaffen; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 16.03.1781; Ernst Philipp K. irre allenthalben herum; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 26.11.1782.



ten Tagwerk der übrigen Bewohner eines Dorfes. Andere hielten sich bevorzugt an bestimmten Orten auf, so etwa beim laufenden Betrieb in einer Mühle.<sup>57</sup>

Die Präsenz dieser Personen in der Öffentlichkeit war keineswegs reibungslos. Durch ihre differente Erscheinung und ihr sonderbares Verhalten zogen sie Jugendliche an, die sie hänselten, worauf sie aggressiv reagierten,<sup>58</sup> oder sie bedrohten andere Leute, die ihnen auswichen oder flohen.<sup>59</sup> Es kam zu Streitereien und Spektakel auf der Straße. Die Kranken erregten Ärgernis, wenn öffentliche Moralvorstellungen verletzt wurden, indem sie ein „schamloses“ Betragen (Laszivität, Exhibitionismus, nur unvollständiges Bekleidetsein)<sup>60</sup> zeigten, was als Gefährdung Jugendlicher bewertet wurde. Neben der Fremd- stand die Eigengefährdung dieser Menschen insbesondere durch Unfälle. Johann Henrich G. etwa ist nicht nur „gantz blödsinnig“, sondern auch *„an Armen und Füßen wie gelähmt, so daß wann derselbe nur einige Schritte hinkend gehet, Er öfters hinstürzt; derselbe ist dabero schon unterschiedlich in das Wasser gefallen, und wenn nicht bey Zeiten Ihme Leuthe zu Hülfe gekommen, er in demselben ersofen wäre“*.<sup>61</sup>

Als ein Antrag für den 15jährigen Henrich M. vorbereitet wird, geben die beiden Müller, die als Brüder gemeinsam eine Mühle in Vach betreiben, an, dass Henrich fast täglich in die Mühle zu den Kämpf- und Wasserrädern laufe, danach greife und zwischen die arbeitenden Mühlräder krieche, was nicht immer bemerkt werden könne. Er laufe Gefahr, dort gequetscht zu werden oder im Wasser zu ertrinken; sie hätten ihn schon mehrfach aus dem Wasser gezogen und noch retten können.<sup>62</sup>

Insgesamt standen die geistig behinderten Gemeindemitglieder, sofern und solange sie sich im öffentlichen Raum bewegten, offensichtlich unter einer allgemeinen Mitkontrolle, und hier wurde den Mitbewohnern und ihrer Umgebung zum Teil Erhebliches abverlangt. Im dörflichen Alltag übernahm offenbar jeder eine gewisse Mitverantwortung und Beaufsichtigung, um Unfälle zu verhüten und bei Gefahren helfend einzugreifen. Allerdings konnte hierfür keine Gewähr übernommen werden, und die jeweiligen Arbeitsabläufe durften dadurch auch nicht über Gebühr gestört werden.

Zu diesen latenten Gefahren und selbst prekären Situationen kamen gravierende Sachbeschädigungen und die Zerstörung und Vernichtung fremden Eigentums, ein Umstand, der in einer Mangelgesellschaft nicht hinnehmbar war. Ein Metzger beschwerte sich, dass der 15jährige Sohn seines Mietherren ihm verschiedene Hammelhäute mit dem Messer kurz und klein geschnitten hätte.<sup>63</sup> Wenn jemand das Vieh durch die Straßen trieb, statt es weiden zu lassen, ein Schaf nahezu umbrachte,<sup>64</sup> ein Pferd von der Koppel stahl, um es für wenig Geld zu verkaufen,<sup>65</sup> wurden damit konfliktreiche Situationen heraufbeschworen, Streitigkeiten, die möglicherweise zu

57 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

58 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.04.1781; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 20.06.1786.

59 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

60 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 23.01.1781; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 30.03.1781.

61 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 15.04.1783.

62 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781. Diese Krankengeschichte wird auch näher analysiert bei RITZMANN, Die der Welt und sich selbst zur Last sind.

