

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin
der Universität Würzburg

Vorstand: Professor Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg

Universitäre Psychiatrie um 1900

Die Anfangsjahre der psychiatrischen Klinik in Würzburg

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
vorgelegt von
Moritz Krings
aus Nürnberg
Würzburg, September 2023



Referent*innenblatt

Referentin: Prof. Dr. Karen Nolte

Korreferent: Prof. Dr. Jürgen Deckert

Dekan: Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 16.05.2024

Der Promovend ist Arzt.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Problemaufriss und Fragestellung	1
1.2	Forschungsstand.....	3
1.3	Quellen und Quellenkritik	6
1.4	Methodik.....	11
2	Der Weg zur psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg	21
2.1	Wurzeln der psychiatrischen Klinik im Juliusspital	21
2.2	Loslösung aus dem Juliusspital.....	24
2.3	Zwischenphase in der Rotkreuzstraße	28
3	Räumliche Situation der Klinik.....	31
3.1	Lage der psychiatrischen Klinik	31
3.2	Wachsäle und Seitenlogen – Die Unterbringung der Patient*innen.....	34
3.3	Räumlichkeiten für wissenschaftliche, pädagogische und weitere Zwecke	42
4	Personal der Klinik.....	46
4.1	Der Klinikdirektor Konrad Rieger	46
4.2	Ärztliches Personal	48
4.3	Pflegepersonal.....	51
4.4	Weiteres Personal	54
5	Patient*innen der Klinik.....	56
5.1	Zahl der Patient*innen	56
5.2	Aufenthaltsdauer	61
5.3	Entlassort und Todesfälle.....	68
5.4	Heimatort	79
5.5	Stand und Gewerbe	83
5.6	Krankheitsform	92

5.7	Exkurs: Therapeutische Konzepte	104
5.8	Alter	108
5.9	Familienstand und Konfession.....	111
6	Lehre an der psychiatrischen Klinik.....	116
6.1	Abgehaltene Kurse und Vorlesungen	117
6.2	Psychiatrie als Examensfach.....	122
7	Forschung an der psychiatrischen Klinik	125
8	Zusammenfassung und Schlussbemerkung.....	132
9	Literaturverzeichnis.....	137
10	Abbildungsverzeichnis	156
11	Tabellenverzeichnis.....	159
12	Anhang	160

1 Einleitung

1.1 Problemaufriss und Fragestellung

Lange Zeit existierten in Deutschland „zwei verschiedene Psychiatrien“¹. Auf der einen Seite stand Mitte des 19. Jahrhunderts die Anstaltspsychiatrie. Die zugehörigen Institutionen lagen typischerweise in ländlichen Gegenden fernab von Städten und hatten eine patriarchale Struktur mit einem auf dem Gelände wohnenden Anstaltsdirektor an der Spitze. Dort wurde versucht eine Modellfamilie aufzubauen und die Patient*innen von dem als chaotisch angesehenen Leben außerhalb der Anstalt fernzuhalten. Auf der anderen Seite entwickelte sich Ende des 19. Jahrhunderts in Form von Universitätskliniken ein neuer Typus psychiatrischer Einrichtungen, welcher sich in vielen Punkten von den oben beschriebenen Anstalten unterschied. So waren diese Kliniken typischerweise kleiner und wurden innerstädtisch, in der Nähe der anderen universitären Krankenhäuser, errichtet. Ihren Schwerpunkt legten diese Institute, neben der Versorgung von Patient*innen, auf die Forschung und den Unterricht angehender Ärzt*innen.²

Zum besseren Verständnis der bisher historisch wenig erforschten psychiatrischen Kliniken soll die vorliegende Arbeit beitragen. Hierzu wird die Geschichte einer spezifischen Institution um 1900 beschrieben, nämlich die der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg.³ Im Zentrum des Interesses steht hier die universitäre Klinik mit ihrer dreifachen Funktion „als Ort der Forschung, Ort der Behandlung und Ort des Unterrichts“⁴, wobei schon die Bezeichnung als Klinik eine klare Abgrenzung zu den eingangs beschriebenen Anstalten darstellte.

Als Untersuchungszeitraum wurde eine Phase des Umbruchs ab 1893 ausgewählt, in welcher sich die psychiatrische Klinik in Würzburg neu gründete und dadurch als Klinik neu konzipiert werden musste. Zuvor fand bis zum Jahr 1888 die institutionalisierte

¹ Engstrom, Eric J.: Clinical psychiatry in imperial Germany. A history of psychiatric practice, Ithaca, NY 2003b, S. 2.

² Vgl. Engstrom 2003b, S. 1–2.

³ Hierbei wird der Institutionsbegriff in einem engeren Sinne benutzt, also als „konkrete[s] institutionelle[s] Gebilde“, nicht etwa im Sinne von sozialen Ordnungen oder Gewohnheiten, vgl. Malich, Lisa: Eine Zukunft der Wissenschaftsgeschichte liegt in der Institution, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 41 (2018), S. 396.

⁴ Ralser, Michaela: Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900, München 2010, S. 209.

psychiatrische Versorgung in Würzburg im Juliusspital statt, welches jedoch vermehrt als unzureichend für die Unterbringung der Geisteskranken⁵ angesehen wurde, woraufhin die dortige Irrenabteilung am 17. September 1888 aufgelöst wurde.⁶ Nach einer fünfjährigen Zwischenphase in der Rotkreuzstraße konnte am 1. Juni 1893 der Neubau der eigenständigen psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg am Schalksberg eröffnet werden.⁷ Diese Neueröffnung erfolgte unter der Leitung des Psychiaters Konrad Rieger, welcher bis 1925 als Direktor der Klinik tätig war.⁸ Dementsprechend wurde der Untersuchungszeitraum auf die Jahre von 1893 bis 1925 beschränkt.

Um die Entstehung der Klinik und die diese bedingenden Voraussetzungen nachvollziehbar zu machen, wird in einem ersten Schritt die Loslösung aus dem Juliusspital und der Weg zur eigenständigen Klinik dargestellt. Dieser Hinführung folgt eine Erörterung der räumlichen Situation. Dies bedeutet einerseits eine Auseinandersetzung mit dem Bauplatz der Klinik, einem in der Psychiatrie des neunzehnten Jahrhunderts umstrittenen Thema und andererseits mit dem Aufbau der Klinik, welcher eng verwoben war mit den Aufgaben in Bezug auf Versorgung der Patient*innen, Lehre und Forschung.

Diesen Themenkomplexen widmet sich, nach einem Exkurs zum an der Klinik beschäftigten Personal, der Hauptteil der Arbeit. Hier werden mit einer statistischen Auswertung zu den in der Klinik behandelten Patient*innen sowie einer Betrachtung von

⁵ Hier und im Folgenden werden zeitgenössische Termini wie Geisteskranke, Irrenabteilung und ähnliches ohne Anführungszeichen verwendet. Hierdurch soll die Lesbarkeit des Textes verbessert und begrifflich nah an den Quellen gearbeitet werden. Entsprechende Begriffe unterliegen einem historischen Bedeutungswandel und können nicht problemlos mit heutigen Bezeichnungen in Deckung gebracht werden. Diese Problematik wird auch geschildert bei Brink, Cornelia: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 - 1980, Göttingen 2010, S. 15–17.

Wenn andererseits in heute gebräuchlicher Weise von Patient*innen oder auch psychisch Erkrankten die Rede ist, so kann und soll kein Urteil über deren individuelles Kranksein oder Nicht-Kranksein gefällt werden, ebenso wenig wie über die Frage, ob die Personen an einer Krankheit „litten“, an der psychiatrischen Institutionalisierung oder auch gar nicht. Dennoch betraten diese Menschen die psychiatrische Institution in der Rolle als Patient*innen, weshalb diese Termini neben den obigen Verwendung finden, insofern sie im zeitgenössischen Kontext Sinn ergeben. Gleichzeitig können auch vermeintlich neutralere Begriffe wie Patient*in die fortbestehende Stigmatisierung und Exklusion als psychisch krank markierter Menschen verschleiern. Durch keinen der hier verwendeten Begriffe ist eine Diskriminierung von Personen in psychischen Ausnahmezuständen beabsichtigt.

⁶ Vgl. Rieger, Konrad: Bericht für die Mitglieder des Vereins zum Austausch der Anstalts-Berichte aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Enthaltend Aufsätze von dem Vorstand der Klinik: Ueber die Psychiatrie in Würzburg seit dreihundert Jahren, Würzburg 1899, S. 53.

⁷ Vgl. Rieger, Konrad: Die neue psychiatrische Klinik der Universität Würzburg, in: Guttstadt, A. (Hrsg.), Klinisches Jahrbuch. Im Auftrage Seiner Excellenz des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, Berlin 1894a, S. 3 (Seitenzählung bei allen Zitaten gemäß Separatabdruck von 1893); Böning, Jobst: Psychiatrie in Würzburg. Vom Mittelalter bis zur Moderne, in: Hippus, H. (Hrsg.), Universitätskolloquien zur Schizophrenie, Darmstadt 2004, S. 163.

⁸ Vgl. UAWü, PA 166: Personalakt Dr. Rieger Konrad, S. 1.

pädagogischen und forschungsbezogenen Aufgaben die Kernkompetenzen einer psychiatrischen Klinik aufgezeigt. Insgesamt soll durch diese umfangreiche Darstellung ein Gesamtbild einer psychiatrischen universitären Institution um 1900 gezeichnet und somit zum historischen Wissen über diese Psychiatrieform beigetragen werden.

1.2 Forschungsstand

Dieses Forschungsdesiderat ergibt sich aus der Tatsache, dass sich in der medizinhistorischen Forschungsliteratur im deutschsprachigen Raum meist auf Anstaltspsychiatrie fokussiert wird und man nur wenige Werke findet, die sich speziell mit universitärer Psychiatrie auseinandersetzen.⁹ Zu Letzteren zu nennen ist hier insbesondere Eric Engstroms Werk „Clinical psychiatry in imperial Germany“¹⁰, welches aufzeigt, wie sich die universitäre Psychiatrie in Deutschland in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gegenüber der und gegen die Anstaltspsychiatrie entwickelte.

Die meiste Literatur, die die Geschichte der Psychiatrie an Universitätskliniken behandelt, erzählt diese jedoch am Beispiel einzelner Kliniken. So liegen etwa Arbeiten vor zur Geschichte der psychiatrischen Kliniken in München¹¹, Halle¹², Leipzig¹³, Gießen¹⁴ und Bonn¹⁵. Die Veröffentlichung „The University Department of Psychiatry in Munich“¹⁶ zeichnet die Geschichte der Psychiatrie an der Münchner Universität bis in die Gegenwart nach und legt dabei neben den Personalien einen Schwerpunkt auf die Baugeschichte der Klinik. Eine medizinhistorische Dissertationsschrift mit dem Titel „Psychiatrie als

⁹ Vgl. Ralser 2010, S. 153–155.

¹⁰ Vgl. Engstrom 2003b.

¹¹ Vgl. Hunze, Michael: Die Entwicklung der Psychiatrie als akademisches Lehrfach an der Ludwig-Maximilians-Universität München bis zur Eröffnung der Psychiatrischen Universitätsklinik 1904, Berlin 2010; Hippus, Hanns; Möller, Hans-Jürgen; Müller, Norbert; Neundörfer-Kohl, Gabriele: The University Department of Psychiatry in Munich. From Kraepelin and his predecessors to molecular psychiatry, Berlin, Heidelberg 2008.

¹² Vgl. Zimmermann, Heike: Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg am Wendepunkt deutscher Geschichte bis zur Gegenwart, Halle-Wittenberg 1991.

¹³ Vgl. Angermeyer, Matthias C.; Steinberg, Holger (Hrsg.): 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte, Heidelberg 2005; Sänger, Konrad: Zur Geschichte der Psychiatrie und Neurologie an der Leipziger Universität, Leipzig 1963.

¹⁴ Vgl. George, Uta (Hrsg.): Psychiatrie in Gießen. Facetten ihrer Geschichte zwischen Fürsorge und Ausgrenzung, Forschung und Heilung, Gießen 2003.

¹⁵ Vgl. Böhme, Anna Franziska: Das Verhältnis von Universitäts- und Anstaltspsychiatrie in Bonn zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Bonn 2011.

