

# Materielle Konfigurationen der Pflege und ihre ethischen Implikationen. Das Dauerbad in der Psychiatrie

Monika Ankele

## Abstract

Die Einführung der Dauerbadbehandlung in psychiatrische Anstalten und Kliniken um 1900 führte zur Einrichtung eigener Behandlungsräume, in denen die medizinischen Kenntnisse der Zeit (Hydrotherapie) unter Nutzung des technischen Fortschritts (fließendes Wasser) zur Anwendung kommen sollten. Für die Pfleger\*innen ging die Behandlung mit einer erhöhten Verantwortung für die Patient\*innen einher, denn immer wieder kam es im Dauerbad zu schweren Unfällen. Die technischen Apparaturen sowie materiellen Adaptionen, die nach und nach in den Räumen vorgenommen wurden, sollten die Arbeit der Pfleger\*innen erleichtern. Sie fungierten als Ko-Akteure der Behandlung. Der Beitrag geht der Frage nach, welchen Einfluss diese materielle Konfiguration des Baderaumes auf die Pflegepraxis und damit auf pflegeethisches Handeln nahm und welche Erkenntnisse daraus für aktuelle Fragen der Pflegeethik gezogen werden können.

## 1 Einleitung

Am 9. Juli 1919 verstarb die 29-jährige Patientin Anna Schönstein in der Heil- und Pflegeanstalt Werneck an den Folgen von Verbrühungen, die sie am Tag zuvor während der Behandlung im Dauerbad – einer Behandlung, bei der die Patient\*innen für mehrere Stunden, oft auch Tage und Wochen, in einer mit Wasser gefüllten Wanne zubringen sollten – erlitten hatte. Verantwortlich für dieses Unglück musste eine Pflegerin zeichnen, die heißes Wasser in die Wanne zufließen ließ, während die Patientin noch in der Wanne saß, wo sie in jenem Augenblick einen epileptischen Anfall erlitt. Die Versuche der Pflegerin, die Patientin aus der Wanne zu heben, waren vergebens und auch ihre Hilferufe blieben von den Mitpflegerinnen ungehört. Als sie schließlich bemerkte, dass sie das heiße Wasser nicht abgestellt hatte, war es zu spät: Das einlaufende Wasser, in das die Patientin mit ihren Füßen gerutscht war, hatte bereits die lebensgefährlichen Verbrühungen ihrer beiden Unterschenkel sowie an den Oberschenkeln und dem Gesäß verursacht.<sup>1</sup>

Anna Schönstein, bei der Epilepsie diagnostiziert worden war, hatte seit 1910, mit einer Unterbrechung von wenigen Monaten, in der Anstalt gelebt. Nach ihrem Tod meldete die Anstaltsleitung den Unfall dem Amtsgericht Werneck sowie der Kammer des Innern der zuständigen Regierung. In ihrem Entwurf für das Schreiben an die Kammer des Innern schilderte die Anstaltsleitung, warum Unfälle bei der Behandlung im Dauerbad nahezu unvermeidbar waren.<sup>2</sup> Ihre Erklärungen bezogen sich sowohl auf die Mängel der technischen

---

<sup>1</sup> Zur Rekonstruktion des Unfalls vgl. die Ausführungen in der Krankengeschichte von Anna Schönstein sowie in dem Schreiben der Anstalt Werneck an die Regierung von Unterfranken und Aschaffenburg, Kammer des Innern, Würzburg, vom 10. Juli 1919, das der Krankenakte beiliegt. Schönstein, Anna (1889–1919): Krankenakte der Kreis Irren-Anstalt Werneck, Königreich Bayern, Fotokopie in der Sammlung Prinzhorn Heidelberg, Original im Nervenkrankenhaus des Bezirks Unterfranken, Schloß Werneck, Nr. 7709.

<sup>2</sup> Die Ausführungen sind dem Schreiben der Anstalt Werneck an die Regierung von Unterfranken und Aschaffenburg, Kammer des Innern, vom 10. Juli 1919, entnommen.

Einrichtungen zur Mischung von Kalt- und Warmwasser als auch auf die Fahrlässigkeit der Pfleger\*innen, die oftmals die Vorschriften ignorierten, die zur Durchführung der Dauerbäder erstellt worden waren. Der Unfall, der Anna Schönstein das Leben kostete, war kein Einzelfall, und entsprechende Berichte finden sich nicht nur in den Krankenakten dokumentiert, sondern wurden auch in Fachzeitschriften veröffentlicht.<sup>3</sup>

Mischbatterien, die das Zufließen der gewünschten Wassertemperatur ermöglichen und damit die Gefahr einer Verbrühung minimieren sollten, waren zum Zeitpunkt des Unfalls erst vereinzelt in Anwendung, und die Pfleger\*innen waren in der Handhabung dieser neuartigen Einrichtung vielfach noch ungeübt. Auch bewährten sich Mischbatterien nicht immer: In der Anstalt Werneck wurde zwar eine Mischbatterie eingeführt, doch machte das kalkhaltige Wasser die Anlage unbrauchbar.<sup>4</sup> Um Verbrühungen zu vermeiden, war es den Pfleger\*innen daher untersagt, heißes (ungemischtes) Wasser in die Wanne einzulassen, solange die Patient\*innen in der Wanne saßen. Die Pflegerin, die den Tod von Anna Schönstein verantworten musste und dafür mit einer Disziplinarstrafe belegt wurde, hatte diese ärztlichen Anweisungen nicht berücksichtigt: Anstatt die Patientin aus der Wanne zu nehmen, hatte sie diese – während das heiße Wasser einlief – lediglich an das andere Ende der Wanne gesetzt. Wie sie angab, war ihr diese Handhabung mehrmals von einer bereits älteren Pflegerin, die zu diesem Zeitpunkt nicht mehr im Dienst war, gezeigt worden. Die Vorschrift zur Dauerbadbehandlung teile, so die Anstaltsleitung, „mit allen Vorschriften, die in der Praxis umständlich und schwierig zu erfüllen sind, das Schicksal [...], etwas laxer gehandhabt zu werden“. Für das Handeln der Pflegerin, das nicht mit den ärztlichen Anordnungen konform ging, zeigte sie allerdings auch Verständnis. So erklärte die Anstaltsleitung, dass es „zweifellos häufig sehr schwierig [ist], einen erregten Kranken, der endlich glücklich im Bade sitzen bleibt, für einige Minuten herauszusetzen und ihn rasch wieder hineinzubringen“.

Verbrühungen der Haut, verursacht durch das Einlassen von ungemischtem (heiße)m Wasser, waren die negative Begleiterscheinung einer Behandlung, die im ausgehenden 19. Jahrhundert gemeinsam mit der Bettbehandlung – einer medizinisch indizierten Bettruhe – in die Psychiatrie eingeführt wurde und auf eine Beruhigung der Patient\*innen abzielte. In den Argumenten der Ärzte sollte diese neue Behandlungsmethode sowohl nach innen als auch nach außen wirken: Sie sollte die Arbeit der Pfleger\*innen erleichtern und zu deutlich mehr Ruhe auf den einzelnen Abteilungen führen, indem die unruhigen Patient\*innen im Baderaum von ihren Mitpatient\*innen separiert werden konnten; zudem gestaltete sich ein Entweichen aus einer Wanne weniger leicht als ein Entweichen aus dem Bett. Die Dauerbadbehandlung sollte aber auch den Raum der Psychiatrie als einen medikalen ausweisen, an dem die Patient\*innen nicht bloß verwahrt wurden, sondern an dem die medizinischen Kenntnisse der Zeit (Hydrotherapie) unter Nutzung des technischen

---

<sup>3</sup> Berichte über den Tod einer Patientin im Dauerbad, Staatsarchiv Hamburg, Krankenanstalt Langenhorn, Bestand 352-8/7, Sig. 146. Vgl. auch „Verbrühung im Dauerbad“, zit. n. Breslauer Zeitung, in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 8/1906, S. 71.

<sup>4</sup> Hier und im Folgenden: Berichte über den Tod einer Patientin im Dauerbad, Staatsarchiv Hamburg, Krankenanstalt Langenhorn, Bestand 352-8/7, Sig. 146. Auch Franz Nissl, Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, hoffte 1910 auf den Einbau brauchbarer Mischbatterien. Vgl. Nissl, Die psychiatrische Klinik, Heidelberg, den 18. November 1910, S. 8, Universitätsarchiv Heidelberg, Sig. H-III, 682/1.

Fortschritts (fließendes Wasser) ihre Umsetzung in die Praxis und damit ihre Anwendung auf die Patient\*innen fanden: keine Tobabteilungen mehr, keine mit Kot verschmierten Zellen und Aborte, keine zerrissenen Bettlaken, keine Kleider aus unzerreißbaren Stoffen, keine Strohsäcke und keine Schraubenschuhe mehr, keine üblen Gerüche<sup>5</sup> – all dies sollte durch die Einrichtung eigener Baderäume und die Lagerung der Patient\*innen im Wasser entbehrlich bzw. aufgehoben werden. Anstatt stark erregte Patient\*innen in Isolierzellen unterzubringen, sollten sie nun, den ärztlichen Vorstellungen folgend, im körperwarmen Wasser zur Ruhe kommen, auch wenn man dafür – wie das Beispiel von Anna Schönstein zeigt – ein erhebliches Risiko in Kauf nahm und die Behandlung daher auch mit einer erhöhten Verantwortung für die Pfleger\*innen einherging.

## 2 Fragestellung

Im Unfallbericht zum Tod von Anna Schönstein merkte die Anstaltsleitung an, dass die Pfleger\*innen vielmals die Vorschriften ignorierten, die zur Durchführung der Dauerbäder erstellt worden waren, und wies auf die technischen Einrichtungen hin, die für die Durchführung der Behandlung notwendig waren. Auch wenn die Gründe für das Ignorieren oder das „laxe“ Handhaben der Vorschriften vielfältig gewesen sein mochten, so lenkt das Beispiel die Aufmerksamkeit auf einen Aspekt, der – nicht nur in diesem spezifischen Fall, sondern allgemein – Einfluss auf die Pflegepraxis und damit auf das Verhalten der Pfleger\*innen im Dauerbad nahm und den ich im Folgenden als materielle Konfiguration bzw. materielles Arrangement der Behandlung beschreiben möchte. Den Begriff des materiellen Arrangements verwendet der Soziologe Theodore Schatzki, der im Rahmen seiner sozialen Ontologie – bezogen auf die Frage nach sozialen Phänomenen – materielle Dimensionen und Handlungsdimensionen miteinander verbindet. „Die meisten Praktiken“, so Schatzki, „würden nicht oder nur in anderer Form existieren, wären nicht bestimmte materielle Entitäten in ihnen präsent“ – und umgekehrt.<sup>6</sup> Ein materielles Arrangement umfasst für Schatzki „eine Menge wechselseitig miteinander verbundener materieller Entitäten“, die er in vier Typen unterteilt: Menschen, Artefakte, Organismen und natürliche Dinge.<sup>7</sup> Dabei werden Praktiken „inmitten von und bestimmend für, zugleich aber auch in Abhängigkeit von und beeinflusst durch materielle Arrangements“ ausgeübt.<sup>8</sup> In diesem Sinne sind Praktiken und die jeweiligen Arrangements ko-konstitutiv. Dieser Ansatz lässt sich auch auf Praktiken der Pflege und die Arrangements oder Konfigurationen übertragen, inmitten derer sie ausgeübt werden, und – wie ich im folgenden Beitrag am Beispiel der Dauerbadbehandlung ausführen werde – um die Dimension der Ethik erweitern. Wird pflegeethisches Handeln zwar vor allem als interaktionelles Handeln im Sinne eines Handelns zwischen Pfleger\*innen und Patient\*innen diskutiert, so ermöglicht die Bezugnahme auf die materielle Konfiguration der Behandlung zwischen Raum, Praktik und Ethik zu vermitteln und ihre Beziehungsdynamiken in den Blick zu nehmen.