63 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781. Der Metzger hatte zwei Jahre im Haus der Familie M. gewohnt, zur Zeit der Antragstellung war das Mietverhältnis jedoch bereits aufgehoben. Möglicherweise war der Metzger aufgrund der Beeinträchtigungen in seiner Arbeit dort ausgezogen, konnte nun aber mit seinen Angaben einen Beitrag leisten, um die Aufnahme in das Hospital zu erreichen.

64 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 30.03.1781.

65 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.11.1786.

Rechtshändeln führen konnten, so dass bei allem Verständnis für eine krankheitsbedingt schwierige Lage doch die Distanzierung und soziale Ausgrenzung drohten. Eine supplizierende Mutter führt aus, das ganze Beginnen ihres Sohnes sei Wahnwitz und Torheit. Zudem sei er durch seine körperliche Ungestaltlichkeit seiner Umgebung „*ein Abscheu*“, und sie sei nun in Verlegenheit, weil ihr deswegen niemand mehr die Hausmiete geben wolle.<sup>66</sup> Ähnlich erging es einer verwitweten Mutter mit ihrem 30jährigen Sohn, der stets Unheil und Verdross verursache und den sie fast nicht mehr vor die Tür schicken könne. Auch sie gibt an, sie müsse fast alle halbe Jahre umziehen und finde bald keine Bleibe mehr.<sup>67</sup>

An diesen Schilderungen lässt sich Verschiedenes über die Lebensrealität einer Familie mit einem geistig behinderten Kind ablesen. Grundsätzlich konnte sie auf eine gewisse Solidarität der Gemeinschaft rechnen, was Aufsicht, akute Hilfe und prinzipielle Toleranz betraf. Zugleich gab es eine quasi unausgesprochene Übereinkunft – und hier war die betroffene Familie mit eingeschlossen –, dass die Solidarität Grenzen hatte. Sie wurden erreicht, wenn die Situation eskalierte, wenn Gefährdungen für Leib und Leben anderer und/oder für fremdes Eigentum gegeben waren und wiederholt auftraten.<sup>68</sup> Dann griffen Schutzmechanismen, die die soziale Isolation bedeuten konnten. War die Familie mittellos und auf eine Mietwohnung angewiesen, drohte die „*Entwurzelung*“.<sup>69</sup> Das Ziel musste es sein, den Toleranzraum nicht zu überschreiten.

Neben und in dem Bemühen, diese Menschen gegebenenfalls aus dem öffentlichen in den privaten Raum zurückzuziehen,<sup>70</sup> ist Gewalt gegen Personen mit geistigen Behinderungen als Realität deutlich greifbar. So wird in den Supplikationen geschildert, der Kranke lasse sich „*durch Zwangsmittel nicht mehr wehren*“<sup>71</sup>, bisher sei jemand „*allen Zwangs ungeachtet*“ zur Arbeit untüchtig gewesen,<sup>72</sup> oder der Vater könne seinen 19jährigen Sohn nicht „*zwingen*“.<sup>73</sup> Weitere Formulierungen sind, eine Mutter könne ihren 24jährigen Sohn nicht „*zur Zucht halten*“,<sup>74</sup> jemand müsse „*in Furcht*“ und in Schranken gehalten werden.<sup>75</sup> Das erlaubt jedoch nicht den Schluss, ein gewaltbesetzter Umgang mit geisteskranken Menschen sei in der Landbevölkerung selbstverständlich üblich gewesen, wie es ein gutachtender Arzt sehr generalisierend und in der

66 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 01.02.1780.

67 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 16.05.1783.

68 Eine besondere, die Solidarität der Gemeinschaft gefährdende Problematik konnte sich daraus ergeben, dass ein Kranker durch sein äußeres Erscheinungsbild abstoßend wirkte, „*Abscheu*“ erregte. Besondere Vorbehalte gab es vor allem auch gegenüber „*fallsüchtigen*“ Menschen; vgl. Angela SCHATNER, Zwischen „*Raserei*“ und *Feuers Noth*“ – Fallsüchtige Patienten in Haina und Merxhausen im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert im Spiegel ihrer Bittgesuche. In: Arnd FRIEDRICH, Irmtraut SAHMLAND, Christina VANJA (Hg.), An der Wende zur Moderne. Die hessischen Hohen Hospitäler im 18. und 19. Jahrhundert (= Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen 14, Petersberg 2008) 173-197.