¹⁶ Vgl. Hippus/Möller/Müller/Neundörfer-Kohl 2008.

akademisches Lehrfach an der Ludwigs-Maximilians-Universität München¹⁷ beschreibt die Entwicklung der Lehre in erster Linie anhand der Ordinarien und anderer Ärzte. Auch die Arbeiten die sich mit der Geschichte der Psychiatrie in Leipzig¹⁸ und Halle¹⁹ auseinandersetzen, reihen sich in diese auf Personengeschichte fokussierten Werke ein. Zu Gießen liegt ein Sammelband vor, welcher sich jedoch nur in einem Beitrag mit der dortigen Universitätsklinik im Untersuchungszeitraum beschäftigt und dementsprechend kein umfassendes Bild zeichnen kann.²⁰ Demgegenüber hat Anna Böhme für ihre Dissertation über „[d]as Verhältnis von Universitäts- und Anstaltspsychiatrie in Bonn zu Beginn des 20. Jahrhunderts“ unter anderem auch 71 Akten von Klinikpatient*innen herangezogen und analysiert in ihrer Arbeit auch die dort stattfindende Lehre und Forschung. Der Fokus liegt dabei jedoch nicht auf der Analyse der Institution der psychiatrischen Klinik, sondern auf Differenzen beziehungsweise Kooperation dieser mit einer nahegelegenen Anstalt.²¹

Im deutschen Sprachraum gelegen, jedoch außerhalb Deutschlands, ist das Burghölzli, die psychiatrische Klinik Zürichs, welches neben Poliklinik und der Anstalt Rheinau den Untersuchungsgegenstand einer Arbeit von Meier et al. darstellt. In dieser wird die Frage verfolgt, wie in genannten Institutionen soziale Ordnung produziert werden sollte und welche Rolle Zwang hierbei spielte. Auch hier wurden zur Bearbeitung der Fragestellung Patient*innenakten herangezogen und quantitativ ausgewertet.²²

Die Geschichte der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925 selbst ist noch nicht eingehend untersucht worden. Einen groben Überblick über die „Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne“ bietet Böning in seinem gleichnamigen Aufsatz.²³ Hier wird die Klinik im Untersuchungszeitraum jedoch nur auf wenigen Seiten behandelt und der Inhalt ist stark auf die an der Klinik tätig gewesenen Professoren fokussiert. Ähnliches gilt für einen Text von Schrappe, welcher zum Anlass

¹⁷ Vgl. Hunze 2010.

¹⁸ Vgl. Angermeyer/Steinberg 2005. Die Arbeit Konrad Sängers enthält außerdem einen kurzen Abschnitt zur Baugeschichte, vgl. Säger 1963, S. 17-44.

¹⁹ Vgl. Zimmermann 1991.

²⁰ Vgl. George 2003.

²¹ Vgl. Böhme 2011, S. 16, 28-30.

²² Vgl. Meier, Marietta; Bernet, Brigitta; Dubach, Roswitha; Germann, Urs: Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970, Zürich 2007, S. 9-11.

²³ Vgl. Böning 2004.

eines späteren Neubaus der Universitäts-Nervenlinik veröffentlicht wurde.²⁴ Beide Texte haben vor allem dadurch eine begrenzte Aussagekraft, dass sie sich für den entsprechenden Zeitraum nur auf Texte von und über Konrad Rieger stützen und etwa keine Arbeit an Archivalien erkennen lassen.

Vor kurzem fertiggestellt wurde eine Dissertationsschrift von Andrea Müller, welche die Patient*innen der psychiatrischen Klinik (beziehungsweise der Universitätsnervenlinik) in Würzburg während Weimarer Republik und NS-Zeit anhand von Aufnahmebüchern untersucht.²⁵ Einen wesentlich engeren Fokus weist eine Arbeit Verena Sicherts auf, in welcher sie die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Umgang mit wegen ihres Alkoholkonsums behandelte Patient*innen an der psychiatrischen Klinik in Würzburg thematisiert.²⁶

Neben diesen, sich auf psychiatrische Kliniken beziehenden Arbeiten, gibt es eine große Zahl an Werken, die sich allgemeiner oder mit anderen Schwerpunkten mit Psychatriegeschichte auseinandersetzen. Quantitative Analysen, wie sie im Kapitel zu den Patient*innen Teil dieser Arbeit sind, sind insgesamt rar in der Psychatriegeschichtsschreibung. Zu nennen ist hier neben den oben erwähnten Werken von Meier et al. sowie Müller insbesondere die von Thomas Beddies und Andrea Dörries herausgegebene Studie über Patient*innen der Wittenauer Heilstätten in Berlin. Hierbei wurden 4.000 Akten von dort behandelten Personen analysiert und nach administrativen, persönlichen und sozialen Faktoren einerseits, medizinischen Faktoren andererseits ausgewertet. Die Schrift weist mit dem Untersuchungszeitraum von 1919 bis 1960 allerdings nur eine geringe Schnittmenge mit dem vorliegenden Forschungsprojekt auf und behandelt eine Anstalt, nicht eine Klinik.²⁷ Auch Maria Hermes nutzte in ihrer Arbeit „Krankheit:Krieg“ Akten, in ihrem Fall aus dem Bremer St. Jürgen Hospital, um neben einer qualitativen eine quantitative Analyse durchzuführen. Hierbei war die Fragestellung deutlich enger gefasst, da

²⁴ Vgl. Schrappe, Otto: Psychiatrie in Würzburg und Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg in den letzten 5 Jahrzehnten, in: Schrappe, Otto; Nissen, Gerhard (Hrsgg.), Universitäts-Nervenlinik Würzburg. Beiträge anlässlich der Inbetriebnahme des Neubaus, Würzburg 1982.

²⁵ Vgl. Müller, Andrea: Die Patienten der Universitätsnervenlinik Würzburg zwischen 1919 und 1945, Würzburg 2019. Auf diesen Text wird sich im Folgenden wiederholt bezogen werden, insbesondere im Abschnitt zur Methodik und im die Patient*innen betreffenden Kapitel.

²⁶ Vgl. Sichert, Verena Sabine: Geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit Alkoholkranken an der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg in den Jahren 1888 bis 1944, Würzburg 2017.

²⁷ Vgl. Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsgg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. 1919 - 1960, Husum 1999.

erhoben werden sollte, wie die Geschehen des Ersten Weltkriegs aus der Sicht des ärztlichen Personals gedeutet wurden.²⁸

Alle psychiatriehistorischen Forschungsarbeiten aufzuzählen, welche für einzelne Kapitel herangezogen wurden, würde an dieser Stelle zu weit führen. Exemplarisch genannt werden soll noch „Die Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses“ von Jetter, worin der Autor die bauliche Entwicklung psychiatrischer Einrichtungen in Deutschland und weiteren Ländern beschreibt.²⁹ Auch von Interesse ist etwa die Arbeit Faulstichs zum Hungersterben in der Psychiatrie, welche Verwendung fand, um die Sterberaten der Würzburger Klinik in und nach dem ersten Weltkrieg in Relation zu setzen.³⁰ Ebenso wurden weitere Werke genutzt, um die Geschichte der Klinik in den historischen psychiatrischen Kontext zu setzen, etwa „Grenzen der Anstalt“ von Cornelia Brink, worin die Autorin eine gesellschaftsgeschichtliche Analyse der psychiatrischen Landschaft in Deutschland von 1860 bis 1980 liefert.³¹

1.3 Quellen und Quellenkritik

Die zentralen Analysen der vorliegenden Arbeit können sich neben publizierter Forschungsliteratur auf multiple Quellentypen stützen. Zunächst sind hier gedruckt erschienene Quellen zu nennen. Diese geben Aufschluss über verschiedene Aspekte der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg und erlauben herauszuarbeiten, inwiefern diese charakteristische Merkmale einer psychiatrischen (Universitäts-)Klinik aufwies. Von besonderem Interesse sind die Arbeiten des damaligen Klinikdirektors Konrad Rieger. Auch wenn diese durch dessen subjektive Sicht und oft polemische Sprache geprägt sind, können sie wertvolle Informationen über die Klinik liefern. Neben psychiatrischer Fachliteratur veröffentlichte Rieger in den Jahren 1899 bis 1920 sechs sogenannte Berichte aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg.³² Anders als der Titel der

²⁸ Vgl. Hermes, Maria: Krankheit: Krieg. Psychiatrische Deutungen des Ersten Weltkrieges, Essen 2012.

²⁹ Vgl. Jetter, Dieter: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses, Darmstadt 1981.

³⁰ Vgl. Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg im Breisgau 1998.

³¹ Vgl. Brink 2010.

³² Vgl. Rieger 1899; Rieger, Konrad: Zweiter Bericht (vom Jahre 1905) aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Würzburg 1905b; Rieger, Konrad: Beiträge zur Geschichte Unterfrankens, zur Literatur-Geschichte und Geschichte der Medizin aus dem Archiv der Psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Dritter Bericht (vom Jahre 1908) aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Würzburg 1910; Rieger, Konrad: Über Ärztliche Gutachten im Strafrecht und Versicherungswesen. Vierter Bericht (vom

Reihe suggeriert, beschäftigen sich jedoch nur mäßige Anteile davon mit dem Geschehen in der Klinik. Stattdessen finden sich Exkurse zu verschiedensten Themen. So wird etwa der dritte der Berichte vorwiegend mit Abhandlungen zu Heinrich von Kleists Aufenthalt in Würzburg gefüllt.³³ Dennoch enthalten die Schriften Relevantes für diese Arbeit, etwa über die Vorgeschichte der Klinik während der Zeit der Irrenabteilung im Juliusspital und in der Rotkreuzstraße oder organisatorische Aspekte und Schwierigkeiten der späteren Jahre.

Des Weiteren veröffentlichte Rieger zwei Texte, welche sich mit dem Neubau der Klinik auseinandersetzen und entsprechend für die Einordnung des Baus und der Raumfunktionen herangezogen wurden.³⁴ Ein „Leitfaden zur psychiatrischen Klinik“ enthält neben einem Abschnitt zur allgemeinen Symptomatologie der Geisteskrankheiten eine Einteilung von Krankheitsformen, aus welcher auf Riegers diagnostisches Schema und teilweise auch auf Vorstellungen zur Ätiologie der Erkrankungen geschlossen werden kann.³⁵ Auch wenn dieser Leitfaden schon 1889 erschien und keine überarbeitete Auflage mehr publiziert wurde, enthält diese Einteilung auch die später noch in der Klinik verwendeten relevanten Diagnosen, wie im entsprechenden Kapitel gezeigt werden wird. Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass der Leitfaden in verschiedenen bibliografischen Übersichten der Werke Riegers keine Erwähnung findet.³⁶ Zuletzt gibt eine Art kurze Autobiografie, welche Rieger verfasste, Auskunft über sein Leben, aber auch über zentrale wissenschaftliche Anschauungen des Klinikleiters.³⁷

Neben den Veröffentlichungen des Klinikdirektors waren solche anderer an der Klinik tätiger Dozenten für die vorliegende Arbeit von Interesse. Insbesondere wurden von den

Jahre 1911) aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Würzburg 1912; Rieger, Konrad: Die Julius-Universität und das Julius-Spital. Fünfter Bericht aus den Jahren 1912 bis 1916 aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Würzburg 1916; Rieger, Konrad: Der dreihundertjährige Todestag des Fürstbischofs Julius und Leben? oder Tod? seiner beiden großen Stiftungen. Sechster Bericht aus den Jahren 1916 bis 1920 aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Leipzig 1920.

³³ Vgl. Rieger 1910, S. 12–54.

³⁴ Vgl. Rieger 1894a; Rieger, Konrad: Ueber einige Fragen der Organisation und des Baues psychiatrischer Kliniken, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 17 (1894b).

³⁵ Vgl. Rieger, Konrad: Leitfaden zur psychiatrischen Klinik, Würzburg 1889.

³⁶ Vgl. Graml, Werner: Personalbibliographien von Professoren und Dozenten der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde der Psychiatrie und Neurologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg im ungefähren Zeitraum von 1900 - 1945. Mit kurzen biographischen Angaben und Überblick über die wichtigen Arbeitsgebiete, Erlangen-Nürnberg 1970, S. 10–18; UAWü, PA 166, S. 67–68; Rieger, Konrad: Konrad Rieger, in: Grote, L. R. (Hrsg.), Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen, Leipzig 1929b, S. 131–134.

³⁷ Vgl. Rieger 1929b.