---

<sup>5</sup> Kraepelin 1909, S. 583; vgl. auch Würth 1902, S. 682.

<sup>6</sup> Schatzki 2016, S. 80.

<sup>7</sup> Schatzki 2016, S. 69.

<sup>8</sup> Schatzki 2016, S. 70.

Mit der Einrichtung von Krankensälen zur Anwendung der Bettbehandlung und von Baderäumen zur Anwendung des Dauerbades folgten die psychiatrischen Anstalten dem Vorbild der Allgemeinen Krankenhäuser<sup>9</sup> und etablierten mit diesen „pflegeintensiven Therapieformen“<sup>10</sup> zum ersten Mal in der Psychiatrie medikale Behandlungsräume, die der Zuständigkeit der Pfleger\*innen überantwortet wurden, die zu diesem Zeitpunkt sowohl im Deutschen Reich als auch in Österreich eine erste Phase der Ausbildung und Professionalisierung erfuhren. An den Beispielen dieser beiden Behandlungsmethoden, die auf die Einrichtung spezifischer Räume angewiesen waren und die Ausbildung eigener Pflegepraktiken verlangten, lassen sich besonders gut die Wechselwirkungen zwischen Raum und Pflegepraxis sowie ihren ethischen Implikationen ausarbeiten. So werde ich in meinem Beitrag in einem ersten Schritt der materiellen Konfiguration der Dauerbadbehandlung in Form einer dichten Beschreibung folgen sowie in einem zweiten Schritt die praktischen Anweisungen nachzeichnen, die die Pfleger\*innen bei der Durchführung der Behandlung beachten sollten, um abschließend zu reflektieren, welche Perspektiven sich daraus für aktuelle ethische Fragen ergeben können.

Über die Einführung der Dauerbadbehandlung entfaltete sich in der Psychiatrie eine eigene (und neue) materielle Kultur an der Schnittstelle von Objekten<sup>11</sup>, Räumen und Akteursgruppen, die Objekte (Wannen) und eine materielle Substanz (Wasser), räumliche Einrichtungen (Baderäume) und eine technische Infrastruktur (Versorgung mit ausreichend Warmwasser; Anschluss an Wasserleitungen) bedingten. Damit war die Behandlung nicht auf den Umgang mit einem einzelnen Objekt zu beschränken, sondern erstreckte sich aus der Perspektive der Pflegenden vielmehr auf die ‚Handhabung‘ eines umfassenden materiellen Arrangements (aus Objekten, Substanzen, Materialien, technischen Apparaturen etc.), das aus

---

<sup>9</sup> Seit den 1880er Jahren fanden Dauerbäder bzw. permanente Bäder auch in den chirurgischen Abteilungen der Allgemeinen Krankenhäuser Anwendung. „Für äusserlich Kranke werden [...] in den chirurgischen Abtheilungen Dauerbäder oder Wasserbetten vorgesehen, welche entweder in einem besonderen Raum, oder in dem allgemeinen Krankensaal als letzte Betten einer Reihe aufgestellt werden.“ (Ruppel 1899 a, S. 804) Auf dem Gelände des 1889 eröffneten Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf wurden für die unterschiedlichen hydrotherapeutischen Behandlungen ein eigenes Badehaus errichtet und darin „permanente Wasserbäder“ eingerichtet. Die dafür installierten Wasserbetten waren so gebaut, dass sich das Wasser in der Wanne permanent erneuerte, indem beständig frisches Wasser zufluss. Die Wannen waren mit einer Hebevorrichtung ausgestattet, um die Bahre, auf der die Patientin/der Patient lag, heben und senken zu können. Auf die Bahre gespannt war ein mit Öl getränktes Segeltuch, auf dem der Kranke/die Kranke gelagert wurde. (Ruppel 1899, S. 804; Zuschlag 1897, S. 115.) Die Dauer der Behandlung variierte. Gustav Zuschlag, Assistenzarzt der chirurgischen Abteilung in Hamburg-Eppendorf, verwies auf einen Patienten, der 15 Monate durchgehend im Wasserbett zubrachte. Die Behandlung fand vor allem Anwendung bei allgemeinem Decubitus, bei Krankheiten des Zentralnervensystems und Marasmus senilis, bei inoperablen Karzinomen des Urogenitaltrakts und des Mastdarms mit jauchigem Zerfall und Kloakenbildung, bei ausgedehnter Knochen- und Gelenkstuberkulose, Phlegmonen, Eiterungen von Operationswunden, Gewebs-Nekrose und Sepsis, bei Verbrennungen zweiten und dritten Grades, bei Urin- und Kotfisteln, Urininfiltrationen und künstlichem Darmausgang. Die als positiv erachteten Wirkungen des Wasserbettes zeigten sich unter anderem in Gewichtszunahmen, dem Rückgang von Schmerzen, einer besseren Wundheilung. Vgl. Zuschlag 1897.

<sup>10</sup> Schott/Tölle 2006, S. 440, zit. n. Urbach 2017, S. 68.

<sup>11</sup> Vgl. dazu Kalthoff/Cress/Röhl 2016, S. 12. Die Autoren plädieren, Materialität konzeptionell weiter zu fassen und zählen zu den materiellen Dimensionen des Sozialen auch Materialien, Zeichen, Schrift, graphische Systeme, physikalische Phänomene, Organismen, Artefakte und auch Substanzen wie Luft oder Wasser.

den besonderen physikalischen Eigenheiten des Wassers resultierte und von den Pflegenden „gekonnt werden“<sup>12</sup> musste, um es entsprechend den ärztlichen Anordnungen durchzuführen und auf die Patient\*innen anzuwenden – vermittelt durch das implizite Wissen älterer Pfleger\*innen, durch Einschulungen und Dienstanweisungen sowie über die Handlungsoptionen, die vom materiell-räumlichen Arrangement gerahmt wurden. Wasser war das zentrale Element, das zu beherrschen und zu zähmen war, um es therapeutisch nutzen zu können, und auf dessen Eigenschaften die Ausgestaltung der eigens für die Behandlung eingerichteten Räume, das gesamte materielle Arrangement, abgestimmt sein musste. Die Pflegenden hatten sich mit den Eigenschaften des Wassers sowie mit den technischen Apparaturen, die für seine therapeutische Nutzung installiert wurden, vertraut zu machen, vor allem auch, um mögliche Gefahren der Behandlung reduzieren zu können.

### 3 Forschungsüberblick

Obwohl das Wasser seit dem frühen 19. Jahrhundert in seinen verschiedenen Aggregatzuständen und Temperaturen – u. a. als kaltes Sturzbad, Übergießung, Spritzbad, Tauchbad – Anwendung bei der Behandlung psychisch Kranker fand, sind die deutschsprachigen Forschungen in diesem Bereich überschaubar und streifen das Thema vielfach nur am Rande. Ähnlich verhält es sich mit den Forschungen zur Dauerbadbehandlung, wie die Historikerin Elisabeth Dietrich-Daum 2013 in einem der wenigen Beiträge konstatiert, die sich explizit dieser Behandlungsmethode widmen.<sup>13</sup> Ihrem Beitrag vorangestellt ist ein ausführlicher Forschungsüberblick.<sup>14</sup> So finden sich zwar kurze Ausführungen zum Dauerbad vereinzelt in psychiatriehistorischen Überblickswerken<sup>15</sup> und institutionsgeschichtlichen Publikationen<sup>16</sup> sowie Dissertationen<sup>17</sup>, doch bleiben die entsprechenden Darstellungen im Wesentlichen allgemein. Eine Dissertation über Wasseranwendungen in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts, die sich auch der Praxis der Dauerbadbehandlung widmet, legte 2009 die Medizinerin Friedgard Rohnert-Koch vor.<sup>18</sup> In ihren Ausführungen fasst sie die 1904 in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift veröffentlichten Beschreibungen von Karl Osswald über die Dauerbadanlage in Riedstadt-Goddelau zusammen, wo er als Oberarzt tätig war. Mit sechs Krankenakten aus dem Archiv der ehemaligen Heilanstalt gibt Rohnert-Koch zudem einen, wenn auch nur kleinen Einblick in die Dokumentation der Anwendung. Sie zeigt, dass Dauerbäder nicht selten bis zu 12 Tage hindurch, ohne Unterbrechung, durchgeführt wurden. 2004 veröffentlichte sie bereits einen entsprechenden Buchbeitrag, in dem sie das Dauerbad zwischen Strafe und Therapie verortet.<sup>19</sup> Auf welche Weise Patient\*innen die

---

<sup>12</sup> Artner u. a. 2017, S. 7.

<sup>13</sup> Dietrich-Daum 2013.

<sup>14</sup> Dietrich-Daum 2013, S. 117–119. Einige der folgenden Hinweise auf Publikationen sind dem Beitrag von Dietrich-Daum entnommen.

<sup>15</sup> Haenel 1982.

<sup>16</sup> Engelbracht 2004; Putzke 2003.

<sup>17</sup> Wernli 2014; Braunschweig 2013, S. 72–74; Hermes 2012; Ankele 2009; Grießenböck 2009.

<sup>18</sup> Rohnert-Koch 2009, S. 131–135.

<sup>19</sup> Rohnert-Koch 2004.