69 Ein Fall ist bezeugt, in dem ein Müller wegen seines epilepsiekranken Sohnes den Verlust seiner Kundschaft fürchtete, was den wirtschaftlichen Ruin seiner Familie bedeuten würde; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.11.1786.

70 Vgl. dazu auch SAHMLAND, Geistige Behinderung und Geisteskrankheit 100-107.

71 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

72 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 26.11.1782.

73 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 13.06.1784.

74 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 27.05.1786.

75 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 23.01.1781.

Attitüde kultureller Überlegenheit suggerierte.<sup>76</sup> Ganz augenscheinlich führte Hilflosigkeit im Bemühen, jemandem ein gesellschaftskonformes Verhalten beizubringen und ihn im Rahmen sozialer Verträglichkeit unter Kontrolle zu halten, zum Einsatz physischer Gewalt. Waren renitente Auffälligkeiten durch Verhaltensmodifikation nicht abzuschaffen, dann mussten sie möglichst durch Zwangsmaßnahmen, physische Bestrafungen sowie die Androhung von Gewaltanwendung unterdrückt werden.<sup>77</sup> Kinder entwickelten zudem im heranwachsenden Alter ihrerseits ihre Körperkräfte, die sie nun, sofern es ihre körperliche Konstitution zuließ, in negativer, problematischer Richtung umso wirksamer einsetzen konnten. Da sie sich aber nicht zugleich geistig weiterentwickelten, blieben sie im Status eines Kindes, das bei Fehlverhalten gezüchtigt wurde.<sup>78</sup>

Eine weitere Dimension in der Wahrnehmung dieser Kranken kommt hinzu. Über Johann Wendelin I. schreibt der Pfarrer, er habe „*nur das äußere menschliche Ansehen an sich*“, und es sei „*an ihm nur das thierische Leben wahrzunehmen*.“ Und Physicus Goldmann bestätigt, an dem Kranken zeigten sich so geringe, ja eigentlich gar keine Spuren von Seelenkräften, „*dafß er vielmehr in die Klasse der Thiere als der Menschen gezählt zu werden verdient*.“<sup>79</sup> Der Metzger berichtet über Henrich M. unter anderem, er raffte die Knochen und alles, was ihm sonst in den Weg komme, von der Erde auf „*und fröse es gleich dem Vieh*“.<sup>80</sup> In der Bewertung des sozialen Umfeldes nimmt die Andersartigkeit des Kranken ein Ausmaß an, dass die Grenzen der Spezies humana verlassen werden, der Mensch sinkt auf die Stufe des Tieres hinab, er scheint auf die animalischen Funktionen reduziert zu werden. Die damit verbundene extreme Distanzierung wird hier von einem Arzt und einem Pfarrer formuliert, und es erscheint bemerkenswert, dass in den bearbeiteten Quellen die engen Familienangehörigen selbst einen Kranken nicht in dieser Weise beschreiben.<sup>81</sup> Dass auch ihnen diese Beschreibungsebene prinzipiell durchaus zur Verfügung stand, zeigt die Tatsache, dass der Wohnungsnachbar sich ihrer bedient. Die Familie scheute sich allerdings offenbar, möglicherweise aus Empathie zu dem Kranken, auf einen derartigen ungeheuerlichen Vergleich zurückzugreifen und ihn womöglich in einem offiziellen Antragsverfahren aufzurufen. Vermutet werden kann aber, dass diese innere Abgrenzung, ein Empfinden von Abscheu, noch dazu verstärkt durch den anhaltenden Zwang, brisante und angespannte Alltagssituationen zu bewältigen, in der Konsequenz bedeuteten, dass man den

---

76 Prof. Baumer aus Gießen kommentierte die Aussage einer zu begutachtenden Patientin, sie sei von ihrem Schwiegersohn mehrfach geschlagen worden, mit dem Hinweis, er habe solche „*stultam stultorum tractationem*“ „*mehrmahlen bey dem gemeinen Volk beobachtet*“; HStAM, Best. 229 B III b, Reskr. 25.03.1774; vgl. dazu SAHMLAND, Physikatsgutachten, 25.