Dozenten Wilhelm Weygandt und Martin Reichardt, dem späteren Nachfolger Riegers, veröffentlichte Lehrbücher herangezogen, um die an der Klinik vergebenen Diagnosen einzuordnen, aber auch um Differenzen zwischen genutzten Krankheitsbegriffen und diesen Lehrbüchern aufzuzeigen.³⁸

Wenige Informationen liegen zum nicht als Dozenten tätigen Personal der Klinik vor. Das ärztliche Personal konnte den Personalverzeichnissen der Universität Würzburg entnommen werden, welche in ihrer Erscheinungsfolge jedoch eine Lücke von Wintersemester 1920/21 bis Wintersemester 1924/25 aufweisen. In diesen Verzeichnissen werden neben dem Vorstand der Klinik auch die an der Klinik tätigen (Co-)Assistenten und teilweise Volontärärzte³⁹ sowie der Hausverwalter und ein Gärtner genannt.⁴⁰

Um die Lehrangebote der Klinik herauszuarbeiten, konnten die vollständig digitalisiert vorliegenden Vorlesungsverzeichnisse des Untersuchungszeitraums genutzt werden.⁴¹ Diese liefern jedoch nur Informationen über Titel, zeitlichen Umfang und teilweise Ort der Unterrichtsveranstaltung, nicht über den genaueren Inhalt und die Durchführung. So wurde der von Rieger in der Klinik angebotene Unterricht nur als „psychiatrische Klinik“ verzeichnet.

Für die Auswertung der an der Klinik angesiedelten Forschungsarbeiten sind zwei Quellenarten zentral. Zum einen sind dies Promotionen, welche Aufschluss geben über Forschungsschwerpunkte und -interessen, zum anderen sind dies in zeitgenössischen psychiatrischen Fachzeitschriften veröffentlichte Artikel. Hierfür wurden das „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ und das „Centralblatt für Nervenheilkunde und

³⁸ Vgl. Reichardt, Martin: Leitfaden zur psychiatrischen Klinik, Jena 1907; Weygandt, Wilhelm: Atlas und Grundriss der Psychiatrie, München 1902.

³⁹ Hier und an anderer Stelle, wenn etwa von Ärzten geschrieben wird, wird bewusst keine genderneutrale Schreibweise angewendet, da im Untersuchungszeitraum nur männlich zugeordnete Namen bei an der Klinik tätigen Ärzten zu finden waren. Nachweisen lässt sich anhand ihrer Dissertation jedoch zumindest die Tätigkeit einer Medizinalpraktikantin, vgl. Roderfeld, Maria: Über die optisch-räumlichen Störungen, Würzburg 1919, S. 42.

Auch Nachweise zu Psychiaterinnen im deutschen Reich fanden sich für den Untersuchungszeitraum in der vorliegenden Literatur nicht, weshalb meist von Psychiatern im Maskulinum geschrieben wird. Frauen wurde bis in die Nullerjahre des zwanzigsten Jahrhunderts der Zugang zum Studium verwehrt, in Bayern beispielsweise bis 1903. Zuvor war für Frauen studieren nur vereinzelt mit dem Status als Gasthörerin möglich, vgl. Koerner, Marianne: Auf fremdem Terrain. Studien- und Alltagserfahrungen von Studentinnen 1900 bis 1918, Bonn 1997, S. 98–99.

⁴⁰ Vgl. Personalbestand der Königlich-Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg 1893-1918; Personalstand der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg 1918-1920, 1925.

⁴¹ Vgl. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse: Verzeichnis der Vorlesungen welche an der Königlich Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg gehalten werden, Würzburg 1893-1918; Würzburger Vorlesungsverzeichnisse: Vorlesungen an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg 1919-1925.

Psychiatrie“, beziehungsweise dessen Nachfolgepublikation „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie“, herangezogen.⁴²

Neben dieser Vielzahl von gedruckt erschienen Quellen waren archivalische von großer Bedeutung. In erster Linie zu nennen sind hier die Standbücher der Klinik aus den Jahren des Untersuchungszeitraums von 1893 bis 1925, deren Analyse einen maßgeblichen Teil dieser Arbeit einnimmt.⁴³ Leider muss einschränkend erwähnt werden, dass für die ersten fünf Jahre, also bis einschließlich 1897, nur die Unterlagen für die männlichen Kranken vorliegen und die der Frauen im Universitätsarchiv nicht auffindbar sind.

In diese Bücher wurden in Spalten handschriftlich die Stammdaten der aufgenommenen Patient*innen eingetragen. Diese Spalten umfassten eine fortlaufende Nummerierung der jährlichen Aufnahmen, Informationen zu Eintrittsdatum, Namen, Alter, Heimatort, Beruf, Familienstand, Konfession, Krankheitsform, Austrittsdatum und Entlassort. Dabei wurde häufig die Diagnose mit anderer Schrift eingetragen als die vorangehenden Daten, was auf unterschiedliche eintragende Personen schließen lässt. Zu Beginn jedes Jahres wurden außerdem die aus dem jeweiligen Vorjahr übergehenden Patient*innen erneut aufgezählt, bevor die Eintragungen zu den neu aufgenommenen begannen.⁴⁴

In der Natur dieser Quellen, den vom Klinikpersonal ausgefüllten Aufnahmebüchern, liegt auch begründet, dass die in die Klinik Aufgenommenen hier in erster Linie in ihrer Rolle als Objekte der Psychiatrie erscheinen. Es muss eingeräumt werden, dass auch in dieser Arbeit der entsprechende Status reproduziert wird, indem die wesentlichen untersuchten Kategorien durch die Standbücher der Klinik vorgegeben sind. Bereits die Anlage dieser und die Beschriftung der Buchdeckel definiert außerdem die relevanten Geschlechter als „Männer“ und „Frauen“, die komplexen psychischen Ausnahmezustände oder eben auch solche, welche sich gar nicht so anfühlten, wurden auf ein oder zwei Worte einer vergebenen Diagnose reduziert, die vielfältigen familiären und außerfamiliären Bindungen auf den Status „ledig“ oder „verheiratet“.

⁴² Hierbei handelte es sich um angesehene Fachjournale der Zeit, vgl. Engstrom 2003b, S. 38-39, 126.

⁴³ Vgl. UAWü, Psychiatrische Klinik. Männer. Vom 1. Januar 1891 bis 31. Dezember 1897; UAWü, Psychiatrische Klinik. Männer. Vom 1. Januar 1898 bis 31. Dezember 1904; UAWü, Psychiatrische Klinik. Männer. Vom 1. Januar 1905 bis 31. Dezember 1924; UAWü, Psychiatrische Klinik. 1925 bis 1930. Männer; UAWü, Psychiatrische Klinik. Frauen. Vom 1. Januar 1898 bis 31. Dezember 1904; UAWü, Psychiatrische Klinik. Frauen. Vom 1. Januar 1905 bis 1. Januar 1925; UAWü, Psychiatrische Klinik. 1925 bis 1935. Frauen.

⁴⁴ Zum Aufbau der Standbücher siehe auch Müller 2019, S. 4-6.

Auch wenn in der jüngeren Psychiatriegeschichtsschreibung vermehrt versucht wurde diese Problematik zu mildern und den „patient's view“⁴⁵ stärker zu berücksichtigen, sei es etwa durch schriftliche oder bildnerische Selbstzeugnisse, sind die bisher kaum als Quellen beachteten und bearbeiteten Aufnahmebücher zweifelsohne von großem historischem Interesse. So bieten sie die Möglichkeit Informationen zu einer hohen Zahl an Patient*innen zu erschließen sowie Korrelationen zwischen verschiedenen Merkmalen herauszuarbeiten. Außerdem unterliegen sie weniger der Gefahr einer durch kleine Stichproben verursachten Verzerrung, wie dies bei der quantitativen Auswertung von Krankenakten der Fall sein kann. Gegenüber Jahresberichten von Kliniken und Anstalten, welche mitunter ähnliche Informationen beinhalten mögen, liegt in der Natur der Standbücher der Vorteil, dass diese nicht primär mit Blick auf eine Außenwirkung angelegt wurden und so weniger gefilterte Informationen liefern können.

Neben diesen für die Arbeit elementaren Aufnahmebüchern waren noch weitere im Universitätsarchiv Würzburg erhaltene Akten relevant. So konnten große Teile der Loslösung der Irrenabteilung aus dem Juliuspital und damit der Entstehungsgeschichte der psychiatrischen Klinik durch eine Akte rekonstruiert werden, welche sich mit ebenjenem Neubau beschäftigt.⁴⁶ Aus der Personalakte Konrad Riegers konnte dessen Leben und Laufbahn und insbesondere die Umstände seiner Berufung zum Professor herausgearbeitet werden,⁴⁷ eine Aufschlüsselung des weiteren Klinikpersonals findet sich neben anderem unter dem Titel „Die Kliniken im Allgemeinen“.⁴⁸ Ein weiteres Archivstück behandelt grob die Poliklinik für psychisch-nervöse Erkrankungen, deren Geschichte jedoch nur am Rande Teil dieser Arbeit sein wird.⁴⁹ Eine Akte über die Einrichtung der psychiatrischen Klinik in Würzburg ist im Universitätsarchiv nicht mehr aufzufinden.

Für Informationen zum Gebäude der Klinik war darüber hinaus eine Akte aus dem Stadtarchiv Würzburg von Nutzen, welche detaillierte Baupläne und Grundrisse beinhaltet.⁵⁰ Da diese im Jahr 1891, also vor Fertigstellung des Baus angefertigt wurden, kann jedoch

⁴⁵ Vgl. Porter, Roy: The patient's view. Doing Medical History from Below, in: Theory and Society 14 (1985).

⁴⁶ Vgl. UAWü, ARS Nr. 3293: Project eines Neubaus für die juliusspitalische Irrenabteilung und psychiatrische Klinik.

⁴⁷ Vgl. UAWü, PA 166.

⁴⁸ Vgl. UAWü, ARS Nr. 3015: Die Kliniken im Allgemeinen. Assistenten an d. klinischen Anstalten.

⁴⁹ Vgl. UAWü, ARS Nr. 3294: Poliklinisches Institut für psychisch-nervöse Erkrankungen.

⁵⁰ Vgl. StadtAWü, Nr. 10960: Bauakt Füchleinstraße 15.

nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass diese Zeichnungen auch exakt im Bau der Klinik umgesetzt wurden.⁵¹

Auch im bayrischen Hauptstaatsarchiv finden sich Archivalien, die durch erhaltene Briefwechsel, in erster Linie zwischen Klinik beziehungsweise Universität und Ministerien, Aufschluss über einzelne Bereiche der Klinik im Untersuchungszeitraum geben. Neben einer Fotografie der Klinikfront⁵² und einem weiteren Grundriss des Erdgeschosses⁵³ sind dies Akten zu Seelsorge und Gottesdiensten an der Klinik⁵⁴ und zum Verwaltungs- und Pflegepersonal, wovon jedoch der größte Teil von Verhandlungen über eine Erhöhung der Gelder für die an der Klinik tätigen Schwestern eingenommen wird.⁵⁵ Verschiedene Akten beinhalten außerdem Informationen zu Neubesetzungen von Assistentenstellen.⁵⁶

1.4 Methodik

Im nun folgenden Abschnitt zur Methodik dieser Arbeit soll zunächst und in erster Linie auf die Auswertung der Standbücher eingegangen werden, welche methodisch am anspruchsvollsten war und auch entsprechend ihrer Bedeutung viel Raum einnimmt. Bei Beginn des Promotionsprojekts lagen die Standbücher des relevanten Untersuchungszeitraums von 1893 bis 1925 durch Vorarbeit einer studentischen Hilfskraft des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Würzburg bereits digitalisiert im Tabellenkalkulationsprogramm Excel vor. Durch diese wertvolle Vorarbeit konnte sich die Auswertung der Daten direkt auf die Excel-Datei stützen und es musste keine Transkription der Standbücher mehr stattfinden. In Einzelfällen wurde bei Besonderheiten oder Unklarheiten jedoch eine erneute Prüfung im Archiv durchgeführt. Insgesamt konnten so die Daten von 7943 Aufnahmen von Patient*innen in die psychiatrische Klinik der Universität

⁵¹ Ein Vergleich mit einem Grundriss des Erdgeschosses, welchen Rieger im Rahmen der Beschreibung des Neubaus veröffentlichte, zeigt geringe Abweichungen bei weitestgehender Übereinstimmung, vgl. Rieger 1894a, S. 16–17.

⁵² Vgl. BHStA, OBB 8069/1 Ph315/XII.

⁵³ Vgl. BHStA, OBB 8069/2 Ph315/XIII.

⁵⁴ Vgl. BHStA, MK 72542: K. Universität Würzburg. Psychiatrische Klinik. Seelsorge.

⁵⁵ Vgl. BHStA, MK 72541: K. Universität Würzburg. Psychiatrische Klinik. Verwaltungs-Personal. Diener-Stellen. Pflegepersonal. Schwestern.

⁵⁶ Vgl. BHStA, MK 11377: Universität Würzburg. Assistenten; BHStA, MK 11446; BHStA, MK 11447: K. Universität Würzburg. Assistentenwesen. Vol. IV; BHStA, MK 72539: Universität Würzburg. Psychiatrische Klinik. Direktor und ärztliches Personal.