Behandlung im Dauerbad reflektierten, zeigen die Kunsthistorikerinnen Ingrid von Beyme und Sabine Hohnholz anhand von Selbstzeugnissen aus der Sammlung Prinzhorn<sup>20, 21</sup>

Da die Anwendung des Dauerbades nicht auf den deutschsprachigen Raum beschränkt war, finden sich auch in Publikationen zur Psychatriegeschichte anderer Länder entsprechende Darstellungen, vor allem aus dem Bereich der Pflegegeschichte.<sup>22</sup> Verwiesen sei hier auf die von Geertje Boschma 2003 veröffentlichte Studie zur Entwicklung der psychiatrischen Krankenpflege in den Niederlanden zwischen 1890 und 1920, in der sie die Einführung der Dauerbadbehandlung und die hohe Verantwortung, die für die Pflegenden damit einherging, schildert.<sup>23</sup> Gunnel Svedberg und Gunilla Bjerén publizierten 2000 einen Zeitschriftenaufsatz, der ebenfalls aus der Perspektive der Pflegenden den Blick auf das Dauerbad in psychiatrischen Einrichtungen in Schweden richtet.<sup>24</sup> Ihre Ausführungen basieren auf Interviews mit zum damaligen Zeitpunkt noch unausgebildeten Pfleger\*innen, die in den Jahren zwischen 1930 und 1963 in einer Psychiatrie tätig waren. In ihren Erinnerungen waren es sowohl Angst als auch Langeweile, die den Dienst im Dauerbad begleiteten. Entsprechende Ausführungen aus der Perspektive der Pfleger\*innen geben auch Claude Cantini und Jérôme Pedroletti in ihrem Buch über das Hôpital sur Cery bei Lausanne.<sup>25</sup> Auch hier stehen Angst und Überforderung durch die Vielzahl an Aufgaben, die im Rahmen der Behandlung zu beachten waren und bewältigt werden mussten, im Vordergrund. In einer deutschsprachigen Publikation über das St. Jürgen-Asyl in Bremen ist der kurze Auszug eines Interviews wiedergegeben, das mit einer Pflegerin geführt wurde, die 1929 ihren Dienst in St. Jürgen begonnen hatte und die sich nur ungern an den Dienst im Dauerbad zurückerinnerte: „Das war eine gefährliche Sache, da habe ich nie gerne daran gedacht.“<sup>26</sup> In vielen der in den genannten Studien wiedergegebenen Interviews spielt die Patient\*innengruppe, die mit dem Dauerbad behandelt wurde, eine zentrale Rolle, da sich diese vor allem aus sehr erregten, unsauberen oder auch zu Selbstmord neigenden Patient\*innen zusammensetzte. Eine andere Perspektive auf das Dauerbad nimmt Benoît Majerus in einem Zeitschriftenbeitrag von 2011 ein, in dem er am Beispiel des belgischen Hôpital Brugmann neben dem Bett und der Türe auch das „soziale Leben“ der Badewanne und ihrer Transformation zu einem therapeutischen Objekt untersucht.<sup>27</sup> Auch in seinem Buch „Parmi les fous“ erläutert er die Behandlung.<sup>28</sup>

Indem der vorliegende Beitrag die Dauerbadbehandlung als Ausgangspunkt nimmt, um nach dem Verhältnis und den Wechselwirkungen von materieller Kultur und Pflege(-praktiken) zu fragen, greift er neuere Forschungsansätze auf, wie sie im Zuge des *material turn* und *practice*

---

<sup>20</sup> Die Sammlung Prinzhorn ist aus einer ehemaligen Lehrsammlung der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg hervorgegangen, in der seit dem frühen 20. Jahrhundert unterschiedlichste Werke von Psychiatriepatient\*innen (Zeichnungen, Schriftstücke, textile Arbeiten, Objekte etc.) gesammelt wurden.

<sup>21</sup> Von Beyme/Hohnholz 2018, S. 67–69.

<sup>22</sup> Ich beschränke mich bei der angegebenen Auswahl auf Publikationen in englischer und französischer Sprache.

<sup>23</sup> Boschma 2003, S. 72–73.

<sup>24</sup> Svedberg/Bjerén 2000.

<sup>25</sup> Cantini/Pedroletti 2000, S. 75–77.

<sup>26</sup> Tischer/Engelbracht 1990, S. 42–47, hier: 46.

<sup>27</sup> Majerus 2011, S. 100–105.

<sup>28</sup> Majerus 2013.

turn formuliert wurden, und macht diese für den Bereich der Psychiatrie- und Pflegegeschichte produktiv.

## 4 Die Einrichtung von Baderäumen

Diskutierten Psychiater seit den 1890er Jahren vermehrt die Anwendung mehrstündiger Bäder zur Bekämpfung von Aufregungszuständen, so sollte diese Behandlungsmethode – in Kombination mit der Bettbehandlung – schon einige Jahre später eine Vorrangstellung in den psychiatrischen Anstalten und Kliniken einnehmen und diese sowohl in architektonischer als auch sozialer Hinsicht<sup>29</sup> grundlegend umgestalten. Vor allem der Aufschwung der Hydrotherapie im ausgehenden 19. Jahrhundert<sup>30</sup> ebnete der Dauerbadbehandlung den Weg in die Psychiatrie, gleichwohl hydrotherapeutische Maßnahmen bereits davor Anwendung gefunden haben.<sup>31</sup> Einen ersten Einschnitt erfuhr die Dauerbadbehandlung dann im Ersten Weltkrieg sowie in der Nachkriegszeit – bedingt durch den Kohlemangel, die Personalnot und die Erhöhung des Wasserpreises. In den 1920er und 1930er Jahren wurden Dauerbäder, folgt man den Anstaltsberichten, wenn überhaupt, nur mehr eingeschränkt verabreicht, hielten sich aber aller Wahrscheinlichkeit nach – vergleichbar mit der Praxis in anderen Ländern<sup>32</sup> – auch darüber hinaus.<sup>33</sup> Sie konnten – zumindest vorerst – von den somatischen Therapien nicht aus der Behandlungspraxis der Anstalten und Kliniken verdrängt werden.

In der Phase der Einführung der Dauerbadbehandlung gab es unter Anstaltsärzten einen regen Austausch über die neue Behandlungsmethode, der sich an den Erfahrungen (auch der Pfleger\*innen) orientierte: In Fachzeitschriften erläuterten sie die technischen, räumlichen und materiellen Besonderheiten ihrer Dauerbadeinrichtungen, veröffentlichten technische Zeichnungen und fotografische Aufnahmen, legten Anwendungsmodalitäten dar, wiesen auf Probleme hin, die sich erst bei der Durchführung zeigten, beschrieben Lösungsvorschläge und gaben Empfehlungen für entsprechende räumliche, materielle und technische Adaptionen, anhand derer zugleich Mängel und Fehleranfälligkeiten der Behandlung offenbar wurden. „Im Mittelpunkt der modernen Therapie steht [...] die systematische Behandlung mit Bettruhe und Bädern, und es giebt (sic!) wohl keine Anstalt mehr, die sich ihrer nicht bedient,“ heißt es 1903 in einem Bericht über die „Fortschritte des Irrenwesens“,<sup>34</sup> der den Stellenwert der neuen Behandlungsmethoden herausstreicht. Dem Psychiater Emil Kraepelin wurde der Verdienst zugeschrieben, die von seinem Kollegen Clemens Neisser propagierte Bettbehandlung<sup>35</sup> mit Bädern von mehreren Stunden, später auch Tagen, Wochen und Monaten, zu kombinieren

---

<sup>29</sup> Boschma 2003.

<sup>30</sup> 1899 wurde der erste Lehrstuhl für Hydrotherapie an der Universität Wien eingerichtet und mit Wilhelm Winternitz besetzt.

<sup>31</sup> Rohnert-Koch 2009.

<sup>32</sup> Svedberg/Bjerén 2000; Cantini/Pedroletti 2000.

<sup>33</sup> [o. A.], Bäderbehandlung in den Irrenanstalten (1921/22), S. 202–208. Vgl. auch die Beschreibungen von Dorothea Buck, die 1936 in die v. Bodelschwingschen Anstalten in Bethel eingewiesen wurde und, wie sie in ihrem autobiografischen Buch „Auf der Spur des Morgensterns“ schrieb, 23 Stunden im Dauerbad behalten wurde. Zerchin 1990, S. 67.

<sup>34</sup> Deiters 1903, S. 133.

<sup>35</sup> Zur Einführung der Bettbehandlung vgl. Ankele 2018.

und dafür ein räumliches Ensemble aus großen Kranken- bzw. Wachsälen zur Durchführung der Bettbehandlung und angrenzendem Baderaum zur Durchführung der Dauerbäder geschaffen zu haben. „Das wesentlich Neue in den Kraepelin’schen Ausführungen“, so schrieb sein Schüler Heinrich Dehio<sup>36</sup> 1904,

ist aber einmal das Bemühen, sämtliche (sic!) Aufregungszustände, welche der Bettbehandlung Schwierigkeiten entgegenstellen, der Behandlung mit Vollbädern von nahezu unbegrenzter Dauer zu unterziehen, und zweitens die technische Ausführung dieses Gedankens, indem die Bäder unter dauernder Ueberwachung in einem grösseren mit mehreren Wannen ausgestattetem Baderaum im Anschluß an die Wachabtheilung verabreicht werden.<sup>37</sup>

Franz Nissl, der Kraepelin 1904 als Leiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg nachfolgte, verwies darauf, dass die von seinem Vorgänger eingerichteten Dauerbäder die ersten gewesen seien, die zur regelmäßigen Behandlung von Patient\*innen eingerichtet worden waren, die als unreinlich galten oder unter Dekubitus litten, und dass sie anderen Anstalten als Vorbild dienten.<sup>38</sup>

Die Kombination aus Bett- und Dauerbadbehandlung sowie die damit verbundenen architektonischen Neuerungen stellten für Psychiater wie Kraepelin und Neisser die Möglichkeit einer Angleichung psychiatrischer Anstalten an die Allgemeinen Krankenhäuser dar, wo beide Behandlungsmethoden Anwendung fanden. „Die Einrichtung der Dauerbäder“, so Max Löwy, „hat neben den Wachsälen, den Unruhigen-Abteilungen der modernen Irrenanstalt ein viel besseres Aussehen gegeben“.<sup>39</sup> Sowohl über die Bettbehandlung als auch über das Dauerbad sollte sich ein psychiatrischer Raum entfalten, der auf Basis einer neuen materiellen Kultur und einer mit ihr einhergehenden veränderten Pflegepraxis (überwachen statt isolieren) den Beginn einer „modernen“ und „humanen“ Psychiatrie markieren würde. An die Stelle von Zwang in der Behandlung psychisch Kranker, versinnbildlicht durch Zwangsjacke und Einzelzelle, trat mit der Einführung der Bett- und Dauerbadbehandlung das Prinzip der unausgesetzten Überwachung durch die Pfleger\*innen, das zwar auf andere Weise, aber nicht weniger machtvoll als Zwangsjacke und Einzelzelle auf das Verhalten der Patient\*innen einwirken sollte. Sahen sich Ärzte bislang gezwungen, stark erregte Patient\*innen in Einzelzellen zu isolieren, so sollte es über die Bett- und Dauerbadbehandlung möglich werden, sie in die Gemeinschaft der Kranken rückzuführen, vorausgesetzt, dass eine permanente Überwachung durch die Pfleger\*innen gegeben war.<sup>40</sup> Auf diese Anforderung

---

<sup>36</sup> Heinrich Dehio promovierte 1887 bei Kraepelin an der Psychiatrischen Klinik Dorpat, wo er auch als Assistent tätig war. Als Kraepelin Leiter der Psychiatrischen Klinik in Heidelberg war, wurde Dehio zu ihm beurlaubt und arbeitete im Laboratorium der Klinik. Vgl. Kreuter 1996, S. 245.

<sup>37</sup> Dehio 1904, S. 482.

<sup>38</sup> Nissl, Die psychiatrische Klinik, Heidelberg, den 18. November 1910, S. 8, Universitätsarchiv Heidelberg, Sig. H-III-682/1.