77 Die Gewaltbereitschaft gegenüber geistig behinderten Menschen wäre auch vor dem Hintergrund der elterlichen Befugnisse gegenüber ihren „*unmündigen*“ Kindern sowie allgemeiner im Kontext der Problematik der Gewalt in den Familien der frühen Neuzeit, insbesondere auch in der Ehe und unter den Geschlechtern zu untersuchen.

78 Das Allgemeine Preußische Landrecht von 1794 unterschied Rasende und Wahnsinnige, denen es die Rechte von Kindern zugestand, und Blödsinnige, die den Unmündigen gleichgestellt wurden; vgl. C. E. Graf von BENTZEL-STERNAU, Über die Rechte der Wahnsinnigen. In: Der neue teutsche Merkur 3 (1794) 65-85; 69.

79 Er habe keinerlei Distanz zu seinen Exkrementen, gebe „*nur zuweilen thierische Töne von sich*“ und könne Anfälle „*einer viehischen Wuth*“ bekommen; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 08.01.1782.

80 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

81 Damit sind philosophische ebenso wie medizinische Theoreme aufgerufen; diese Zusammenhänge können an dieser Stelle nicht näher dargestellt werden.

Kranken zu „bändigen“ versuchte.<sup>82</sup> Eskalierte die Situation und drohte sie außer Kontrolle zu geraten, gab es tatsächlich kaum Handlungsspielräume, außer den Kranken einzusperren, ihn zu bewachen, ihn zu fixieren. All das sind ebenfalls Formen von Gewalt, die ganz wesentlich daraus erwachsen, dass humanere Mittel zur Bewältigung solcher Notlagen nicht verfügbar waren. Wenn sie in den Antragsunterlagen aufscheinen, ist davon auszugehen, dass diese Reaktionsweisen prinzipiell akzeptiert waren, zugleich aber die Notwendigkeit einer unmittelbaren Aufnahme in das Hospital unterstrichen.

### Zeitpunkte der Antragstellung

Mit den so beschriebenen Entwicklungen ist ein Kontext benannt, der zu einem Aufnahmeantrag in das Hospital führen konnte. Es waren akute Situationen, die mit eigenen Mitteln nur vorübergehend zu meistern waren, weil hier Arbeitskräfte absorbiert wurden und/oder die Bereitstellung von Wachen bezahlt werden musste, zumal – im Unterschied zu manchen Zuständen geistiger Erkrankungen – eine Besserung und damit Entspannung der Lage nicht zu hoffen war.<sup>83</sup>

Der eingangs erhobene, doch recht auffällige Befund einer Häufung der Antragstellung für geistig Behinderte in der Altersgruppe von 20-39 Jahren verweist jenseits pathologischer Erklärungen wie voranschreitender Krankheitsverläufe auf einen weiteren, als dominant anzusprechenden Zusammenhang.

Die geistig behinderten Menschen waren völlig abhängig von ihren sozialen Netzwerken. Diese bildeten eine wesentliche Rahmenbedingung ihrer Existenz, die sich jedoch im Laufe der Zeit zwangsläufig veränderte. Die Kinder standen in der Regel in der Obhut ihrer Eltern. Jene (sofern sie denn nicht zudem körperlich gehandicapped waren) entwickelten mit den Jahren zunehmende körperliche Kräfte, während bei diesen ein gegenläufiger Prozess einsetzte.<sup>84</sup> Das Ungleichgewicht der Kräfte verlagerte sich. Es wurde immer anstrengender, den Lebensunterhalt zu verdienen; oftmals war ein Ehepartner bereits verstorben, für den zurückbleibenden bedeutete dies die doppelte Last. Die gealterten Eltern, vor allem die Mütter, die als Witwen nun die Aufgaben übernehmen mussten, waren rein physisch nicht im Stande, den Kranken zu