Würzburg einer quantitativen Analyse zugeführt werden.⁵⁷ Deren Methodik soll nun zu den verschiedenen Inhalten erläutert werden, wobei sich die Reihenfolge der Kategorien nicht an der der Spalten in den Standbüchern orientiert, sondern an derjenigen, welche im entsprechenden Kapitel gewählt wurde. Diese weicht von den Büchern ab, um einen inhaltlich sinnvolleren Aufbau zu gewährleisten.

In vielen Punkten richtet sich das Vorgehen nach dem der Arbeit Andrea Müllers zu den Patient*innen der Klinik von 1919 bis 1945, da sie mit dem gleichen Quellentypus arbeitete.⁵⁸ So soll eine bestmögliche Vergleichbarkeit der Daten und eine Nachvollziehbarkeit von Entwicklungen einer psychiatrischen Klinik über einen längeren Zeitraum ermöglicht werden. Bei einzelnen Kategorien war es jedoch sinnvoll eine andere Methodik zu wählen. Insbesondere die vergebenen Diagnosen waren aufgrund des starken Wandels nicht mit dem gleichen Schema auszuwerten.

Zahl der behandelten Personen

Die Zahl der in der Klinik behandelten Personen ließ sich aus den in den Standbüchern notierten Nummerierungen als „fortlaufende Zahl“ entnehmen. Während sich in den Aufnahmebüchern zwei Zählweisen parallel finden, eine welche bei den Patient*innen des Vorjahres und eine welche bei den entsprechenden Neuaufnahmen beginnt, wurden diese in den digitalisierten Tabellen mit einer Zählweise zusammengefasst.

Bei der Auswertung wurden die ermittelten Aufnahme- und Behandlungszahlen mit denjenigen verglichen, welche sich bei der Analyse weiterer Kategorien wie Familienstand und Konfession ergaben. Hierbei konnten einzelne Diskrepanzen festgestellt werden, welche auf Zählfehler und Zahlensprünge der Standbücher zurückzuführen waren. Diese wurden bei der Auswertung entsprechend korrigiert.

Die so ermittelte Anzahl der Patient*innen wurde nach zwei Gesichtspunkten ausgewertet, zum einen nach der Zahl der jährlich neu aufgenommenen Personen, zum anderen nach der der jährlich in der Klinik behandelten. Hierdurch wurden auch Schwankungen berücksichtigt, welche auf einer unterschiedlichen Zahl an „übergehenden“, also sich über die Jahresgrenze hinweg in der Klinik befindenden, Personen entstanden. Wurden Patient*innen mehrmals in der Klinik aufgenommen, so wurde diese Aufnahme erneut

⁵⁷ Werden für jedes Jahr alle in der Klinik behandelten Personen gezählt, so ergibt sich die Zahl von 9598 Personen und Datensätzen, wobei entsprechende Dopplungen nicht herausgerechnet sind.

⁵⁸ Vgl. Müller 2019, S. 11–24.

gezählt, weshalb die ermittelten Zahlen nicht die Anzahl verschiedener Personen darstellen, sondern die Gesamtzahl der Aufnahmen oder Klinikaufenthalte.⁵⁹

Dauer des Klinikaufenthalts

Zur Auswertung der Aufenthaltsdauer wurde diese im ersten Schritt als Differenz aus dem verzeichneten Aufnahme- und Entlassdatum errechnet. Für die Auswertung wurde hierbei immer das Jahr berücksichtigt in welchem die Person aus der Klinik entlassen wurde.

Im nächsten Schritt wurden analog zur Arbeit Andrea Müllers Mittelwerte, Median und Perzentilen für die einzelnen Jahre des Untersuchungszeitraumes berechnet. Die Auswertung mittels Perzentilen wurde dabei aufgrund der durch einzelne hohe Werte stark schwankenden Mittelwerte als sinnvoll erachtet, um einen differenzierteren Blick auf die Entwicklung der Aufenthaltsdauer zu ermöglichen.

Austritt wohin

Die Auswertung der in den Standbüchern unter „Wohin?“ oder „Bemerkungen“ verzeichneten Entlassorte (oder der Tod der Patient*innen) nahm sich ebenfalls weitestgehend die Methodik Andrea Müllers zum Vorbild. Die Einteilung erfolgte demnach nach Verlegung „in [eine] andere Institution“, in eine weitere „Würzburger Klinik“, in die Anstalt nach „Werneck“ oder „Lohr“, „nach Hause“, „Sonstiges“ oder „Tod“.

Der übernommene Begriff „Würzburger Klinik“ umfasst hierbei nicht nur Kliniken im engeren Sinne als Orte der (universitären) medizinischen Lehre, sondern medizinische Institutionen in Würzburg im weiteren Sinne und folgt der Benennung Andrea Müllers.

Unter der Bezeichnung „in andere Institution“ wurden solche Verlegungen zusammengefasst, welche ein weiteres Verbleiben von Patient*innen in medizinischen oder nicht medizinischen Institutionen vermuten ließen, seien dies etwa Anstalten in anderen Städten, Gefängnisse oder Lazarette. Diese Einteilung wurde gewählt, da hier weder eine Rückkehr in das häusliche Umfeld und damit möglicherweise in Richtung des gewohnten Alltags stattfand, noch eine der anderen Kategorien zutraf.

⁵⁹ Zum einen war dies Praktikabilitätsgründen geschuldet, zum anderen war dieses Vorgehen auch dahingehend sinnvoll, dass etwa Diagnosen bei verschiedenen Klinikaufhalten durchaus unterschiedlich ausfallen konnten.

Die Kategorie „Sonstiges“ umfasst solche Angaben, welche nicht eindeutig zuzuordnen waren. Häufig waren dies Städtenamen, teils mit auffälliger Häufung von Ortschaften mit psychiatrischen Institutionen wie etwa Ansbach. Da hier jedoch keine genaue Aussage darüber gemacht werden konnte, ob die Patient*innen tatsächlich weiter psychiatrisiert waren, wurden diese Einträge nicht unter „in andere Institution“ erfasst. Dies führte in der Auswertung tendenziell zu einer Unterrepräsentation von sich weiter in psychiatrischen Institutionen befindenden Personen.

Eine gesonderte Betrachtung erfolgte zu den meist mit einem Kreuz eingetragenen Todesfällen in der Klinik. Hierbei wurde der Methodik Heinz Faulstichs zur Berechnung der Sterberate gefolgt, welche dieser in seinem Werk zum Hungersterben in der Psychiatrie verwendete.⁶⁰

Regionale Herkunft

Aufgrund des insgesamt deutlich größeren Themenumfangs, verglichen mit der Arbeit Andrea Müllers, wurde die Auswertung der unter „Heimat“ notierten Orte auf deren Region beschränkt und die Auswertung der Größe der Orte unterlassen. Da der größte Teil des Untersuchungszeitraums, bis auf die Anfangsjahre der Weimarer Republik, in der Zeit des Deutschen Kaiserreiches lag, wurde der Auswertung dessen Gebietseinteilung zugrunde gelegt. Eine Einteilung wie bei Müller, welche sich auf Daten der Volkszählung von 1939 stützt, war entsprechend nicht zielführend.

Für aus dem Königreich Bayern stammende Patient*innen wurde stattdessen das vom Statistischen Landesamt herausgegebene „Gemeinde-Verzeichnis für das Königreich Bayern“ von 1911 herangezogen.⁶¹ Die Zuordnung sonstiger Herkunftsorte erfolgte analog anhand eines im gleichen Jahr veröffentlichten „Gemeinde- und Ortslexikon[s] des Deutschen Reiches“⁶².

Fanden sich hierbei mehrere Orte mit gleichlautendem Namen, so wurde die Wahrscheinlichkeit in Bezug auf eine Klinikaufnahme in Würzburg abgewogen. Dementsprechend erfolgte tendenziell eine Auswertung für näher an Würzburg gelegene Orte, was zu einer

⁶⁰ Vgl. Faulstich 1998, S. 20.

⁶¹ Vgl. K. Statistisches Landesamt: Gemeinde-Verzeichnis für das Königreich Bayern nach der Volkszählung vom 1. Dezember 1910 und dem Gebietsstand vom 1. Juni 1911, München 1911.

⁶² Vgl. Pelocke, Hermann: Petzolds Gemeinde- und Ortslexikon des Deutschen Reiches. Verzeichnis sämtlicher Gemeinden und Gutsbezirke, Post-, Bahn-, Kleinbahn- und Schifffahrtsstationen, Bischofswerda 1911.

leichten Überrepräsentation der aus Unterfranken stammenden Patient*innen geführt haben könnte.

Beruf und sozialer Stand

Die in den Aufnahmebüchern unter der Kategorie „Stand und Gewerbe“ verzeichneten Daten wurden genutzt, um Erkenntnisse über die soziökonomische Lage der Patient*innen zu gewinnen. Auch hier orientierte sich die Analyse weitgehend an der Andrea Müllers, indem die Methodik der Arbeit zur „Soziale[n] Mobilität in Berlin 1825-1957“ von Kaelble und Federspiel übernommen wurde.⁶³

Bei letzterem handelt es sich jedoch um einen Teil eines Verbundprojektes, wobei in dem Beitrag zur sozialen Mobilität in Berlin nur ein Teil der ausgewerteten Berufsbezeichnungen notiert ist.⁶⁴ Dementsprechend wurde außerdem Reinhard Schürens Arbeit zu sozialer Mobilität miteinbezogen, da dort eine umfangreichere Liste von Berufsbezeichnungen abgedruckt ist.⁶⁵ Mithilfe dieser Listen wurde jeder in den Standbüchern genannten Berufsbezeichnung ein dreistelliger Zahlencode zugeordnet, welcher eine Analyse von sozialer Schicht, Stellung im Beruf (Arbeiter*in, Angestellte*r, Selbstständige*r, etc.) und Wirtschaftssektor ermöglichte.⁶⁶

Zusätzlich wurde, wie in der Arbeit zu den Patient*innen in Weimarer Republik und NS-Zeit, vermerkt, ob die eigene Berufsangabe, die des Partners oder die der Eltern angegeben war. Insbesondere bei jüngeren Patient*innen und Frauen fanden sich häufig Einträge wie „Bäckerssohn“ oder „Bauersfrau“. In diesem Fall wurde die entsprechenden Berufsangabe der Eltern oder des Partners ausgewertet.

Ebenfalls übernommen wurde, dass bei mehreren passenden Bezeichnungen in den Tabellen die mit dem niedrigsten Status ausgewählt wurde, wodurch tendenziell eine Überrepräsentation unterer sozialer Schichten entstehen könnte.⁶⁷ Fand sich, insbesondere in den Kriegsjahren, neben dem zivilen Beruf eine militärische Rangangabe, so wurde die

⁶³ Vgl. Kaelble, Hartmut; Federspiel, Ruth (Hrsg.): Soziale Mobilität in Berlin 1825 - 1957. Tabellen zur Mobilität, zu Heiratskreisen und zur Sozialstruktur, St. Katharinen 1990.

⁶⁴ Vgl. Kaelble/Federspiel 1990, S. IV.

⁶⁵ Vgl. Schüren, Reinhard: Soziale Mobilität. Muster, Veränderungen und Bedingungen im 19. und 20. Jahrhundert, St. Katharinen 1989.

⁶⁶ Vgl. Kaelble/Federspiel 1990, S. VIII–IX; Schüren 1989, S. 33–35.

⁶⁷ Vgl. Müller 2019, S. 17.

zivile Tätigkeit ausgewertet, um die soziale Herkunft der Personen besser abbilden zu können.