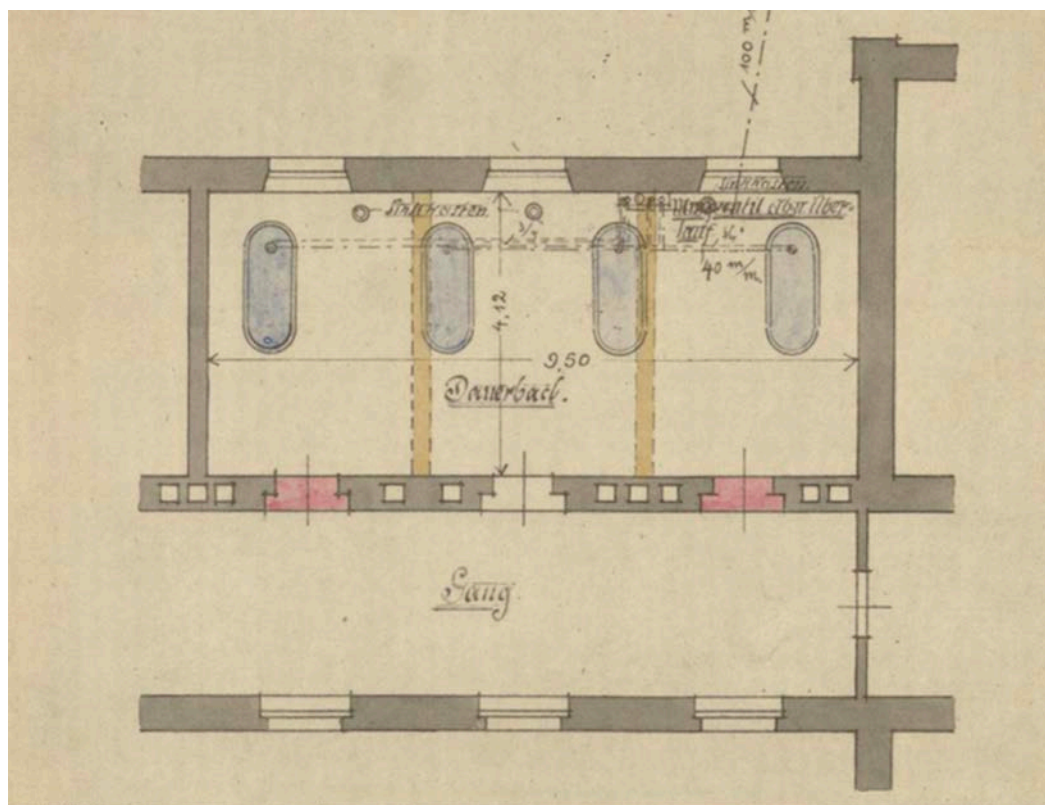
<sup>39</sup> Löwy 1926, S. 90.

<sup>40</sup> Zu den Effekten der Gemeinschaft bezogen auf die Bettbehandlung vgl. Ankele 2018, zur Wechselwirkung von psychiatrischen Raumkonzepten und der pflegerischen Aufgabe der Überwachung vgl. Ankele 2019. Dass die Neuausrichtung psychiatrischer Einrichtungen in der Schweiz in den 1970er Jahren Hand in Hand mit einer Reformierung ihrer materiellen Kultur ging, zeigen die Interviews, die Sabine Jenzer, Willi Keller



sollten auch die neu eingerichteten Räume, die den Pfleger\*innen überantwortet wurden (Krankensaal und Dauerbad), abgestimmt sein.

Um das neue Raumentsemble aus Krankensaal und Dauerbad einzurichten, wurden in Anstalten die trennenden Wände der Isolierzellen abgetragen, die Zellen zu größeren Krankensälen zusammengelegt oder zu Baderäumen umgestaltet und das Krankenbett und die Badewanne als therapeutische Akteure, gleichsam als Mit-Pflegende, eingeführt. Damit waren zugleich die Grundlagen für das Prinzip der permanenten Überwachung geschaffen, über das sich die Beziehung zwischen Patient\*innen und Pfleger\*innen neu konfigurieren sollte. Franz Nissl berichtete, dass im Jahr 1900 in der Psychiatrischen Klinik Heidelberg „die Zellenabteilung [...] entsprechend den fortschrittlichen Anschauungen über die Behandlung der Kranken umgebaut und in eine unruhige Wachabteilung [...] mit einem sogenannten Dauerbade [...] umgewandelt“ wurde.<sup>41</sup> Durch Beseitigung der Korridore wurden aus den kleinen Krankenzimmern und einem Wärterzimmer drei größere Krankensäle, an die angrenzend das Dauerbad eingerichtet und mit vier Wannen ausgestattet wurde. Auch in der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen wurden auf den unruhigen Abteilungen der Zentralanstalt die Zellenwände der Einzelzimmer abgetragen, um Dauerbäder einrichten zu können.<sup>42</sup> (Abb. 1)



und Thomas Meier für ihr Buch „Eingeschlossen. Alltag und Aufbruch in der psychiatrischen Klinik zur Zeit der Brandkatastrophe von 1971“ führten (Jenzer/Keller/Maier 2017).

<sup>41</sup> Hier und im Folgenden: Nissl, Die psychiatrische Klinik. Heidelberg, den 18. November 1910, Universitätsarchiv Heidelberg, Sig. H-III-682/1.

<sup>42</sup> Haardt 1912, S. 5.

Abb. 1: Projektierte Dauerbadanlage in der unruhigen Frauenabteilung der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen; hell eingezeichnet sind die beiden Wände, die dafür abgetragen werden sollten. August 1910, Staatsarchiv Freiburg, Bestand B 698/5, Nr. 5057.

Zentral war dabei die Lage der Bäder: Da sie zur Beruhigung von „acut und chronisch, besonders auch periodisch erregte[n], z. Th. unreinliche[n] Kranke[n]“ vorgesehen waren,<sup>43</sup> sollten sie zwar getrennt, aber dennoch in unmittelbarer Nähe zu den Wachsälen eingerichtet werden, wo die genannten Patient\*innengruppen untergebracht waren. Diese Verbindung von Wachsaal und Baderaum habe den Vorteil, dass die Pfleger\*innen die Patient\*innen leichter von einem Raum in den anderen, gewissermaßen „direct aus dem Bett in die Wanne“,<sup>44</sup> verlegen konnten. Auch hätten die Pfleger\_innen, die oftmals alleine Dienst im Dauerbad hatten, auf diese Weise die Möglichkeit, jederzeit einen Pfleger/eine Pflegerin aus der angrenzenden Wachabteilung zur Unterstützung herbeizurufen.<sup>45</sup> Wie der Arzt Tomaschny in seinem 1905 veröffentlichten Bericht über Dauerbadeinrichtungen in deutschen und österreichischen Anstalten anmerkte, wurden selbst gut eingerichtete Baderäume nur wenig benutzt, wenn sie zu weit entfernt von den Wachsälen gelegen waren:<sup>46</sup> Die Lage der Räume hatte eine unmittelbare Auswirkung auf die Praxis der Pfleger\*innen und darauf, ob eine Behandlung zur Anwendung kam oder nicht. Die Praktikabilität der Umsetzung einer Behandlung schien hier ausschlaggebend und nicht die etwaige Notwendigkeit ihrer Anwendung. Grenzten Wachsaal und Baderaum aneinander, so konnten Patient\*innen, sollten sie die Ruhe im Wachsaal stören, auch in der Nacht in das Dauerbad verlegt werden.<sup>47</sup> In der Anstalt Leipzig-Dösen war die Pflegevorsteherin dazu berechtigt, ein Dauerbad anzuordnen, auch ohne das vorherige Einverständnis eines Arztes einzuholen. Dies habe sich vor allem bei Aufregungszuständen in der Nacht „sehr gut bewährt, weil gerade des Nachts die Anrufung des Arztes schwierig und zeitraubend ist“.<sup>48</sup>

Dass eigene Räume für die Durchführung der Dauerbadbehandlung eingerichtet wurden, war aber auch eine Folge des Ausbaus der Infrastruktur in den Anstalten: Der Ausbau von Wasserleitungen, der sich parallel zur Einführung der Dauerbadbehandlung vollzog, ermöglichte den Anschluss an eine (zentrale oder lokale) Warmwasserversorgung und eröffnete hydrotherapeutischen Behandlungskonzepten neue Wege. Denn, wie Tomaschny festhielt, verlangte die Einrichtung von Dauerbädern die permanente Verfügbarkeit von warmem Wasser, sowohl tags- als auch nachtsüber.<sup>49</sup> War die Badewanne ursprünglich ein nomadisches Möbel, das ausgestattet mit Gummirädern (Abb. 2) oder einem fahrbaren Radgestell (Abb. 3) in unterschiedlichen Räumen aufgestellt werden konnte, wo sie von den

---

<sup>43</sup> Osswald 1904, S. 166.

<sup>44</sup> Dehio 1904, S. 482.

<sup>45</sup> Wachsmuth 1909/10, S. 192; Dehio 1904, S. 482; Tintemann 1907.

<sup>46</sup> Tomaschny 1905, S. 461.

<sup>47</sup> Ganser 1912, S. 638. Dehio berichtet, dass in der Anstalt Leipzig-Dösen die nächtlichen Dauerbäder bislang ausschließlich auf der Frauenabteilung durchgeführt wurden, da es auf der Männerabteilung noch kein entsprechendes „Bedürfnis“ dafür gab. Dehio 1904, S. 482; Würth merkte 1902 an, dass in der Anstalt Hofheim aus Mangel an Pflegepersonal keine Dauerbäder in der Nacht gegeben werden konnten. Würth 1902, S. 679.

<sup>48</sup> Dehio 1904, S. 482.

<sup>49</sup> Tomaschny 1905, S. 461.

Pfleger\*innen mit Wassereimern befüllt wurde, so wandelte sie sich mit dem Ausbau von Wasserleitungen zu einem stabilen Möbel,<sup>50</sup> das nun auch an einem fixen Ort installiert werden konnte (und sollte).



Abb. 2: Badewannenräder. In: Medicinisches Waarenhaus (Hg.): Ausrüstungs-Gegenstände, Krankenpflege-Artikel für Heilstätten, Liste No. XV, Berlin 1905, S. 61.



Abb. 3: „Fahrvorrichtung für Badewannen, speziell geeignet für Krankenanstalten“. In: Medicinisches Waarenhaus (Hg.): Ausrüstungs-Gegenstände, Krankenpflege-Artikel für Heilstätten, Liste No. XV, Berlin 1905, S. 61.

<sup>50</sup> Giedion 1988, S. 738.

## 5 Die materielle Konfiguration der Baderäume



Abb. 4: Raum für permanente Bäder in der Irrenanstalt Langenhorn, 1909. Staatsarchiv Hamburg, Bestand 141-19, Sig. 06-195-p1398a.

„Außer den Wannen soll der Baderaum möglichst wenig enthalten, um jede Gelegenheit zur Zerstörung oder zu Unglücksfällen zu vermeiden,“ empfahl Kraepelin 1909 in seinem Lehrbuch.<sup>51</sup> Eine Aufnahme des „Raumes für permanente Bäder“ aus der Irrenanstalt Langenhorn aus dem Jahr 1909 scheint seine Anweisungen ins Bild umzusetzen: Der helle und nahezu leere Raum ermöglicht der Pflegerin ein Höchstmaß an Über- und Einsicht. Die stehende Haltung erlaubt ihr, den Raum zu übersehen und die Patient\*innen zu überwachen. Der Boden des Raumes ist gefliest, die Wände sind gekachelte. Um Verletzungen zu vermeiden, sind die Heizkörper verbaut. In großzügigen Abständen zueinander sind die vier mit Wasser gefüllten Wannen in der Mitte des Raumes platziert. Gegenseitige Berührungen der Patient\*innen wären, wenn überhaupt, nur durch das Ausstrecken der Arme möglich. Die Patient\*innen, die hier, in den Wannen sitzend, behandelt werden, sind jeweils mit einem Hemd bekleidet. Eine Wanne ist mit einem Tuch ausgelegt: Es soll ein mögliches Untertauchen der Patient\*in verhindern. Deutlich zu erkennen sind die Zuflussrohre, mit denen die Wannen ausgestattet sind und über die das Wasser zugeleitet wird. Die Hähne zur Regulierung des

---

<sup>51</sup> Kraepelin 1909, S. 580.