---

82 Das Bild eines Tierbändigers im Umgang mit geisteskranken Hospitalinsassen verwendete Mauvillon: Bei seinem Besuch in Merxhausen zeigte er sich beeindruckt von dem „Respekt, den sich ihr Bändiger [ein Aufwärter – I.S.] bey diesen Geschöpfen zu verschaffen gewußt hat. Eben so sahe ich den Wärter in der hiesigen Menagerie [in Kassel – I.S.] in den Verschlach des Lövens hinein gehen, und ihn peitschen, wie wir etwa unsere Hunde peitschen, ohne daß dieß mächtige Thier es gevagt hätte, etwas anders zu thun, als furchtsam zu brüllen.“ (Anonym [Jacob MAUVILLON]), Nachrichten von den hessischen Samt=Hospitalien, besonders dem Kloster Marxhausen [J]. In: Journal von und für Deutschland 1/ 1 (1784) 29-36; 34.

83 Es sei darauf hingewiesen, dass es in einzelnen Fällen quasi Zwischenlösungen gab. Ein Junge, der mit zunehmendem Alter immer wilder und phasenweise gefährlich wurde, konnte für zwei Jahre im Waisenhaus in Kassel untergebracht werden. Nun hatte er das 15. Lebensjahr erreicht und wurde aus dieser Anstalt entlassen; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 01.02.1783. Ein 30jähriger Mann wurde wegen seiner Gewalttätigkeiten ins Gefängnis gebracht, und auch dies war keine dauerhafte Form der Sicherheitsverwahrung; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 04.03.1783. Nachdem Johannes M. mehrere Eigentumsdelikte begangen hatte, wurde er im Gefängnis in Kassel inhaftiert. Als man dort jedoch seine offensichtliche „Unklugheit“ feststellte, wurde er wegen Unzurechnungsfähigkeit wieder auf freien Fuß gesetzt, worauf er die ganze Gemeinde neuerlich in Furcht versetzte; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 07.11.1786.

84 Mehrfach wird ausdrücklich der Zusammenhang formuliert, dass bei körperlicher Integrität und erstarkenden physischen Kräften die Problemlagen sich verschärften; vgl. LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 23.01.1781; Reskr. 01.02.1783; Reskr. 14.03.1786.

versorgen, zu beaufsichtigen, ihn sicher zu kontrollieren.<sup>85</sup> Abgesehen davon ließ sich die Notwendigkeit des Broterwerbs kaum mit der Aufsichtspflicht vereinbaren. Nicht immer war das soziale Netz reduziert, um akute Versorgungsengpässe hervorzurufen. Die Quellen berichten von einem Ehepaar, das mehrere Kinder hatte, darunter ein geistig behindertes, das im Haus und auf der Straße Spektakel veranlasste. Die Frau und Mutter war jedoch ebenfalls offenbar geisteskrank, denn vor kurzem war sie nur mit dem Hemd bekleidet aus dem Haus gelaufen – und zudem hatte sich der verbliebene, 5jährige Sohn vor wenigen Tagen das Bein gebrochen.<sup>86</sup> Der Vater musste sich um drei hilfs- und zum Teil aufsichtsbedürftige Familienmitglieder kümmern. Zudem konnte er das Haus nicht verlassen, um seiner Arbeit als Zeugmachermeister nachzugehen, was aber angesichts der Armut der Familie nötig war. Trotz des vorhandenen sozialen Netzes war eine hochbrisante Situation eingetreten. Der Vater bat, den geistig behinderten Sohn in das Hospital aufzunehmen, um sich um seine Frau kümmern zu können, wie er angab, vermutlich aber auch, um eine gute Behandlung seines verunfallten Sohnes sicherstellen zu können, denn auf ihn konzentrierte sich die Zukunftsperspektive der Familie.