Die von Andrea Müller angeführte Einschränkung, dass die bei Kaelble und Federspiel verzeichneten Berufsgruppen sich nur begrenzt auf Würzburg übertragen lassen, kann nur bedingt geteilt werden.⁶⁸ So erläutern Kaelble und Federspiel, dass im Verbundprojekt, in welchem die Berufstabellen erarbeitet wurden, auch Agrardörfer und kleinere Städte mit sehr unterschiedlicher Bevölkerungszusammensetzung und Erwerbsstruktur untersucht wurden.⁶⁹

Krankheitsform

Die Auswertung der unter „Krankheitsform“ verzeichneten Diagnosen stellte eine besondere Herausforderung dar, da Konzepte von Krankheit und Gesundheit sowie die Begriffe, mit denen diese beschrieben werden, stets historisch bedingt sind. Gerade die Klassifikationssysteme mit welchen als pathologisch gedeutete psychische Phänomene erfasst und geordnet werden sollten, unterlagen starken zeitlichen und regionalen Schwankungen und unterliegen diesen teils bis heute. Ganz besonders in der Psychiatrie kommt zu diesen Schwierigkeiten noch ein normativer Charakter vieler Krankheitszuschreibungen, welcher ebenfalls im spezifischen kulturellen und historischen Kontext zu betrachten ist. Aufgrund dieser Gegebenheiten galt es bei der Auswertung eine „retrospektive Diagnostik“ zu vermeiden und die Krankheitsformen einem zeitgenössischen Diagnosesystem zuzuordnen.⁷⁰

Ab dem Jahr 1901 existierte ein Klassifikationssystem für die sogenannte Reichsirrenstatistik. Dieses war mit nur acht Krankheitskategorien jedoch recht grob gegliedert und arbeitete mit dem zentralen Begriff der (Einfachen) Seelenstörung, welcher sich in den Standbüchern der Würzburger Klinik nicht finden lässt. Abgelöst wurde diese Einteilung vom 1933 eingeführten sogenannten „Würzburger Schlüssel“, welcher auch Andrea Müllers Arbeit zugrunde liegt. Dieser beinhaltet jedoch damals recht junge Krankheitsbegriffe, welche insbesondere in der Anfangszeit der Klinik nicht etabliert waren. So wurde

⁶⁸ Vgl. Müller 2019, S. 16.

⁶⁹ Vgl. Kaelble/Federspiel 1990, S. IV–V.

⁷⁰ Zur Problematik retrospektiver Diagnosen vgl. Stolberg, Michael (2012): Möglichkeiten und Grenzen einer retrospektiven Diagnose. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/268211444_Moglichkeiten_und_Grenzen_einer_retrospektiven_Diagnose, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

beispielsweise die Diagnose der Schizophrenie in Würzburg erst Mitte der zwanziger Jahre gestellt, auch der Begriff der Rentenrose fand erst nach der Übernahme der Klinik durch Reichardt Anwendung.⁷¹

Aufgrund dieser Schwierigkeiten und Diskrepanzen bot es sich für die vorliegende Arbeit an, ein in der Klinik tatsächlich verwendetes Klassifikationssystem heranzuziehen und sich an den von Konrad Rieger verwendeten Krankheitsbegriffen zu orientieren. Eine solche von Rieger selbst entwickelte Diagnoseliste findet sich in dessen Leitfaden zur psychiatrischen Klinik von 1889.⁷² Diese Einteilung weist eine hohe Übereinstimmung mit den in den Standbüchern genannten Krankheiten auf, weshalb sie zu deren Auswertung herangezogen, zur Operationalisierung jedoch leicht modifiziert wurde, ohne die wesentlichen Diagnosen als solche abzuändern.

Rieger unterteilte die Krankheiten in drei grobe Kategorien: „A. Organische, anatomisch nachweisbare Hirnkrankheiten. [...] B. Aetiologisch bestimmte Krankheitsbilder. [...] C. Bloss symptomatisch bestimmte funktionelle Geistesstörungen ohne anatomischen Befund und ohne äussere Ursache.“⁷³ Letztere Kategorie unterteilte er weiter und unterschied einerseits, ob Krankheiten von Geburt oder Kindheit an bestanden oder sich später entwickelten, andererseits ob Krankheiten einmalig, periodisch oder dauerhaft auftraten. Die Unterteilung der Gruppen A, B und C wurde bei der Auswertung beibehalten, die Gruppe C jedoch ohne Unterteilung zusammengefasst, da sich anhand der Standbücher nur in Ausnahmefällen eine Aussage über erstmaligen Beginn beziehungsweise Periodizität der Erkrankungen treffen ließ. Aus dem gleichen Grund wurde eine von Rieger bei einzelnen Krankheiten vorgenommene Unterscheidung, ob diese mit oder ohne Sinnesstörungen vorlagen, im modifizierten Diagnoseschema nicht übernommen.

⁷¹ Vgl. Dörries, Andrea; Vollmann J.: Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen. Dargestellt am Beispiel des "Würzburger Schlüssels" von 1933, in: Fortschr. Neurol. Psychiat. 1997 (65). Ein weiteres Klassifikationssystem, welches im Untersuchungszeitraum vorgeschlagen wurde, ist ein vom Deutschen Verein für Psychiatrie entworfenes, welches die Klinik ab dem Jahr 1914 für statistische Erhebungen nutzen sollte. Allerdings weist auch dieses System nur eine mäßige Übereinstimmung mit den in der Klinik verwendeten Diagnosen auf, vgl. Staatsministerium des Inneren an Senat der Universität Würzburg, 04.02.1914, UAWü, ARS Nr. 3292: Psychiatrische Klinik. Sodann Assistenten an der Juliuspitalischen Irrenklinik.

⁷² Vgl. Rieger 1889, S. 63–67. Dieser Leitfaden entstand als Begleitlektüre für die Vorlesungen in Psychiatrie und war nicht im Buchhandel erhältlich, vgl. Reichardt 1907, S. VI. Dementsprechend ist Riegers Leitfaden wie erwähnt auch nicht in einer Bibliografie seiner veröffentlichten Werke zu finden, vgl. Graml 1970, S. 10-18; Verzeichniss der von Professor Dr. Conrad Rieger publicirten Schriften, UAWü, PA 166, S. 67–68.

⁷³ Rieger 1889, S. 63–67.

Ergänzt wurden für die Auswertung hingegen die Kategorie D „Sonstige Erkrankungen“, um einzelne bei Rieger nicht erwähnte Krankheitsbilder zu erfassen und die Kategorie E „Zur Begutachtung/zur Beobachtung“.

Krankheitsbilder, welche sich zwar im Diagnoseschema fanden, jedoch im Untersuchungszeitraum nicht diagnostiziert wurden, wurden für das modifizierte Schema nicht übernommen. Das betraf etwa die Diagnosen „Lyssa humana u. dergl.“, „durch Hypnotisieren künstlich herbeigeführte Geistesstörung“, „periodische Anfälle von Erinnerungslosigkeit“ und „Anfall von Bewusstseinsverlust (ohne Epilepsie und Hysterie)“.

Zur Einordnung in das Schema wurde insgesamt versucht, das in der Würzburger Klinik vorherrschende Krankheitsverständnis zu berücksichtigen. Dazu wurde primär der Leitfaden Riegers verwendet, konnte dieser keinen Aufschluss geben, wurden Lehrbücher weiterer an der Klinik tätiger Ärzte herangezogen.⁷⁴

Die oben beschriebenen Schwierigkeiten bei der Festlegung psychiatrischer Diagnosen und deren Zuordnung zu beobachteten Symptomen spiegeln sich auch in den Einträgen der Aufnahmebücher wider. So wurden mitunter mehrere Diagnosen vergeben, alte Einträge überschrieben oder die eigene Unsicherheit mit einem Fragezeichen hinter der vermuteten Krankheitsform ausgedrückt.⁷⁵ Auch solche Einträge wurden ausgewertet, da sie die aktuelle Hypothese, welche den Aufenthalt in der Klinik rechtfertigen sollte, darstellten. Fanden sich mehrere eingetragene Krankheitsbegriffe, so wurden alle ausgewertet, da eine Hierarchisierung der Diagnosen den Standbüchern nicht entnommen werden konnte.⁷⁶ Fand sich bei Patient*innen mit mehrjährigem Aufenthalt zunächst kein Eintrag, so wurde dieser, wenn vorhanden, aus einem Folgejahr übernommen.

⁷⁴ Dies waren der „Leitfaden zur psychiatrischen Klinik“ Martin Reichardts, vgl. Reichardt 1907, Wilhelm Weygandts „Atlas und Grundriss der Psychiatrie“, vgl. Weygandt 1902, sowie „Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende“ von Robert Sommer, vgl. Sommer, Robert: Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende, Leipzig, Wien 1894a. War auch hiermit keine Zuordnung möglich, wurde Kraepelins bekanntes Lehrbuch zu Rate gezogen, vgl. Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. I. Band. Allgemeine Psychiatrie, Leipzig 1899; Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. II. Band. Klinische Psychiatrie, Leipzig 1899.

⁷⁵ Auch konnten sich Diagnosen im Laufe eines Klinikaufenthaltes ändern, vgl. Müller 2019, S. 23.

⁷⁶ Damit weicht die Methodik an dieser Stelle bewusst von der Andrea Müllers in ihrer Arbeit zu den Patient*innen in Weimarer Republik und NS-Zeit ab, vgl. Müller 2019, S. 22.

Alter

Bei der Analyse des Alters erfolgte, wie bei Andrea Müller, eine Aufteilung nach Dekaden zur Untersuchung der Altersstruktur während des gesamten Untersuchungszeitraumes, sowie eine Betrachtung der Entwicklung des Durchschnittsalters. Da das Alter der Patient*innen notiert wurde und nicht etwa deren Geburtsdatum, konnte diese Angabe direkt übernommen werden.

Familienstand und Konfession

Auch die Methodik bezüglich der Einträge zu Familienstand und Konfession richtete sich nach der genannten Arbeit. Diese Kategorien lagen in der Tabellenform bereits operationalisiert vor und konnten so direkt der Auswertung zugeführt werden.

Der Familienstand wurde hierbei aufgeschlüsselt nach „ledig“, „verheiratet“, „verwitwet“ und „geschieden“, die Konfession nach „katholisch“, „evangelisch“, „jüdisch“ und „andere“, worunter seltene Einträge wie „?““, „ohne“ oder „gottlos“ subsummiert wurden.⁷⁷

Geschlecht

An dieser Stelle soll auch noch eine nicht getrennt ausgewertete Kategorie erwähnt werden, nämlich die des Geschlechts. Schon die Anlage der Aufnahmebücher suggeriert durch ihre Zweiteilung in Aufnahmen der Männer und Aufnahmen der Frauen ein binäres Geschlechtermodell zweier sich ausschließender, getrennt gegenüberstehender Geschlechter. Unberücksichtigt hierbei bleiben Personen, welche sich nicht in dieser Geschlechterordnung wiederfinden. Auch Geschlecht als eine zentrale Fragestellung der hier durchgeführten Analyse wurde schon durch diese Anlage der Standbücher nahegelegt, statt der Untersuchung andere Kategorien wie etwa soziale Klasse zugrunde zu legen.

Forschung

Zusätzlich zur Erläuterung der bei der Auswertung der Standbücher angewandten Methodik, soll hier noch kurz auf die Analyse eingegangen werden, auf welcher das Kapitel zur an der Klinik getätigten Forschung basiert. Neben der Betrachtung der von Dozierenden veröffentlichten Monografien und den daraus zu entnehmenden Informationen wurden auch zeitgenössische psychiatrische Zeitschriften herangezogen, um herauszuarbeiten, in

⁷⁷ Vgl. Müller 2019, S. 18.

welchem Umfang und mit welchen Schwerpunkten Publikationen aus der Würzburger Klinik so ein entsprechendes Fachpublikum erreichen konnten.

Ausgewählt wurden hierfür zwei zentrale Fachzeitschriften, zum einen das „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ und zum anderen das „Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie“, beziehungsweise die Nachfolgepublikation „Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie“. Um die Veröffentlichungen des Untersuchungszeitraums möglichst repräsentativ darstellen zu können, wurde für jedes zweite Jahr der entsprechende Zeitschriftenjahrgang betrachtet, wobei „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ und „Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie“ abwechselnd herangezogen wurden.

Für die Dissertationen der Klinik liegt kein Gesamtverzeichnis vor, sodass die Auswahl der ausgewerteten Schriften anhand der Verfügbarkeit im lokalen Bibliothekskatalog erfolgen musste. Hierbei waren 30 Dissertationen zu finden, welche in Hinblick auf ihre Forschungsmethodik, ihre thematischen Schwerpunkte und die jeweilige Betreuung ausgewertet wurden. Die Promotionen waren jedoch nicht gleichmäßig über die Jahre verteilt, sondern wiesen eine Häufung in der zweiten Hälfte des Untersuchungszeitraumes auf. Hier lässt sich nicht beurteilen, ob dies einer zunehmenden Forschungstätigkeit zuzuschreiben ist oder ob dies an der limitierten Auswahl liegt.

2 Der Weg zur psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg

2.1 Wurzeln der psychiatrischen Klinik im Juliusspital

Da die psychiatrische Klinik der Universität Würzburg sich historisch aus der Irrenabteilung des Juliusspitals entwickelte und auch nach der Neugründung der Klinik noch intensive Beziehungen bestanden, soll hier zunächst auf die Geschichte der Versorgung als geisteskrank markierter Personen im Juliusspital eingegangen werden, um die Entwicklung universitärer Psychiatrie in Würzburg nachvollziehbar zu machen.