Wasserzu- und abflusses befinden sich in einem Wandschrank. Durch diesen Verbau sollte es den Patient\*innen verunmöglicht werden, die Hähne eigenständig zu bedienen. Die Handhabung der Apparatur ist der Pflegerin vorbehalten. Sie nimmt die Position neben dem Wandschrank ein, von wo aus sie den Wasserzulauf und die Temperatur reguliert. Das Be- und Nachfüllen der Wannen mit Wassereimern wird hier durch die technische Apparatur, die zwischen Patient\*in und Pfleger\*in geschaltet ist, obsolet. Auf der Tafel im Bildhintergrund, direkt über dem Wandschrank, hängt eine Badeordnung aus.

Die räumliche Anordnung der Dauerbadbehandlung präskribierte die Beziehung von Pfleger\*innen und Patient\*innen, die aktiviert wurde, sobald diese den Raum betraten und die ihnen durch das Arrangement zugewiesene Position im Raum bezogen. Durch die materielle Konfiguration von Liegen (Wanne/Patient\*in) und Stehen (Raum/Pfleger\*in) wies die Behandlung beiden Akteursgruppen je eigene Positionen im Raum zu, über die sich ihnen unterschiedliche Wahrnehmungs- und Kommunikationsformen, Blick- und Sichtachsen sowie Bewegungsradien und Handlungsräume eröffneten. Ins Bild gesetzt wurde dies durch die Gegenüberstellung der aufrecht im Raum stehenden Pflegerin und der in den Wannen liegenden und sitzenden Patientinnen, die durch die Wanne, erschwert durch das Wasser, in ihren Bewegungen eingeschränkt waren. Der Psychiater Heinrich Dehio merkte 1904 an, dass der im Wasser Liegende „schon gewohnheitsmässig viel hilfsbedürftiger“ ist und „dadurch in ein viel grösseres Abhängigkeitsverhältnis zum Pflegepersonal [gerät], das richtig ausgenutzt, die Kranken bedeutend williger und zugänglicher macht“.<sup>52</sup> Im Gegensatz zur Isolierung, die sowohl von Pfleger\*innen als auch von Patient\*innen als Strafe empfunden werden konnte, sollten „Kranke wie Pfleger [...] in der Anwendung des Bades eine wohltätige ärztliche Maßregel“ erkennen.<sup>53</sup>

Die besonderen physikalischen Eigenschaften des Wassers, die Anforderungen, die an seine Aufbereitung für die Behandlung gestellt wurden, sowie die Patient\*innengruppe, die im Dauerbad behandelt werden sollte und die in den meisten Fällen zu Unruhe sowie Selbst- und Fremdverletzungen neigte, verlangten entsprechende Adaptionen des Raumes, die sich wiederum unmittelbar auf die Arbeit der Pflegenden auswirkten. So erforderte das Wasser als zentrales Element der Behandlung, dass die Wände der Baderäume (zumindest bis in Greifhöhe) mit einem wasserabweisenden Öl- oder Emaillefarbenastrich versehen wurden. Tomaschny riet, dass alle Elemente, die aus Holz gefertigt waren, wie Türe und Türpfosten, denselben wasserundurchlässigen Anstrich erhalten sollten, da das Holz durch die hohe Luftfeuchtigkeit im Raum schnell faulen könne.<sup>54</sup> Ein wasserundurchlässiger und möglichst warmer Boden sollte die Badenden vor Kälte schützen. „[I]m Interesse des Baderpersonals“ sollte der Fußboden leicht abschüssig sein, um „dem hauptsächlich durch Spritzen der Kranken auf ihn gelangenden Wasser [...] möglichst raschen Abfluss zu sichern“.<sup>55</sup> Damit sollte auch einem möglichen Ausrutschen der Pfleger\*innen und Patient\*innen vorgebeugt werden. Osswald empfahl, dass der vorgesehene Raum „genügend gross, luftig, hell und hoch [...], am zweckmässigsten wohl von oblonger Form“ sein sollte. Ein derartiger Raum erleichterte den

---

<sup>52</sup> Dehio 1904, S. 485.

<sup>53</sup> Kraepelin 1909, S. 583.

<sup>54</sup> Tomaschny 1905, S. 463.

<sup>55</sup> Hier und im Folgenden: Osswald 1904, S. 166–168.

Pfleger\*innen die Überwachung, die ihnen mit der Bett- und Dauerbadbehandlung als zentrale Aufgabe überantwortet wurde.<sup>56</sup>

Auch bei der Aufstellung der Wannen war „darauf Bedacht zu nehmen [...], dass die Ueberwachung der im Bad befindlichen Kranken möglichst erleichtert wird, dass die Insassen der Wannen sich gegenseitig möglichst wenig belästigen können“. Das Einrichten von Wänden zwischen den einzelnen Wannen, wie es in manchen Anstalten üblich war, hielt Tomaschny nicht für erforderlich, da diese „auch sehr die Aufsicht über die Badenden“ erschwerten.<sup>57</sup> Seine Empfehlungen für die Ausgestaltung des Dauerbades waren geleitet von den Aufgaben und der Verantwortung, die den Pfleger\*innen bei der Durchführung der Behandlung überantwortet wurden.<sup>58</sup> Über eine entsprechende Ausgestaltung des Raumes sollten sie die Anforderungen, die der Dienst im Dauerbad an sie stellte, besser bewältigen können: Raum und Pflegepraktiken waren aufeinander bezogen. Als Ko-Akteure der Behandlung konnten der Raum und sein materielles Arrangement (die Anordnung der Wannen, die Rutschsicherheit des Bodens etc.) den Dienst im Dauerbad erleichtern oder erschweren.

## 6 Die Technik des Badens

Auch wenn die fotografischen Aufnahmen aus den Dauerbaderäumen Idealbilder der Behandlung vermitteln, so zeigen sie dennoch die Räume, die von den Pfleger\*innen gewissermaßen „bespielt“ werden mussten.

Für die Pflegenden ging die Dauerbadbehandlung nicht nur mit zahlreichen neuen Aufgaben einher, die eine veränderte Aufmerksamkeit und ein neues Wissen von ihnen forderten, sondern auch mit einer erhöhten Verantwortung, die sie für die Patient\*innen übernahmen. Sie mussten sich mit dem Medium Wasser und seinen spezifischen Einflüssen auf den Raum (Nässe, Dampf etc.), auf den Körper und die Psyche der Patient\*innen sowie den (oft nicht ungefährlichen) Handlungen, die das Medium provozierte (untertauchen, schlucken, spritzen etc.), vertraut machen. Sie mussten aber auch über das Wissen verfügen, um die technischen Apparaturen zur Aufbereitung des Wassers bedienen zu können und bestimmte Abläufe und Handhabungen in der Durchführung zu verinnerlichen. Mit Dienstvorschriften oder eigens ausgearbeiteten Badeordnungen, die in den Baderäumen aushingen<sup>59</sup> oder auslagen<sup>60</sup>, gaben Anstalten und Kliniken dem Pflegepersonal einen Leitfaden für die Durchführung der Dauerbadbehandlung an die Hand. Darüber hinaus wurden sie, wie unter anderem in der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, „bei Antritt des Badedienstes an der Hand der Badeordnung

---

<sup>56</sup> Zur Überwachung als zentrale Aufgabe der Pfleger\*innen im Dauerbad vgl. Svedberg/Bjerén 2000 und Boschma 2003.

<sup>57</sup> Tomaschny 1905, S. 462.

<sup>58</sup> Tomaschny 1905, S. 462.

<sup>59</sup> Aufnahme des Saales für die Dauerbadbehandlung im Philippshospital, 1930. LWV-Archiv und Museum Philippshospital, Fotosammlung, ohne Signatur, abgebildet in: Rohnert-Koch 2004, S. 162.

<sup>60</sup> Vgl. Badeordnung der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, 1910, Generallandesarchiv Karlsruhe GLA Abt. 463 Wiesloch. Nr. 722.

genau angeleitet“.<sup>61</sup> Mit Nachdruck wurde in den Lehrbüchern, Dienstvorschriften und Badeordnungen auf die möglichen Gefahren, die die Behandlung provozierte, hingewiesen. Gewarnt wurde vor allem vor dem möglichen Ertrinken der Patient\*innen durch Einschlafen – schließlich sollte das warme Wasser einen beruhigenden Effekt zeigen – sowie vor Verbrühungen der Haut durch das Einlassen von zu heißem Wasser. „Nirgends kommen so häufig Unfälle vor, wie im Bad“, merkte der Schweizer Psychiater Walter Morgenthaler in seinem Pflegelehrbuch an und teilte diese in die vier Gruppen „Ertrinken“, „Verbrühen“, „Erkältungen“ sowie „Beschädigungen und Selbstbeschädigungen durch liegengelassene oder abgerissene Gegenstände“ ein.<sup>62</sup>

Die Aufgaben der Pfleger\*innen während des Dienstes im Dauerbad umfassten nicht lediglich das Verbringen der Kranken in die Wanne, das Einlassen des Wassers, das Regulieren der Wassertemperatur und das Überwachen der Badenden, sondern bezogen sich auf sämtliche Aspekte, die das materiell-räumliche Arrangement, dieses Ensemble von Ko-Akteuren hervorbrachte: auch das Reinigen und Lüften des Baderaumes, das Säubern und Trockenreiben der Wannen mit den dafür vorgesehenen Mitteln, das Aufwischen der nass gewordenen Böden, das Trocknen der Leintücher, das Öffnen der Fenster nach der Behandlung sowie das Vermeiden von Zugluft während der Behandlung, das Ent- oder Umkleiden der Kranken, mitunter auch das Anbringen von Segeltuchdecken an den Wannen, um Patient\*innen im Wasser zu halten oder um sie auf diese zu legen, wenn sie Gefahr liefen, unterzusinken, sowie das – soweit vorgesehen – Einfetten der Haut mit Vaseline<sup>63</sup> oder Lanolin,<sup>64</sup> um sie gegen die schädigenden Einwirkungen des Wassers zu schützen. Auch Pfleger\*innen waren, wie beispielsweise in der Anstalt Leipzig-Dösen, dazu angehalten, Unterarme und Hände immer wieder mit Öl einzusalben:<sup>65</sup> Denn eine Nebenwirkung des Dauerbades, von der Patient\*innen und Pfleger\*innen gleichermaßen betroffen waren, waren Infektionen, die sich im Wasser ausbreiten konnten und durch dieses übertragen wurden, wie Furunkel, Phlegmone oder Pilzinfektionen, aber auch entzündliche Hauterkrankungen wie Ekzeme.<sup>66</sup> Um die Pfleger\*innen darüber hinaus vor Nässe zu schützen, wurden in einzelnen Anstalten eigene Bekleidungen für Pflegerinnen im Badedienst entwickelt. Erhielten in Hofheim die Badewärterinnen „Bademäntel aus Billrothbattist“,<sup>67</sup> fanden in der Klinik in Freiburg „leinenen Ueberkleider“ Verwendung, „unter denen sie [die Pflegerinnen, M.A.] vorn eine wasserdichte Schürze tragen“.<sup>68</sup>

---

<sup>61</sup> Badeordnung der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, 1910, Generallandesarchiv Karlsruhe GLA Abt. 463 Wiesloch. Nr. 722.