Manchmal sind es die Geschwister, die in der Nachfolge der Eltern die Betreuung eines Kranken übernehmen. So berichtet eine Quelle von einer geradezu arbeitsteiligen Organisation: Zwei Schwestern arbeiten im Tagelohn, eine dritte kümmert sich um die Pflege des geistig behinderten Bruders, während dieser bettelt.<sup>87</sup> Oftmals jedoch haben die Geschwister selbst eine Familie gegründet und müssen sich in armen Verhältnissen primär um deren Lebensunterhalt kümmern. Eine Mitversorgung kann allenfalls unter Einsatz des meistens sehr geringen Erbteils erfolgen und ist auf längere Sicht sehr fraglich.<sup>88</sup> Kommunale Versorgungsstrukturen sind nicht in einem Maße belastbar, als dass sie diese Fälle hätten ausgleichen können.<sup>89</sup> Vorzugsweise waren es also diese Mechanismen, die – zumal in prekären Situationen – dazu führten, dass um Aufnahme in das Hospital nachgesucht wurde.

## Resumee

Quellenkritisch muss bewertet werden, dass die Informationen und Schilderungen aus den ausgewerteten Materialien zweckorientiert generiert wurden. Die Realität findet sich damit nicht unmittelbar abgebildet. Einer Antragsbewilligung war es wohl zuträglich, wenn gewisse Erwartungshaltungen bedient wurden. Tugenden wie ein moralischer Lebenswandel, Rechtschaffenheit sowie vom Anspruch her geordnete Familienverhältnisse gehörten sicher dazu. Manipulationen durch die Art der Darstellung und das Verschweigen von Fakten sind also durchaus einzukalkulieren – und dies sollte durch die Voten von Amtsvertretern vermieden oder mindestens

---

85 Eine einen Antrag stellende Mutter war vor drei Jahren verwitwet und hatte sechs Kinder, von denen der älteste, 30jährige Sohn krank war. Sie gab an, ihr kleines Vermögen sei mit Hypotheken belastet. Wenn sie alle Belastungen und Zinsen abrechne, ernte sie kaum so viel, um sich und ihre Kinder kümmerlich ernähren zu können; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 14.03.1786.

86 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 10.03.1781.

87 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 11.01.1783.

88 LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 24.12.1782; Reskr. 16.03.1781.

89 So unterstützten die Gemeindevertreter einen Aufnahmeantrag unter Hinweis darauf, dass nach dem Tod des Vaters dessen Sohn der Gemeinde zur Last fallen werde; LWV-Archiv, Best. 13, Reskr. 30.03.1784.

minimiert werden. Dennoch kontrollierten sich die verschiedenen Stellungnahmen im Idealfall quasi gegenseitig, indem Unstimmigkeiten und Ungereimtheiten auffielen. Gleichwohl dokumentieren die Rezeptionsreskripte eine vielfältige Realität des Lebens mit geistiger Behinderung, und sie zeigen, dass diese Realität sehr komplex war. Es wäre die Vorstellung zu einfach, zu meinen, diese kranken Mitbewohner seien in der Dorfgemeinschaft einfach so „mitgelaufen“, und problematisch sei diese Praxis erst im Zuge moderner Tendenzen wie der Verstärkung und der Kleinfamilie geworden.<sup>90</sup> Insbesondere entspricht es auch nicht den Tatsachen, dass sie alle eingesperrt, ausgegrenzt und stigmatisiert worden wären. Vielmehr berichten die Quellen von dem deutlichen Bestreben, geistig behinderten Kindern und Jugendlichen eine Teilhabe und die Perspektive eines gesellschaftlich integrierten Lebens zu ermöglichen – durch Beschulung, religiösen Unterricht und Konfirmation. Es waren Ziele, die aufgrund der Ausprägung des Handicaps oftmals nicht oder nur sehr rudimentär erreichbar waren. Deutlich erkennbar ist auch, dass die Familien im Rahmen ihrer finanziellen Möglichkeiten oftmals bemüht waren, einem Kind mit geistiger Behinderung, die dezidiert mit einem Krankheitswert belegt wurde, medizinische Hilfe zukommen zu lassen.<sup>91</sup> Mit ihren Einschränkungen waren differente Kinder und Jugendliche in die dörfliche Lebenswelt integriert, solange sie sich in einem Toleranzraum bewegten, dessen Gültigkeit allgemein akzeptiert war. In diesem Rahmen wurden an die Gemeinschaft zum Teil erhebliche Anforderungen gestellt; die Grenzen der Zumutbarkeit wurden überschritten, wenn der ‚normale‘ Arbeitsalltag durch diese Menschen zu sehr ‚behindert‘ wurde und konkrete Gefahren von ihnen ausgingen.