Im Juliusspital begann im 16. Jahrhundert die institutionalisierte Versorgung psychisch Erkrankter in Würzburg. Vor dessen Bau existierten dort 13 kleinere Spitäler, welche jedoch als reformbedürftig angesehen wurden. Daraufhin beauftragte der 1573 gewählte Bischof Julius Echter von Mespelbrunn den Bau eines neuen Spitals, dessen Grundsteinlegung am 12. März 1576 stattfand. Im Jahr 1583 war dann der größte Teil der Bauarbeiten des Juliusspitals abgeschlossen.⁷⁸

Von Beginn an waren dort irre Patient*innen fester Bestandteil und machten über Jahrhunderte einen nicht unwesentlichen Anteil der Behandelten aus. So wurden die ersten psychisch Kranken im neu errichteten Spital bereits in den Jahren 1583 und 1584 aufgenommen und auch in den Folgejahren wurden immer wieder Patient*innen verzeichnet, welche etwa als verrückt, melancholisch oder sinnlos galten. Im Zeitraum von 1635 bis zum Jahr 1658 wurden so insgesamt 337 psychisch Erkrankte aufgenommen, die allesamt als Kuristen, also mit dem Ziel der Heilung, behandelt wurden.⁷⁹

Von 1768 bis 1791 waren es 258 solcher Patient*innen, welche sich im Juliusspital aufhielten,⁸⁰ in den Jahren von 1821 bis 1829 wurden bei 363 Personen Geistes-, Gehirn-

⁷⁸ Vgl. Wendehorst, Alfred: Das Juliusspital in Würzburg. Band I - Kulturgeschichte, Würzburg 1976, S. 28–32; Mettenleiter, Andreas: Das Juliusspital in Würzburg. Band III - Medizingeschichte, Würzburg 2001, S. 6.

⁷⁹ Vgl. Lutz, Caspar: Aufnahme und Verpflegung von Geisteskranken und Epileptikern im Juliushospitale. Vom Jahre 1580 bis 1888, in: Rieger, Konrad (Hrsg.), Bericht für die Mitglieder des Vereins zum Austausch der Anstalts-Berichte aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Enthaltend Aufsätze von dem Vorstand der Klinik: Ueber die Psychiatrie in Würzburg seit dreihundert Jahren, Würzburg 1899, S. 8–31.

⁸⁰ Vgl. Horsch, Philipp Josef: Versuch einer Topographie der Stadt Würzburg, in Beziehung auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die dahin zielenden Anstalten, Arnstadt, Rudolstadt 1805, S. 277.

und Nervenkrankheiten diagnostiziert, was 3,5% aller im Juliusospital Behandelten entsprach. Dabei wurden 78 dieser Patient*innen Geistes- oder Gemütskrankheiten attestiert.⁸¹

Dieser Befund widerspricht zumindest für Würzburg der berühmten von Foucault formulierten Hypothese einer „großen Gefangenschaft“, welche „Armen, Arbeitslosen, Sträflingen und Irren eine gleiche Heimat“⁸² gab. Dies bedeutet nicht, dass die in der Irrenabteilung Behandelten von Unfreiheit und Zwang verschont geblieben wären, dieser fand jedoch früh in einem medizinisch dominierten Kontext statt, in welchem Irre gemeinsam mit anderen Patient*innen behandelt wurden.⁸³ Auch in einigen anderen Städten war eine vergleichbare Einrichtung von Irrenabteilungen in städtischen Hospitälern zu finden.⁸⁴

Untergebracht waren die Geisteskranken in Würzburg um 1800 in „drey große[n] Säle[n], 25 kleine[n] Zimmer[n] und 3 Blockhäuser[n]“⁸⁵, wobei zwei der mit Sandstein ausgekleideten Säle für den hauptsächlichen Aufenthalt der Kranken vorgesehen waren und der dritte der Unterbringung unreinlicher Wahnsinniger und Rasender diente. Für letztere waren auch die Blockhäuser bestimmt, bei denen es sich um „kleine Zellen, die nur durch ein Fensterchen über der Thüre Licht erhalten“⁸⁶ handelte. Ähnlich beschrieb auch Anton Müller⁸⁷ die räumliche Situation, welche er bei Antritt seiner Tätigkeit im Juliusospital vorfand und welche für bis zu 66 Kranke Platz bot.⁸⁸

Im Jahr 1839 erfolgte eine Erweiterung der Räumlichkeiten für die männlichen Kranken um „ein[en] Conversationsraum und ein Arbeitszimmer mit je 3 Fenstern, dann 4 Zimmer nebst Abort“⁸⁹, ein Jahr später folgten die gleichen Erweiterungen für die untergebrachten

⁸¹ Vgl. Bleker, Johanna: Die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse am Juliusospital 1821 - 1829, in: Bleker, Johanna; Brinkschulte, Eva; Grosse, Pascal (Hrsgg.), Kranke und Krankheiten im Juliusospital zu Würzburg 1819 - 1829, Husum 1995, S. 118–120. Auch viele der Erkrankungen, welche hier nicht den Geistes- und Gemütskrankheiten zugeordnet wurden, etwa Epilepsie, Apoplexie oder Tabes dorsalis, fanden sich im Untersuchungszeitraum in der psychiatrischen Klinik wieder.

⁸² Vgl. Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt am Main 1973, S. 71.

⁸³ Dadurch, dass das Juliusospital neben seiner Funktion als Krankenhaus auch Pfründner*innen aufnahm, waren tatsächlich Irre und Mittellose in gemeinsamer Nachbarschaft in einer Institution untergebracht. Bei den Pfründen handelte es sich jedoch wohl nicht um zwangsweise untergebrachte Arme, vielmehr musste zum Erlangen des Status als Pfründner*in ein umfangreicher Bewerbungsprozess durchlaufen werden, vgl. Lutz 1899, S. 69–71.

⁸⁴ Vgl. Jetter 1981, S. 12–13.

⁸⁵ Horsch 1805, S. 278.

⁸⁶ Horsch 1805, S. 279.

⁸⁷ Anton Müller war Oberarzt der Irrenabteilung von 1799-1824, vgl. Rieger 1899, S. 91.

⁸⁸ Vgl. Müller, Anton: Die Irren-Anstalt in dem Königlichen Julius-Hospitale zu Würzburg und die sechs und zwanzigjährigen ärztlichen Dienstverrichtungen an derselben, Würzburg 1824, S. 22–26.

⁸⁹ Lutz 1899, S. 52.

Frauen.⁹⁰ Diese Einrichtung im Juliusspital war laut Konrad Rieger bis zum Jahr 1855 die einzige in Unterfranken und Aschaffenburg in der organisierte Irrenfürsorge stattfand, jedoch wurden zumindest im Bürgerspital auch einzelne psychisch Erkrankte aufgenommen.⁹¹

Als Besonderheit des Juliusspitals ist noch anzumerken, dass dieses neben seiner Rolle als Behandlungsanstalt für als irre markierte Menschen auch früh eine universitär-pädagogische Funktion innehatte. So wurden durch den Oberarzt der Irrenabteilung Karl Friedrich Marcus ab dem Jahr 1833 Vorlesungen über Geisteskrankheiten angeboten.⁹²

1855 wurde die psychiatrische Landschaft im Raum Würzburg dann um die neu eröffnete Kreis-Irrenanstalt in Werneck erweitert. Trotz dieser weiteren Möglichkeit der Versorgung psychisch Erkrankter stiegen jedoch die Aufnahmezahlen in der Irrenabteilung des Juliusspitals weiter an.⁹³

Gegen die dortigen Zustände wurde zu Beginn des 19. Jahrhunderts zunehmend Kritik laut, wobei der ehemalige Vorstand der Abteilung Anton Müller unter anderem Platzmangel, Zusammensein von Heil- und Unheilbaren und in manchen Bereichen den zu geringen ärztlichen Einfluss problematisierte. Außerdem kritisierte er die bei seiner Ankunft im Spital verübte Gewalt an Kranken und die in den Sälen vorhandenen Eisenketten, mit welchen Patient*innen festgebunden wurden.⁹⁴

Als historischer Bezugspunkt ist hier die „Kettenbefreiung“ der Kranken in den Pariser Anstalten Bicêtre und Salpêtrière durch Philippe Pinel im ausgehenden 18. Jahrhundert zu nennen. Dieses in der Psychiatriegeschichte häufig aufgegriffene Bild konnte auch dazu dienen die eigene Fortschrittlichkeit zu betonen und sich in die Nähe dieses Vorbildes zu rücken. Gleichzeitig darf das Motiv der „Kettenbefreiung“ nicht mit einer Ablehnung von Zwang und Internierung im Allgemeinen verwechselt werden.⁹⁵ Müller selbst

⁹⁰ Vgl. Lutz 1899, S. 51–52. Die Zimmer, in welchen die Kranken dabei untergebracht waren, lagen an einem Verbindungsgang zwischen den beiden Längsbauten des Juliusspitals, was einen regen Durchgangsverkehr zur Folge hatte und in Würzburg zu der Redensart „Der gehört ins Gänge“ führte, mit welcher man ausdrücken wollte, dass eine Person in die Irrenabteilung eingewiesen werden solle, vgl. Rieger 1916, S. 48–49.

⁹¹ Vgl. Rieger 1899, S. 4–5; Lutz 1899, S. 45.

⁹² Vgl. Rieger 1899, S. 2, 51.

⁹³ Vgl. Wendehorst 1976, S. 170–171.

⁹⁴ Vgl. Müller 1824, S. 22–24, 120.

⁹⁵ Vgl. Dörner, Klaus: Bürger und Irre, Hamburg 1995, S. 143–153; Castel, Robert: Die psychiatrische Ordnung. Das große Zeitalter des Irrenwesens, Frankfurt am Main 1983, S. 90–102; Vanja, Christina: Madhouses, Children's Wards and Clinics. The Development of Insane Asylums in Germany, in: Finzsch, Norbert; Jütte, Robert (Hrsgg.): Institutions of confinement. Hospitals, asylums, and prisons in Western Europe & North America, 1500–1900, Cambridge 1996, S. 117–118.

führte in Würzburg beispielsweise Duschen sowie Drehmaschinen als Behandlungsmittel ein und beschaffte „einen größeren Vorrath von Zwangsmitteln“⁹⁶.

2.2 Loslösung aus dem Juliuspital

Früh existierten aufgrund der genannten Missstände auch Überlegungen, die Versorgung der Kranken in einem anderen Gebäude weiterzuführen. Erste Pläne Anfang des 19. Jahrhunderts sahen eine Verlegung in ein säkularisiertes (beziehungsweise noch zu säkularisierendes) Kloster vor. So wurde hierfür 1803 das Reuerer-Kloster anvisiert, welches dann aber doch in seiner kirchlichen Funktion verblieb. Eine Unterbringung der Kranken im Kloster Himmelsporten, welche 1804 geplant wurde, scheiterte, da das Kloster stattdessen vom Militär in Anspruch genommen wurde. Auch eine Verlegung in das Kloster Oberzell konnte 1813 nicht umgesetzt werden, da dieses als Militärlazarett verwendet wurde. Später wurde es auch als insgesamt ungeeignet eingestuft.⁹⁷ In anderen Städten wurde eine solche vergleichsweise preisgünstige Einrichtung von psychiatrischen Institutionen in ehemaligen Klöstern jedoch durchaus realisiert.⁹⁸

In einer Regierungsentschließung von 1826 wurde zwar die Notwendigkeit eines neuen Irrenhauses außerhalb des Juliuspitals gesehen, allerdings für die Dauer des Fortbestehens der Irrenabteilung zur Vergrößerung der Aufnahmekapazität zunächst eine Erweiterung um fünf Plätze durch Aufstellung neuer Betten angeordnet. Knapp zwanzig Jahre später – im Jahr 1844 - entstanden Pläne, eine Kreis-Irrenanstalt in der Nähe von Würzburg zu errichten und gleichzeitig die Irrenabteilung im Juliuspital aufzulösen.⁹⁹ Bis zur Errichtung einer solchen Kreis-Irrenanstalt in Werneck sollten jedoch noch elf Jahre vergehen, bis zur Auflösung der Irrenabteilung des Juliuspitals 44. Diese lange Zeitspanne für die Realisierung eines Baus für psychiatrische Kliniken ist dabei keineswegs auf

⁹⁶ Müller 1824, S. 120. Konrad Rieger nutzte später die von Müller angeschafften Zwangsstühle, um den Topos der Kettenbefreiung aufzugreifen. So veröffentlichte er eine Fotografie eines Patienten, welcher einen Zwangsstuhl mit einer Axt zerschlägt und stellte dieses Bild ironisch dem bekannten Gemälde Tony Robert-Fleurys gegenüber, welches die Befreiung der Kranken in der Salpêtrère von ihren Ketten durch Pinel zeigen soll, vgl. Rieger 1905b, S. 50-56.