<sup>62</sup> Hier und im Folgenden: Morgenthaler 1930, S. 141.

<sup>63</sup> Tomaschny 1905, S. 462.

<sup>64</sup> Die prophylaktische Einfettung mit Lanolin fand u.a. in der Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a.M. statt, vgl. Wachsmuth 1909/10, S. 194. Auch Kraepelin empfiehlt sie zur Vorbeugung von Hautkrankheiten, vgl. Kraepelin 1915, S. 585.

<sup>65</sup> Dehio 1904, S. 484.

<sup>66</sup> Würth berichtete aus der Landesirrenanstalt Goddelau von der Ausbreitung der Furunkulose, die sich vor allem an den Vorderarmen jener Pfleger\*innen gebildet hatte, die „Dauerbadwache bei furunkulösen Kranken hatten“. Würth 1905, S. 290.

<sup>67</sup> Würth 1902, S. 678. Als „Billrothbattist“ wurde einer nach seinem Erfinder, dem Chirurgen Theodor Billroth, benannter wasserdichter Stoff bezeichnet.

<sup>68</sup> Deiters 1905, 387–388.

Bevor die Patient\*innen in den Baderaum gebracht wurden, mussten die Pfleger\*innen das Bad, falls ärztlicherseits nicht anders verordnet, mit einer Wassertemperatur von 36° Celsius richten. Die Badeordnung in Wiesloch sah vor, dass die Patient\*innen die Wanne erst besteigen durften, wenn der Wärter<sup>69</sup>/die Wärterin die Temperatur des Wasser zuvor mit dem Handbadethermometer gemessen hatte, wobei er/sie sich nie darauf verlassen dürfe, die Temperatur „nur nach dem Gefühl mit der Hand oder dem Arm festzustellen“.<sup>70</sup> Sobald der Patient/die Patientin in der Wanne war, musste der Wärter/die Wärterin jede halbe Stunde die Wassertemperatur mit dem Thermometer kontrollieren.

Eine besondere Herausforderung der Dauerbadbehandlung stellte für die Pfleger\*innen das Erhalten einer (zumindest relativ) konstanten Wassertemperatur dar. Auch wenn einige Materialien, aus denen die Wannens gefertigt waren, die Wärme besser speichern konnten als andere – empfohlen wurden dafür Wannens aus gebranntem Ton (Fayence)<sup>71</sup> –, kühlte das Wasser doch nach und nach aus und erforderte das Auffüllen mit warmem Wasser.

Ist die Temperatur unter 34° heruntergegangen so lässt der Wärter die Wanne zur Hälfte etwa um Handbreite ablaufen & (indem er zuerst den Kalt,- dann den Warmwasserhahn anstellt) warmes Wasser von nicht mehr als 42° (nach dem Thermometer der Mischbatterie) nachlaufen, bis das Badewasser wieder die richtige Temperatur von 36° hat.<sup>72</sup>

Da sich zeigte, dass die Unfallgefahr vor allem beim Zulaufen des heißen Wassers sehr hoch war, gab es in vielen Anstalten die Anordnung, dass die Kranken währenddessen aus der Wanne zu nehmen waren.

Genaueres Aufpassen erfordert die Bedienung (sic!) des Mischapparates. Der Wärter muss sich immer wieder vergewissern, dass der Thermometer funktioniert, dass kein Hahn [...], zumal nicht der Warmwasserhahn [...] nachläuft, oder dass das Quecksilber am Thermometer bis ganz oben steigt.<sup>73</sup>

---

<sup>69</sup> In der entsprechenden Badeordnung wird ausschließlich der Begriff „Wärter“ in der männlichen Form verwendet, nicht die Begriffe „Pfleger“ bzw. „Pflegerin“.

<sup>70</sup> Hier und im Folgenden: Badeordnung der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, 1910, Generallandesarchiv Karlsruhe GLA Abt. 463 Wiesloch. Nr. 722.

<sup>71</sup> Für die Irrenanstalt Langenhorn sollten aus diesem Grund Wannens aus Fayence hergestellt werden. Vgl. Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft 1909, den 25. Juni, Antrag, betreffend dritte Erweiterung der Irrenanstalt Langenhorn, Staatsarchiv Hamburg, Bestand 364-3/1, Sig. 57. In der Anstalt Winnenthal wurde im Zuge der Planung des Umbaus der Zellenabteilung in ein Dauerbad am 30.10.1905 angemerkt, dass die Anschaffung teurer Fayence-Wannens „für ein Dauerbad für unruhige und zerstörungssüchtige Kranke entschieden zu kostspielig“ sei. Zum Teil seien die Wannens auch wenig haltbar. Staatsarchiv Ludwigsburg, E 163, Sig. Bü64. In der Wiener Medizinischen Wochenschrift wurde berichtet, dass die Wiener Firma Bondi & Comp. eine Badewanne entwickelt hat, bei der u.a. „Temperaturdifferenzen [...] vermieden [werden], weil die Wanne aus einem schlechten Wärmeleiter hergestellt ist. Daraus ergibt sich eine rasche Erwärmung des Bades, ferner kühlte das Badewasser nicht so rasch ab.“ Berichte aus den wissenschaftlichen Vereinen. Gesellschaft für physikalische Medizin, Sitzung vom 18. März 1908, S. 1092.

<sup>72</sup> Badeordnung der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, 1910, Generallandesarchiv Karlsruhe GLA Abt. 463 Wiesloch. Nr. 722.

<sup>73</sup> Badeordnung der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, 1910, Generallandesarchiv Karlsruhe GLA Abt. 463 Wiesloch. Nr. 722



Auch der Blick auf das Thermometer, um die Temperatur rasch ablesen und die Anzeige richtig interpretieren zu können, musste geschult werden. Sobald die Patient\*innen schläfrig wurden oder wenn die angeordnete Badezeit vorüber war, sollten sie aus der Wanne genommen, abgetrocknet, bekleidet und ins Bett gebracht werden.<sup>74</sup> Als nicht unproblematisch erwies sich auch die Rückverlegung der Patient\*innen vor allem in der Nacht, wenn – wie in der Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. – das Dauerbad mit nur einem Pfleger/einer Pflegerin besetzt war.<sup>75</sup> Dieser/Diese konnte, wie Wachsmuth einräumte, „aus der angrenzenden Wachabteilung jederzeit einen Pfleger zur Unterstützung herbeirufen“.<sup>76</sup> Der Mangel an ausreichend Pflegepersonal zeigte in der Praxis seine größte Gefahr: In der Staatskrankenanstalt Langenhorn bei Hamburg verunglückte am 15. November 1930 eine Patientin tödlich, da die Pflegerin, die Nachtwache über 20 bettlägerige Kranke hatte, vor dem Schichtwechsel in der Früh noch eine Kranke, die sich beschmutzt hatte, ins Bad brachte. Daraufhin ging sie, wie sie angab, „nach dem Wachsaaal, um nach dem Rechten zu sehen“.<sup>77</sup> Als sie nach fünfzehn Minuten zurück ins Bad kehrte, konnte die Patientin, die mit dem Kopf untergesunken war, nicht mehr gerettet werden. Ethisches Handeln im Sinne des Nicht-Schadens wurde der Pflegerin hier durch die strukturellen Rahmenbedingungen verunmöglicht.

## 7 Die technische Apparatur

Die Einführung der Dauerbadbehandlung ging mit der Installation von Mischbatterien einher, die das Einfließen einer konstanten Temperatur in die Wanne ermöglichen sollten, da Verbrühungen der Haut eine große Gefahrenquelle bei der Behandlung darstellten. Die Pfleger\*innen mussten mit der Handhabung dieser technischen Apparatur vertraut gemacht werden, mussten die Bedienung des Hebels oder der Kurbel, über die der Zufluss des Kalt- und Warmwassers reguliert werden konnte, einüben, und die Anzeigen auf dem Thermometer deuten können. „Mit den ‚Mischbatterien‘“, so Haymann in seinem Lehrbuch, „muß der Badewärter vollkommen vertraut sein, ehe er den Dienst übernimmt“.<sup>78</sup> Und Wachsmuth merkte an, dass „[a]n die Zuverlässigkeit des Personals und an die Brauchbarkeit des technischen Betriebes die größten Anforderungen [zu, M.A.] stellen“ sind.<sup>79</sup>

In der Irrenanstalt zu Frankfurt a. M. waren sowohl eine Batterie, die mit Hebel, als auch eine Batterie, die mit einem Kurbelrad bedient werden musste, in Verwendung. Drehte der Pfleger/die Pflegerin am Kurbelrad, so floss zunächst kaltes Wasser in die Wanne ein, während das Heißwasserventil noch versperrt war; drehte der Pfleger/die Pflegerin weiter am Rad, öffnete sich auch das Ventil für das warme Wasser; drehte er/sie nun noch weiter, schloss sich

---

<sup>74</sup> Badeordnung der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, 1910, Generallandesarchiv Karlsruhe GLA Abt. 463 Wiesloch. Nr. 722.

<sup>75</sup> Tagsüber hatten zwei Pfleger bei sechs Kranken den Dienst im Dauerbad, bei „sehr schwierigen Elementen sogar drei“. Wachsmuth 1909/10, S. 192.

<sup>76</sup> Wachsmuth 1909/10, S. 192.

<sup>77</sup> Handschriftliche Aufzeichnungen zum Tod einer Patientin im Dauerbad, Staatsarchiv Hamburg, Bestand Staatskrankenanstalt Langenhorn 352-8/7, Sig. 146.

<sup>78</sup> Haymann 1922, S. 118.

<sup>79</sup> Wachsmuth 1909/10, S. 192–193.

das Kaltwasserventil und es trat ausschließlich heißes Wasser aus, wobei sich durch „Einstellen zweier auf der Ventilspindel beweglichen Muttern [...] jede gewünschte Maximaltemperatur“ festlegen ließ, sodass „das Verbrühen der Badenden mit Sicherheit verhindert werden kann“.<sup>80</sup> Ein Zeiger mit der Skala „zu – mäßig – warm“ sowie ein Thermometer sollten den Pfleger/die Pflegerin dabei unterstützen, die Temperatur des Bades zu beurteilen. Dieses Modell barg allerdings auch die Gefahr, dass der Pfleger/die Pflegerin „in der Bestürzung einmal in der verkehrten Richtung dreht und dadurch, statt das Wasser abzusperren, die kalte Leitung schließt und die heiße öffnet“. Dies sollte bei dem Modell mit der Hebelvorrichtung nicht geschehen können, da hier schon ein Blick auf den Apparat und damit auf die Stellung des Hebels genügen sollte, um die Wassertemperatur zu beurteilen. Wie Wachsmuth deutlich machte, hing eine konstante Wassertemperatur aber nicht nur von der jeweiligen Mischbatterie ab, sondern war auch an einen gleichmäßigen Wasserdruck in den Rohrleitungen gebunden.