Das Leben mit geistiger Behinderung und mit geistig behinderten Personen zeigt sich in den Quellen als ein sehr dynamisches Geschehen. Die Situationslage entwickelte sich einmal nach Maßgabe des Zustandes eines Menschen mit geistiger Behinderung – womöglich verschlechterte sich das Krankheitsbild (etwa bei Anfallsleiden), es kamen weitere Komplikationen (wie ein Schlagfluss) hinzu, die zusätzliche Einschränkungen bedeuteten. Insbesondere wurden aus lenksamen Kindern allmählich Erwachsene – und hier waren ausschließlich männliche Personen im Fokus –, die ihr körperliches Kraftpotential einsetzen konnten, was die Lage wesentlich problembehafteter werden ließ. Zum zweiten änderten sich Situationen nach Maßgabe des verfügbaren Sozialkapitals. Bemessen am Parameter des Alters der Kranken bei Antragstellung ergibt sich hier ein klarer statistischer Befund, der nicht medizinisch begründbar ist, sondern der auf diesen Kontext veränderter sozialer Einbindungen verweist. Das soziale Netz wurde mit den Jahren dünner, die Versorger – in der Regel die Eltern – waren für die Aufgaben der Betreuung und Versorgung immer weniger belastbar und fielen schließlich ganz aus. Ersatzstrukturen waren nicht vorhanden oder wenig tragfähig. Vielfach kam beides zusammen: das Schwinden der physischen Leistungskraft der Pflegenden in Kombination mit zunehmend virulentem Verhalten des Kranken. Der Ausweg aus dieser Situation war der Antrag auf Aufnahme in das Hospital. Dies bedeutete eine Entlastung des sozialen Umfeldes ebenso wie die Übergabe des Kranken in eine neue Versorgungsstruktur, die ihm eine Zukunft sichern konnte. Die Daten der Quellen unter anderen Vorzeichen gelesen besagen aber auch: Das Leben

---

<sup>90</sup> Vgl. HAUSS, Zwangsjacke 14.

<sup>91</sup> Damit werden neuere Forschungen zur Geschichte der Kindheit bestätigt, die überkommene Vorstellungen deutlich revidieren und nachweisen, dass die frühe Neuzeit durchaus einen sehr umsichtigen und empathischen Umgang mit Kindern pflegte; vgl. Iris RITZMANN, Sorgenkinder. Kranke und behinderte Mädchen und Jungen im 18. Jahrhundert (Köln, Weimar, Wien 2008).

mit geistiger Behinderung wurde über viele Jahre in der Familie und in der Gemeinde gemeistert. Dies war nicht einfach, es verlangte die gemeinsame Aufmerksamkeit und die vereinten Kräfte der Gemeinschaft. Die Abgabe in das Hospital geschah dennoch nicht leichtfertig; erst wenn unverzichtbar notwendige Bedingungen verloren gingen, war das Hospital unter den Versorgungsmöglichkeiten oftmals das letzte Aufgebot.

### **Information zur Autorin**

Irmtraut Sahmland, apl. Prof. Dr., Leiterin der Emil-von-Behring-Bibliothek. Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin der Philipps-Universität Marburg, Bahnhofstraße 7, D-35037 Marburg, Sahmland@staff.uni-marburg.de

Forschungsschwerpunkte: Medizin der frühen Neuzeit und des 19. Jahrhunderts, Hospitalgeschichte, Patientengeschichte, Geschichte der medizinischen Aufklärung, Geschichte der Geburtshilfe, Medizingeschichte in Hessen

*Kontakt: Sahmland@staff.uni-marburg.de*