⁹⁷ Vgl. Wendehorst 1976, S. 169.

⁹⁸ Vgl. Jetter 1981, S. 55.

⁹⁹ Vgl. Lutz 1899, S. 50–52.

Würzburg beschränkt. Auch etwa in Gießen lagen viele Jahrzehnte zwischen der Forderung nach einer psychiatrischen Unterrichtsanstalt und deren Realisierung.¹⁰⁰

In den 1870er Jahren entstanden, während Rinecker¹⁰¹ die Station leitete, wieder vermehrt Pläne die psychisch Erkrankten aus dem Juliuspsital in eine eigene Klinik oder Anstalt zu verlegen.¹⁰² Diese Überlegungen beinhalteten die Möglichkeit eines kompletten Neubaus, jedoch auch eine Erweiterung der im Juliuspsital bestehenden Räume durch Aufbau eines weiteren Stockwerks und die Verlegung der Abteilung in bereits existierende Gebäude, wie den Getreidespeicher des Juliuspsitals oder den Bau des damaligen anatomischen Institutes. Diese Projekte erwiesen sich jedoch sämtlich als nicht finanzierbar oder nicht geeignet, um die Zustände, die an der bestehenden Unterbringung der Patient*innen kritisiert wurden, zu verbessern.¹⁰³

Um 1880 wurde zwischenzeitlich ein Projekt als mögliche Lösung betrachtet, welches vorsah, die bestehende Kreisentbindungsanstalt in ein neues Gebäude zu verlegen und dadurch deren alte Räume für die Unterbringung der psychisch Erkrankten verwenden zu können. Rinecker betonte dabei, dass es sowohl aus humanitären Gründen als auch im Interesse des klinischen Unterrichts nötig sei, die Irrenabteilung aus dem Juliuspsital zu entfernen und Versuche die Situation in den bestehenden Räumlichkeiten zu verbessern „verlorenes Geld“ seien.¹⁰⁴

Da die Bedingung dafür jedoch die Errichtung einer neuen Kreisentbindungsanstalt darstellte, welche als wenig aussichtsreich galt, wurde auch dieses Vorhaben wieder fallen gelassen. Stattdessen wurden Pläne entworfen, auf dem ursprünglich der Entbindungsanstalt zugeordneten Gelände an der Pleicher Ringstrasse ein Gebäude für die Unterbringung der Kranken aus der Irrenabteilung zu erbauen. Rinecker betonte dabei, dass das neue Gebäude als psychiatrische Klinik zu entwerfen sei und idealerweise die Universität den

¹⁰⁰ Vgl. Enke, Ulrich: Die ersten Jahre der Psychiatrischen Universitätsklinik Gießen unter ihrem Direktor Robert Sommer, in: George, Uta (Hrsg.), *Psychiatrie in Gießen. Facetten ihrer Geschichte zwischen Fürsorge und Ausgrenzung, Forschung und Heilung*, Gießen 2003, S. 59–63. In Leipzig jedoch war es mit 16 Jahren ein kürzerer Zeitraum, welcher zwischen Verhandlungsbeginn und Eröffnung der Klinik verging, vgl. Säger 1963, S. 20–21.

¹⁰¹ Franz von Rinecker (1811-1883): Oberarzt der Irrenabteilung des Juliuspsitals von 1863 bis 1883, vgl. Böning 2004, S. 161.

¹⁰² Die hierbei angestellten Überlegungen sind jedoch nicht allein Rinecker zuzuschreiben, vielmehr entstanden sie in einem Austausch zwischen Universitätssenat, medizinischer Fakultät, der Stadt Würzburg, dem Ministerium des Innern und Rinecker selbst, vgl. UAWü, ARS Nr. 3293.

¹⁰³ Vgl. Regierung von Unterfranken und Aschaffenburg an den Senat der Universität Würzburg, 23.2.1879, UAWü, ARS Nr. 3293.

¹⁰⁴ Vgl. Rinecker an das Dekanat der medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, 15.2.1880, UAWü, ARS Nr. 3293.

Bau durchführen und für die Klinik zuständig sein sollte, wie das an vielen anderen deutschen Universitäten bereits passiert sei.¹⁰⁵

Für dieses Bauvorhaben wurden detaillierte Pläne angefertigt, nach welchen es möglich sein sollte 60 bis 80 Personen in vier Pavillons unterzubringen, wobei Männer und Frauen sowie ruhige und unruhige Kranke in jeweils verschiedenen Bauten aufgenommen werden sollten. Außerdem waren auf dem Gelände unter anderem Wohnungen für Assistenzärzte, ein großer Arbeitssaal für die Patient*innen sowie ein Hörsaal und Räume für wissenschaftliche Arbeiten vorgesehen, was den klinischen Charakter des Bauvorhabens verdeutlicht.¹⁰⁶

Warum dieses Vorhaben dann nach rund fünf Jahren Planung und Arbeit nicht mehr verfolgt wurde, lässt sich aus den Akten nicht vollends erschließen, jedoch gestaltete die Finanzierung sich schwierig,¹⁰⁷ möglicherweise weil das Grundstück für den Bau - anders als erhofft - erst hätte erworben werden müssen.¹⁰⁸ Wahrscheinlich ist auch, dass der Tod Rineckers im Jahr 1883 dazu beitrug, dass die Verhandlungen ins Stocken gerieten und schließlich das Projekt ganz fallen gelassen wurde.¹⁰⁹

Als dessen Nachfolger wurde im August 1884 Hubert Grashey ernannt, der zuvor als Direktor der Kreisirrenanstalt in Werneck tätig war. Zwei Jahre später verließ er Würzburg jedoch schon wieder und übernahm die Professur für Psychiatrie an der Universität

¹⁰⁵ Vgl. Rinecker an die medizinische Fakultät der Universität Würzburg, 25.2.1880, UAWü, ARS Nr. 3293. Trotz dieser Aussage des damaligen Leiters der Irrenabteilung begann zu diesem Zeitpunkt erst die Phase der Neugründung eigenständiger psychiatrischer Kliniken. Noch zu Beginn des Ersten Weltkriegs gab es etliche Universitätsstädte deren psychiatrische Abteilungen in Anstalten oder allgemeinen Krankenhäusern untergebracht waren, vgl. Engstrom 2003b, S. 3–4.

¹⁰⁶ Vgl. Rinecker an den akademischen Senat der Universität Würzburg, 6.11.1880, UAWü, ARS Nr. 3293. Interessant ist hier, dass Rinecker von den Gebäuden als Pavillons spricht. Das Pavillonsystem mit vielen einzelnen freistehenden Gebäuden löste Ende des 19. Jahrhunderts das zuvor etablierte Korridorsystem mit zusammenhängenden Gebäudetrakten ab. In Anstalten wurden diese Pavillons jedoch in wesentlich größerer Zahl errichtet als die der vier für Unterbringung von Kranken anvisierten Gebäude in Würzburg, vgl. Habermann, Karl Joachim: Bautypologische Entwicklungslinien des psychiatrischen Krankenhauses. Versuche therapeutischer Umweltgestaltung, München 1977, S. 90–91.

¹⁰⁷ Vgl. Senat der Universität Würzburg an die Regierung von Unterfranken und Aschaffenburg, 6.8.1887, UAWü, ARS Nr. 3293.

¹⁰⁸ Der Stadtmagistrat, welcher sich im Besitz des zu bebauenden Geländes befand, lehnte im Jahr 1883 ab, die Baufläche der Universität, wie von dieser gewünscht, kostenlos zu überlassen, vgl. Senat der Universität Würzburg an den Stadtmagistrat Würzburg, 27. Oktober 1884, UAWü, ARS Nr. 3293. Er bekräftigte diese Entscheidung nochmals im Jahr 1885, wobei auch abgelehnt wurde das Gelände noch durch weitere von der Stadt zu kaufende Grundstücke zu erweitern, vgl. Stadtmagistrat Würzburg an den akademischen Senat der Universität Würzburg, 6.2.1885, UAWü, ARS Nr. 3293.

¹⁰⁹ Vgl. Senat der Universität Würzburg an den Stadtmagistrat Würzburg, 27. Oktober 1884, UAWü, ARS Nr. 3293.

München.¹¹⁰ Für diese Zeit lassen sich in der entsprechenden Akte des Universitätsarchivs keine neuen Ansätze für die Errichtung einer eigenständigen psychiatrischen Klinik erkennen.¹¹¹

Nachdem er bereits nach Rineckers Tod die vorübergehende Leitung der psychiatrischen Abteilung des Juliusspitals übernommen hatte, wurde Konrad Rieger im April 1887 zum außerordentlichen Professor der Psychiatrie und zum Oberarzt im Juliusspital ernannt.¹¹²

Ab Mitte des Jahres 1887 entstanden nun wieder vermehrt Überlegungen zu einem möglichen Ort für die Etablierung einer neuen psychiatrischen Klinik.

Im Gespräch dafür waren unter anderem das Anwesen „Talavera“, ein „Landhaus mit Garten und Park“ an der Veitshöchheimer Straße, ein Gelände an der Schweinfurter Straße, eine „größere Gartenfläche am Sanderglaci“, ein Weinberg am mittleren Harfenweg und – als am erfolgversprechendsten angesehen – ein Garten an der Fuchsleinstraße. Gründe, welche gegen die einzelnen Bauplätze angeführt wurden, waren hohe Kosten, eine große Entfernung zu den anderen medizinischen Instituten, eine als unpassend angesehene, aus Fabriken und Arbeiter*innenwohnungen bestehende Umgebung oder schlichtweg, dass die Grundstücke für den vorgesehenen Zweck nicht verkauft wurden. Auch gegen das letztgenannte Grundstück an der Fuchsleinstraße wurden Einwände erhoben, etwa der Lärm des nahen Bahnhofs und die hohen Temperaturen, dennoch wurde dessen Ankauf vorgeschlagen und ein entsprechender Plan skizziert.¹¹³

Die Wahl fiel einige Monate später jedoch nochmals auf ein anderes Objekt und im Dezember 1887 wurde die Universität vom Staatsministerium für Kirchen- & Schulangelegenheiten ermächtigt, ein Anwesen in der Rotkreuzstraße 13 zu erwerben und das dortige Gebäude als Irrenklinik einzurichten.¹¹⁴

Insgesamt lässt sich sagen, dass bei der Suche nach einem passenden Grundstück oder Gebäude für die Unterbringung der Patient*innen aus der Irrenabteilung des Juliusspitals der Charakter der neuen Einrichtung als psychiatrische Klinik eine große Rolle spielte. Dies äußerte sich etwa darin, dass die Klinik innerhalb einer Viertelstunde von anderen

¹¹⁰ Vgl. Böning 2004, S. 163.

¹¹¹ Vgl. UAWü, ARS Nr. 3293.

¹¹² Vgl. UAWü, PA 166, S. 1.

¹¹³ Vgl. Senat der Universität Würzburg an die Regierung von Unterfranken und Aschaffenburg, 6.8.1887, UAWü, ARS Nr. 3293.

¹¹⁴ Vgl. Verwaltungsausschuss der Universität Würzburg an den Senat der Universität Würzburg, 30.11.1887, UAWü, ARS Nr. 3293.

Unterrichtsstätten für Medizinstudierende aus erreichbar sein sollte oder dass früh ein eigener Hörsaal und Räume für Forschung in den Planungen berücksichtigt wurden. Auf der anderen Seite sorgten häufig die begrenzten finanziellen Möglichkeiten dafür, dass ins Auge gefasste Standorte wieder aufgegeben werden mussten. Auch den als inhuman empfundenen Zuständen im Juliusspital Abhilfe zu schaffen, wurde immer wieder als Motiv für eine andere Unterbringung der Kranken genannt.