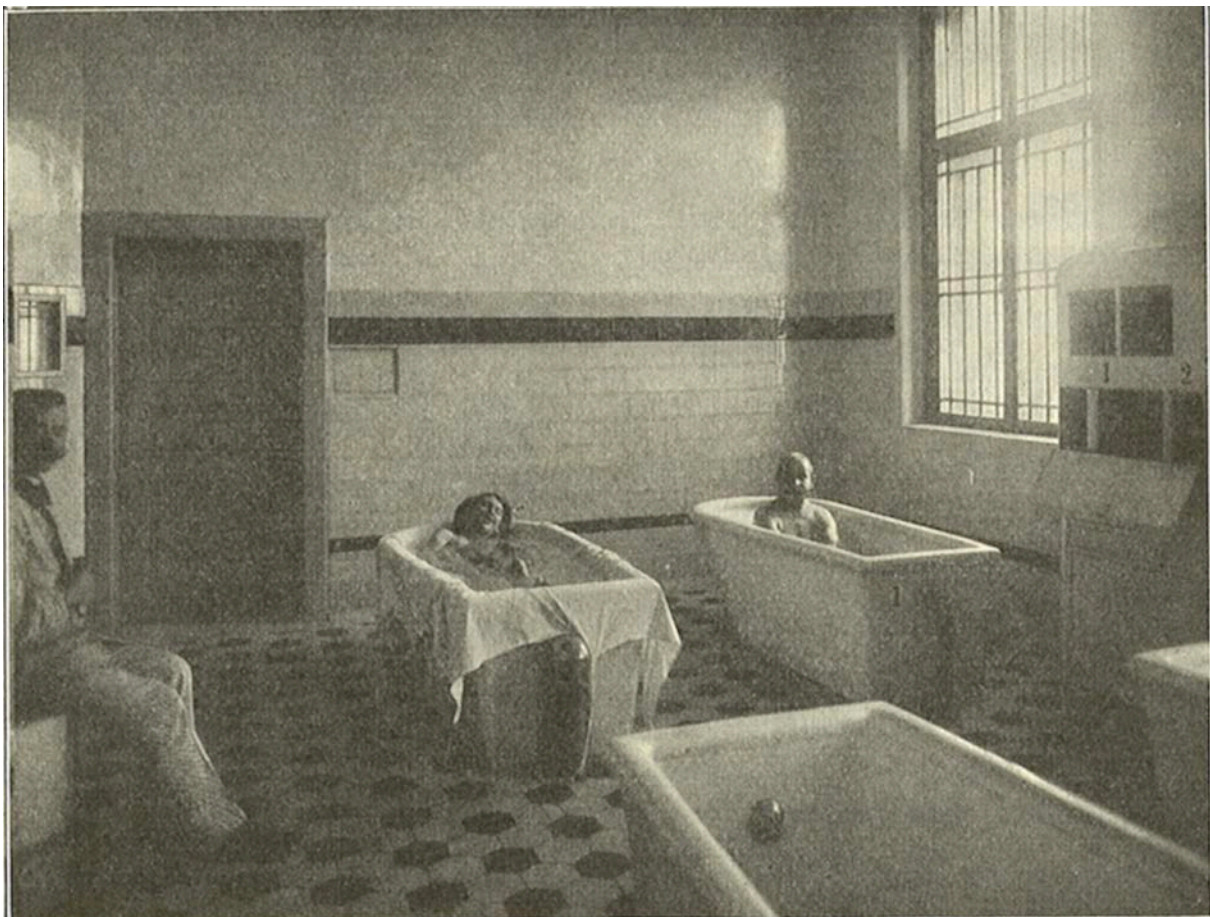


Abb. 5: Das Dauerbad der Münchener Klinik, in Emil Kraepelin: Psychiatrie. Ein Lehrbuch 1909, S. 582.

Mit der technischen Apparatur, die für die Durchführung des Dauerbades eingerichtet wurde, sollten zwar Unfälle reduziert werden und die Pfleger\*innen einen Teil ihrer Aufgaben an die Apparatur delegieren können, doch in der Praxis erwiesen sich die Mischbatterien immer

---

<sup>80</sup> Hier und im Folgenden: Wachsmuth 1909/10, 192–193.

wieder als unzuverlässig, so dass es auch trotz ihrer Anwendung zu Unfällen kam. In der Münchener Psychiatrischen Klinik wurde daher eine elektrische Wärmeregulierungsvorrichtung verwendet:

Sie sorgt einmal selbsttätig dafür, daß die Wasserwärme in den großen Vorratskesseln niemals über 60° steigen kann, und sie gibt andererseits ein rotes Lichtzeichen, sobald und solange das in die Wanne fließende Wasser über 40° Wärme hat; zugleich ist dessen Wärme jederzeit an einem Thermometer ablesbar.<sup>81</sup>

Wie eine Aufnahme aus der Münchener Klinik (Abb. 5) zeigt, war auch dieser Baderaum – vergleichbar mit jenem der Irrenanstalt Langenhorn – offen, hell und übersichtlich gestaltet. Der Pfleger überblickt von einer in die Wand eingelassenen Bank aus den Raum. Er ist nicht direkt neben der technischen Apparatur positioniert, wie in der Aufnahme aus der Irrenanstalt Langenhorn, sondern ihr gegenüber: Diese dennoch leicht erhöhte Stellung erlaubt es ihm, den Raum sowie die badenden Patienten zu überblicken – vorausgesetzt, dass kein Patient im Wasser steht, aus der Wanne steigt, mit Wasser um sich spritzt, untertaucht und damit eine neue Situation seine Aufmerksamkeit fordert, seine Konzentration stört und das Überblicken der Gesamtsituation verunmöglicht. Zugleich kann der Pfleger von dieser Position die Vorrichtungen für den Ab- und Zulauf des Wassers, die sich in dem geöffneten Kasten befinden, im Blick behalten – ebenfalls vorausgesetzt ist dabei eine Idealsituation im Baderaum. Die dicken Scheiben ermöglichen es ihm, das „in das Zuflußrohr eingeschaltete Thermometer“ zu beobachten.<sup>82</sup> Fließt Wasser über 40° nach, dann erglüht die rote Lampe, die er ebenfalls von der gegenüberliegenden Position aus wahrnehmen kann.

## 8 Raum – Praxis – Ethik

Die Aufgaben der Pfleger\*innen erstreckten sich bei der Anwendung des Dauerbades auf weit mehr als auf die Handhabung eines einzelnen Objekts – hier musste ein gesamtes Arrangement „verwaltet“ und „gekonnt“ werden. In den Ausführungen der Ärzte stellte sich die Durchführung der Dauerbadbehandlung als ein Zusammenspiel von technischer Apparatur und Pflegepersonal dar. An jeden dieser beiden Akteure wurden bestimmte Aufgaben delegiert, jeder von ihnen war „fehleranfällig“ und konnte bei Versagen großen Schaden anrichten. Zwar wurde die technische Apparatur zum Mischen des Wassers installiert, um die Behandlung für die Patient\*innen sicherer zu gestalten, aber sie zeigte eine hohe Fehleranfälligkeit, auf die u. a. in der Münchener Klinik mit der Installation einer Warnlampe reagiert wurde. Diese Adaptionen waren eine Reaktion auf die Erfahrungen, die bei der Durchführung der Behandlung gemacht worden waren. Entsprechende Adaptionen erfuhr auch der Baderaum, der den Patient\*innen keine Gelegenheit bieten sollte, sich oder andere zu verletzen. All diese Interventionen, die im Dauerbad vorgenommen wurden, sollten den Pfleger\*innen eine sichere Durchführung der Behandlung ermöglichen, waren demzufolge in erster Linie auf die Praxis der Pflege gerichtet. Baderaum und Pflegepraxis – und damit auch die Möglichkeit, ethisch zu handeln – waren materiell konfiguriert und standen in enger Beziehung zueinander, waren aufeinander bezogen. Wirkungsvoller als

---

<sup>81</sup> Kraepelin 1909, S. 581.

<sup>82</sup> Kraepelin 1909, S. 582.

Badeordnungen und Dienstvorschriften konnte die Konfiguration des Raumes auf das Handeln der Pfleger\*innen einwirken. Das Wasser als zentrales Mittel der Behandlung führte den Pfleger\*innen zugleich immer vor Augen, was passieren konnte, wenn sie unaufmerksam oder unkonzentriert waren – es zwang sie gleichsam zur Wachsamkeit.

Aus der historischen Perspektive ergibt sich aus dem vorliegenden Beitrag für aktuelle ethische Fragen der Pflege eine Sensibilisierung für die Wirkmächtigkeit räumlicher und materieller Arrangements bezogen auf das interaktionelle Handeln zwischen Pflegenden und Patient\*innen. Eine materielle Analyse der Behandlung, erweitert um den Fokus auf die Praxis, führt die Komplexität der Situation vor Augen, mit der die Pfleger\*innen bei der Durchführung einer Behandlung konfrontiert sein können. Eine entsprechende Perspektive macht deutlich, dass sich Behandlungspraktiken und damit auch ethische Fragestellungen nicht auf die Analyse eines Face-to-face-Geschehens reduzieren lassen, sondern dass die Interaktion von Pflegenden und Patient\*innen, der Umgang der Pfleger\*innen mit den Patient\*innen von dem räumlichen und materiellen Arrangement der Behandlung mitbestimmt wird. Zugleich zeigt die materielle Konfiguration der Dauerbadbehandlung, dass hier durch entsprechende Vorrichtungen, wie die Einführung technischer Apparaturen und die Adaption des Raumes (Einrichtung von Mischbatterien, Einführung von Kontrolllampen, Verkleidung der Heizkörper, Anordnung der Wannen, Verwendung von Segeltuchdecken etc.), zwar versucht wurde, den Pfleger\*innen den Dienst im Dauerbad zu erleichtern und zugleich die Sicherheit der behandelten Patient\*innen zu erhöhen, dies aber letztendlich nicht gelang – gleichwohl die Erfahrungen, die gemacht wurden, auf die Adaption des Arrangements rückwirkten. Pflegeethisches Handeln setzt nicht erst in der direkten Begegnung von Patient\*in und Pfleger\*in ein, sondern ihr Aufeinandertreffen, ihre Begegnung und damit auch ihre zukünftige Beziehung sind zu großen Teilen durch die materielle Konfiguration des jeweiligen Behandlungssettings oder -arrangements vorgegeben. Eine historische Analyse am Beispiel der Dauerbadbehandlung sollte dementsprechend für die ethischen Implikationen sensibilisieren, die das Setting bereithält, die im Setting gleichermaßen eingelassen sind. Damit unterstreicht der vorliegende Beitrag die Bedeutung einer materiellen Kulturanalyse für Fragen der Pflegeethik, indem er die Abhängigkeit ethischen Handelns (sprich: nicht zu schaden) von den materiellen Konfigurationen, von den konkreten (stofflichen) Rahmenbedingungen, die eine Behandlung voraussetzt, vor Augen führt. Damit werden Pflegenden nicht aus ihrer Verantwortung für den Patienten/die Patientin entlassen, aber es wird dafür plädiert, im Kontext von Pflegeethik stärker die (infra-)strukturellen Rahmenbedingungen (in diesem Fall: Raum und Materialitäten), unter denen eine Behandlung stattfindet, in den Blick zu nehmen.

### **Anmerkung**

Dieser Text ist im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projekts „Bett und Bad. Objekte und Räume therapeutischen Handelns im 19. und 20. Jahrhundert. Grundzüge einer materialen Psychatriegeschichte“ (Projektleitung: Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach, DFG-Geschäftszeichen SCHM 1311/11-1) am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf entstanden.

*Monika Ankele (Dr.), Medizinhistorisches Museum Hamburg, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf, Deutschland*

## 9 Bibliographie

- Ankele, Monika: Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn. Wien/Köln/Weimar 2009.
- Ankele, Monika: Horizontale Szenographien. Das Krankenbett als Schauplatz psychiatrischer Subjektivierung. In: Harrasser, Karin/Lars Friedrich/Céline Kaiser (Hg.): Szenographien des Subjekts. Wiesbaden 2018, S. 49–64.
- Ankele, Monika: Sich aufführen. Rauminterventionen und Wissenspraktiken in der Psychiatrie um 1900. In: Ankele, Monika/Céline Kaiser/Sophie Ledebur (Hg.): Aufführen, Aufzeichnen, Anordnen. Wissenspraktiken in Psychiatrie und Psychotherapie. Wiesbaden 2019, S. 71–89.
- Artner, Lucia/Isabel Atzl/Anamaria Depner/André Heitmann-Möller/Carolin Kollwe (Hg.): Pflegedinge. Materialitäten in Pflege und Care. Bielefeld 2017.
- Berichte aus den wissenschaftlichen Vereinen. Gesellschaft für physikalische Medizin, Sitzung vom 18. März 1908. In: Wiener Medizinische Wochenschrift 19 (1908), S. 1092–1093.
- Boschma, Geertje: The Rise of Mental Health Nursing. A History of Psychiatric Care in Dutch Asylums, 1890–1920. Amsterdam 2003.
- Braunschweig, Sabine: Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 1886–1960. Zürich 2013.
- Cantini, Claude/Jérôme Pedroletti: Histoires infirmières. Hôpital de Cery sur Lausanne, 1940–1990. Lausanne 2000.
- Dehio, [Heinrich]: Einige Erfahrungen über die Anwendung von Dauerbädern bei Geisteskranken. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 45 (1904), S. 481–486.
- Deiters, [NOS]: Dritter Bericht über die Fortschritte des Irrenwesens. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 40 (1905), S. 385–390.
- Dietrich-Daum, Elisabeth: Das Dauerbad in der Psychiatrie. Theorie und Praxis in der Landes-Irrenanstalt Hall in Tirol in der Zwischenkriegszeit. In: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 12 (2013), S. 117–133.
- Engelbracht, Gerda: Von der Nervenlinik zum Zentralklinikum Bremen-Ost. Bremer Psychiatriegeschichte 1945–1977. Bremen 2004.
- Ganser, [NOS]: XVI. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen zu Dresden, 23. October 1910. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 49 (1912), 2, S. 615–643.

- George, Uta/Herwig Groß/Michael Putzke/Irmtraud Sahmland/Christina Vanja: Psychiatrie in Gießen. Facetten ihrer Geschichte zwischen Fürsorge und Ausgrenzung. Gießen 2003.
- Giedion, Sigfried: Die Herrschaft der Mechanisierung. Ein Beitrag zur anonymen Geschichte. Bodenheim 1988.
- Grießenböck, Angela: Zur Geschichte der psychiatrischen Landschaft im Kronland Tirol. Die „Landes-Irrenanstalten“ Hall in Tirol und Pergine. In: Eberhard, Gabriel/Martina Gamper (Hg.): Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900. Wien 2009, S. 121–133.
- Haardt, Karl: Großherzoglich Badische Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen. In: Bresler, Johannes (Hg.): Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. (2nd Vol.). Halle an der Saale 1912, S. 1–9.
- Haenel, Thomas: Zur Geschichte der Psychiatrie. Gedanken zur allgemeinen und zur Basler Psychiatriegeschichte. Basel 1982.
- Haymann, Hermann: Lehrbuch der Irrenheilkunde für Pfleger und Pflegerinnen. Berlin 1922.
- Hermes, Maria: Krankheit: Krieg. Psychiatrische Deutungen des Ersten Weltkriegs. (Zeit der Weltkriege, 2). Essen 2012.
- Jenzer, Sabine/Willi Keller/Thomas Meier: Eingeschlossen. Alltag und Aufbruch in der psychiatrischen Klinik zur Zeit der Brandkatastrophe von 1971. Zürich 2017.
- Kalthoff, Herbert/Torsten Cress/Tobias Röhl: Einleitung: Materialität in Kultur und Gesellschaft. In: Kalthoff, Herbert/Torsten Cress/Tobias Röhl (Hg.): Materialität. Herausforderungen für die Sozial- und Kulturwissenschaften. Paderborn 2016, S. 11–41.
- Kraepelin, Emil: Festrede zur Eröffnung der Klinik am 7. November 1904. In: [NOS]: Die Königliche Psychiatrische Klinik in München. Leipzig 1905, S. 7–42.
- Kraepelin, Emil: Lehrbuch für Studierende und Ärzte. (1. Vol). Leipzig 1909.
- Kraepelin, Emil: Lehrbuch für Studierende und Ärzte. (1. Vol.). Leipzig 1915.
- Kreuter, Alma: Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts. (1. Vol.). München/New Providence/London/Paris 1996.
- Löwy, Max: Spezielle Balneo- und Klimatherapie der Geisteskrankheiten. In: Dietrich, Eduard/Siegfried Kaminer (Hg.): Handbuch der Balneologie, medizinischen Klimatologie und Balneographie. (5. Vol.). Leipzig 1926, S. 53–137.
- Majerus, Benoît: Le lit, la baignoire et la porte. La vie sociale des objets psychiatriques. In: Genèses 82 (2011), 1, S. 95–119.
- Majerus, Benoît: Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle. Rennes 2013.
- Medizinalabteilung des Königlich Preußischen Ministeriums des Innern (Hg.): Krankenpflege-Lehrbuch. Berlin/Heidelberg 1913.
- Morgenthaler, Walter: Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. Bern/Berlin 1930.

- Osswald, [NOS]: Ueber Dauerbadeinrichtungen grösseren Stils. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 19 (1904), S. 165–169.
- Rein, Oskar: Vorrichtung zur Erhaltung konstanter Wassertemperatur im Dauerbad. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 22 (1911/12), S. 209–210.
- Reinhard, C.: Ueber die Anwendung permanenter Bäder bei brandigem Decubitus gelähmter Geisteskranker. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin 39 (1883), S. 759–768.
- Rohnert-Koch, Friedgard: Zwischen Therapie und Strafe. Die Dauerbäder im Philippshospital. In: Sahmland, Irmtraud et al. (Hg.): "Haltestation Philippshospital." Ein psychiatrisches Zentrum – Kontinuität und Wandel. 1535 – 1904 – 2004. Marburg 2004, S. 161–173.
- Rohnert-Koch, Friedgard: Hydrotherapie in der Psychiatrie des 19. Jahrhundert. (med. Diss.). Gießen 2009.
- Ruppel, [Friedrich]: Allgemeine Krankenhäuser. Bautechnik. In: Liebe, Georg/Paul Jacobsohn/Georg Meyer (Hg.): Handbuch der Krankenversorgung und Krankenpflege. (1. Vol.). Berlin 1899 a, S. 759–829.
- Ruppel, [Friedrich]: Anlage und Bau der Krankenhäuser nach hygienisch-technischen Grundsätzen. In: Weyl, Theodor (Hg.): Handbuch der Hygiene. (5. Vol.). Jena 1899 b, S. 1–284.
- Schatzki, Theodore: Materiality and Social Life. In: Nature and Culture 5 (2010), 2, S. 123–149. (Dt. Fassung: Materialität und soziales Leben. In: Kalthoff, Herbert/Torsten Cress/Tobias Röhl (Hg.): Materialität. Herausforderungen für die Sozial- und Kulturwissenschaften. Paderborn 2016, S. 63–88.)
- Svedberg, Gunnel/Gunilla Bjerén: Narratives on Prolonged Baths from Psychiatric Care in Sweden during the First Half of the Twentieth Century. In: International History of Nursing Journal 5 (2000), 2, S. 28–35.
- Tintemann, [NOS]: Zur Einrichtung der Freiluft-Dauerbäder. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 20 (1907), S. 162.
- Tischer, Achim/Gerda Engelbracht: Das St. Jürgen-Asyl in Bremen. Leben und Arbeiten in einer Irrenanstalt 1904–1934. Bremen 1990.
- Tomaschny, [NOS]: Ein Beitrag zur Frage der Dauerbadeeinrichtungen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 47 (1905), S. 461–464.
- Urbach, Anna: Auf leisen Sohlen das Fallen fixieren. „Epileptikeranstalten“ als Wegbereiter einer spezifischen Qualifizierung von psychiatrischen Pflegekräften um 1900. In: Nolte, Karen/Christina Vanja/Fritz Dross/Florian Bruns (Hg.): Geschichte der Pflege im Krankenhaus. (Historia Hospitalium, 30). Berlin 2017, S. 65–87.
- Von Beyme, Ingrid/Sabine Hohnholz: Vergißmeinnicht – Psychatriepatienten und Anstaltsleben. Aus Werken der Sammlung Prinzhorn. Wiesbaden 2018.

- Wachsmuth, Hans: Die Dauerbäder der Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M., ihre Einrichtung und ihr Betrieb. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 22 (1909/10), S. 188–195.
- Wernli, Martina: Schreiben am Rand. Die ‚Bernische kantonale Irrenanstalt Waldau‘ und ihre Narrative (1895–1936). Bielefeld 2014.
- Wick, Andrea/Rouven Porz: Implizite Machtstrukturen in der Psychiatrie. Eine Care-Ethik-Perspektive. In: Mathwig, Frank/Torsten Meireis/Rouven Porz/Markus Zimmermann (Hg.): Macht der Fürsorge? Moral und Macht im Kontext von Medizin und Pflege. Zürich 2015, S. 195–209.
- Würth, [NOS]: Ueber das Dauerbad, seine Anwendung und seine Erfolge. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 59 (1902), S. 676–683.
- Würth, [NOS]: Ueber Trichophytie und andere Nebenwirkungen der Dauerbäder. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 31 (1905), S. 289–291.
- Zerchin, Sophie: Auf der Spur des Morgensterns. Psychose als Selbstfindung. Ein Erlebnisbericht. München/Leipzig 1990.
- Zuschlag, Gustav: Die Anwendung des permanenten Wasserbades im Neuen Allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg-Eppendorf. In: Jahrbücher der Hamburgischen Staatskrankenanstalten. Leipzig 1897, S. 113–132.
- [NOS]: Verbrühung im Dauerbad. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 8 (1906), S. 71.
- [NOS]: Bäderbehandlung in den Irrenanstalten. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 33/34 (1921/22), S. 202–208.