2.3 Zwischenphase in der Rotkreuzstraße

Am 17. Oktober 1888 wurde schließlich realisiert die Irrenabteilung des Juliusspitals aufzulösen, nachdem dies bereits seit über einem dreiviertel Jahrhundert angestrebt worden war. An diesem Tag wurden sämtliche psychisch Erkrankten aus dem Juliusspital in ein Anwesen in der Rotkreuzstraße 13 verlegt, wo schon in den Monaten August und September einzelne Patient*innen untergebracht worden waren. Die dort bereits vorhandenen Gebäude hatte man im Laufe des Sommers 1888 so eingerichtet, dass man das Anwesen als psychiatrische Klinik nutzen konnte. Jedoch herrschte von Beginn an die Ansicht vor, dass es sich bei dem Standort in der Rotkreuzstraße nur um eine Notlösung handle, welche aufgrund ihrer ungünstigen Lage und der räumlichen Beschränkungen auf Dauer nicht befriedigend sein könnte.¹¹⁵

Eine solche Durchgangsstufe auf dem Weg zur eigenständigen psychiatrischen Klinik war dabei nicht nur in Würzburg zu finden. Auch in Halle wurden psychiatrisierte Personen zwischenzeitlich in einem Provisorium versorgt, bevor die endgültige Klinik ihren Platz fand.¹¹⁶

Die Räumlichkeiten in der Würzburger Rotkreuzstraße boten Platz für 35-40 Patient*innen, wobei 25 dieser Plätze für stiftungsberechtigte Kranke des Juliusspitals vorgesehen waren. Neben den Räumen für Patient*innen wurde ein Hörsaal eingerichtet, welcher sich in dem niedrigen Fabrikgebäude befand, welches rechts auf der untenstehenden Fotografie zu sehen ist.¹¹⁷

¹¹⁵ Vgl. Brief des Verwaltungsausschusses der Universität Würzburg, 29.01.1890, UAWü, ARS Nr. 3293.

¹¹⁶ Vgl. Rieger 1894a, S. 4; Zimmermann 1991, S. 14–15.

¹¹⁷ Vgl. Rieger 1916, S. 71, 106.

Konrad Rieger selbst bezeichnete die Situation in der Rotkreuzstraße später als „provisorische Klinik“¹¹⁸ und „traurige[s] Pfluswerk der Adaptierung“¹¹⁹, welches er bloß ins Auge fasste, weil eine bessere Lösung, die den Auszug aus dem Juliuspital ermöglicht hätte, damals nicht in Sicht war und nur geringe Geldmittel bewilligt wurden, welche zum Ankauf eines bestehenden Gebäudes vorgesehen waren.¹²⁰

Doch nicht nur deren Leiter empfand die provisorische Klinik in der Rotkreuzstraße als unbefriedigend, viele Anwohner*innen beschwerten sich über aus der Klinik stammenden Lärm und die dadurch empfundene Entwertung ihrer Immobilien.¹²¹ Auch in der Würzburger Lokalpresse wurde das Thema aufgegriffen und die Nachbar*innen der Klinik richteten sich schließlich mit einer Petition an das Ministerium.¹²² Diese Proteste und der ohnehin provisorische Charakter führten dazu, dass bereits ein Jahr nach Umzug in die Rotkreuzstraße wieder ein vorläufiger Vertrag zum Verkauf des Anwesens abgeschlossen wurde und die Suche nach einem passenden Bauplatz von neuem begann. Dabei fiel die Wahl auf ein Weingut des Bürgerspitals am Schalksberg, am westlichen Ende des Stadtteils Grombühl, welches der psychiatrischen Klinik als Schenkung von der Stadt Würzburg zur Verfügung gestellt wurde.¹²³ Nach der lange dauernden Suche konnte dort am 1. Juni 1893 der Neubau der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg eröffnet werden, nachdem aus Geldmangel Patient*innen bereits drei Jahre lang mit Erdarbeiten beschäftigt gewesen waren.¹²⁴

Hiermit fiel die Neueröffnung in eine allgemeine Phase des Umbruchs der universitären Psychiatrie in Deutschland. 1878 erfolgte bereits die Eröffnung einer Klinik in Heidelberg, 1879 in Jena, 1882 folgte Leipzig, 1891 Halle. Die ersten Patient*innen in der neuen psychiatrischen Klinik in Gießen konnten 1896 aufgenommen werden. Nach der Jahrhundertwende wurde dann die Klinik in München im Jahr 1904 eröffnet, die in Berlin

¹¹⁸ Rieger 1899, S. 1.

¹¹⁹ Rieger 1916, S. 47.

¹²⁰ Vgl. Rieger 1916, S. 46–47.

¹²¹ Vgl. Verwaltungsausschuss der Universität Würzburg an den Senat der Universität Würzburg, 29.01.1890, UAWü, ARS Nr. 3293. Auch in Halle stieß die in Privathäusern untergebrachte Interimsklinik auf Protest der Nachbarschaft, vgl. Zimmermann 1991, S. 14.

¹²² Vgl. Rieger 1916, S. 69.

¹²³ Vgl. Verwaltungsausschuss der Universität Würzburg an den Senat der Universität Würzburg, 29.01.1890, UAWü, ARS Nr. 3293. Bei diesem ebenfalls an der Fuchsleinstraße gelegenen Grundstück handelte es sich jedoch nicht um das bereits im Jahr 1887 anvisierte, welches ein deutlich kleinerer, sich in privater Hand befindlicher Garten war, vgl. Senat der Universität Würzburg an die Regierung von Unterfranken und Aschaffenburg, 06.08.1887, UAWü, ARS Nr. 3293; Verwaltungsausschuss der Universität Würzburg an den Senat der Universität Würzburg, 29.01.1890, UAWü, ARS Nr. 3293.

¹²⁴ Vgl. Rieger 1894a, S. 3; Rieger 1916, S. 74.

wurde 1905 fertiggestellt.¹²⁵ Auch wenn Rieger schrieb, dass es sich bei der Klinik in Würzburg erst um die zweite nach Halle handelte, welche aus rein wissenschaftlichen Motiven gegründet worden sei, reihte sich diese Neueröffnung also in eine allgemeine Entwicklungstendenz in der deutschen Psychiatriclandschaft ein.¹²⁶



Abbildung 1 - Gebäude in der Rotkreuzstraße 13. Quelle: Rieger, Konrad: *Die Julius-Universität und das Julius-Spital. Fünfter Bericht aus den Jahren 1912 bis 1916 aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg*, Würzburg 1916, S. 71.

In dieser Umbruchszeit können besonders betont die Charakteristika universitärer psychiatrischer Institutionen beobachtet werden, da sich diese erst etablieren und gegen bestehende Konzepte, in erster Linie die Anstaltspsychiatrie, behaupten mussten.¹²⁷ Insbesondere in Würzburg sollte außerdem ein Kontrast geschaffen werden zu den als inhuman angesehen Umständen der juliusspitälischen Irrenabteilung und in einem neuen Gebäude ein neues Kapitel der lokalen Psychiatrie beginnen. Wie ebenjenes Gebäude lokalisiert und gestaltet war und wie sich in diesem die Charakteristika der sich neu findenden universitären Psychiatrie widerspiegeln, wird im nächsten Kapitel thematisiert.

¹²⁵ Vgl. Engstrom 2003b, S. 4; Enke 2003, S. 79.

¹²⁶ Vgl. Rieger 1894a, S. 13.

¹²⁷ Vgl. Engstrom 2003b, S. 3.

3 Räumliche Situation der Klinik

3.1 Lage der psychiatrischen Klinik

Zunächst soll bei der Betrachtung der räumlichen Situation der psychiatrischen Klinik deren Lage erörtert werden. Wie diese optimal zu gestalten war, war einer der großen Streitpunkte unter Psychiatern in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, insbesondere zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie. Dementsprechend gilt es hier zu betrachten, inwiefern sich die Würzburger Klinik schon durch ihren Bauplatz von Anstalten abgrenzte und unterschied.

Anfang und Mitte des Jahrhunderts gegründete Anstalten zeichneten sich in erster Linie durch ihre isolierte Lage auf dem Land aus. Die Beweggründe dazu bestanden aus einer Mischung aus moralischen und finanziellen Aspekten sowie Sicherheitsbedenken. Irrenärzte der Zeit selbst begründeten die Abgeschiedenheit der Anstalten beispielsweise mit der Notwendigkeit die Kranken aus ihrem gewohnten Umfeld und dem hektischen Stadtleben zu entfernen, um eine Therapie zu ermöglichen.¹²⁸

Gegen Ende der 1860er Jahre stellte dann der damals an der Charité in Berlin tätige Psychiater Wilhelm Griesinger Überlegungen zu einem Reformprogramm an, welches von vielen seiner in Anstalten tätigen Kollegen scharf kritisiert wurde. Die von Griesinger angestoßenen Reformen sollten jedoch bedeutend werden für die Entwicklung der Universitätspsychiatrie in Deutschland.¹²⁹

In seinem 1868 veröffentlichten Aufsatz „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“ kritisierte Wilhelm Griesinger die bisherige Praxis der Behandlung psychisch Erkrankter in Heil- und Pflegeanstalten (oder einer Kombination beider), welche auf der vermuteten Heilbarkeit der Erkrankung basierte und plädierte für eine Neuordnung der psychiatrischen Institutionen. Er forderte zwei neue Typen von Anstalten „mit ganz verschiedene[r] Lage, Einrichtung [und] Organisation [...]“, die eine bestimmt für einen bloß transitorischen, die andere für einen langen Aufenthalt der Kranken“¹³⁰.

¹²⁸ Vgl. Engstrom 2003b, S. 19.

¹²⁹ Vgl. Engstrom 2003b, S. 53.

¹³⁰ Griesinger, Wilhelm: Gesammelte Abhandlungen. Erster Band. Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen, Berlin 1872, S. 269.

Die ersteren, nur für kurze Aufenthalte bei akuten Erkrankungen oder exazerbierten chronischen Krankheiten vorgesehenen Einrichtungen bezeichnete Griesinger als Stadtasyle. Er forderte ein solches in unmittelbarer Nähe jeder Stadt einer gewissen Größe zu errichten, um schnelle und möglichst unkomplizierte Aufnahmen zu ermöglichen. Zu diesem Zweck sah er auch möglichst viele kostenlose Aufnahmen als erforderlich an, welche armen Patient*innen zugutekommen sollten, betonte gleichzeitig jedoch die Bedeutung der Stadtasyle für die gebildete, aber nicht vermögende Stadtbevölkerung.¹³¹

Auf Griesingers Konzept des Stadtasyls wurde sich bei den Überlegungen zu einem Neubau der psychiatrischen Klinik in Würzburg früh bezogen. So führte Rinecker in einem Bericht von 1882 die Ideen Griesingers an, um für einen möglichst nah an der Stadt gelegenen Neubau zu argumentieren.¹³² Eröffnet wurde die neue Klinik dann im Jahr 1893 am nördlichen Ende der Stadt Würzburg in der Fuchsleinstraße, welche wiederum am Rand des Arbeiter*innen- und Fabrikstadtteils Grombühl lag.¹³³

Hiermit entsprach die Lage der Würzburger Klinik recht genau den Anforderungen, welche Griesinger 1868 aufgestellt hatte.¹³⁴ Ähnlich wie Griesinger äußerte sich auch Rieger zur seinen Vorstellungen entsprechenden Lage psychiatrischer Kliniken: „Denn sowohl die Bahnhöfe als die psychiatrischen Kliniken gehören unmittelbar an die Peripherien der Städte: nicht zu nah und nicht zu fern.“¹³⁵

Diesem Grundsatz folgten auch die meisten in anderen Universitätsstädten des Deutschen Reiches errichteten psychiatrischen Kliniken. So waren diese in Jena, Leipzig, Gießen und Halle ebenfalls direkt am Stadtrand gelegen. Die psychiatrischen Einrichtungen

¹³¹ Vgl. Griesinger 1872, S. 272–274. Diese hohe Zahl an kostenlosen Aufnahmen war in Würzburg durch 25 vom Juliuspital finanzierte Freiplätze für stiftungsberechtigte Kranke gesichert, welche in einem Vertrag zwischen Juliuspital und neuer psychiatrischer Klinik festgeschrieben waren, vgl. Rieger 1899, S. 54–55.

¹³² Vgl. Rinecker an den Senat der Universität Würzburg, 24.12.1882, UAWü, ARS Nr. 3293. Auch der in Würzburg tätige Psychiater Robert Sommer setzte sich in einem Aufsatz mit dem Titel „Die Ausführung des Griesinger’schen Programms“ ein Jahr nach Eröffnung der Klinik mit dem Konzept des Stadtasyls auseinander, vgl. Sommer, Robert: Die Ausführung des Griesinger’schen Programms, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 17 (1894b). Rieger selbst benutzt den Begriff des Stadtasyls nicht im Zusammenhang mit der Würzburger Klinik, aber an anderer Stelle, vgl. beispielsweise Rieger 1910, S. 99.

¹³³ Ein Bauplan zur Errichtung der Klinik bezeichnet die Straße, an welcher die Klinik erbaut wurde als „Neue Fuchslein Strasse“, die Akte in welcher dieser sich befindet trägt den Betreff „Fuchsleinstraße 15 – Psychiatrische- und Nervenlink“, vgl. StadtAWü, Nr. 10960. Zum Stadtteil Grombühl siehe auch Woerl, Leo: Führer durch Würzburg und Umgebung. Mit Illustrationen, Plan der Stadt und einer Karte der Umgebung, Leipzig 1899, S. 99–101.

¹³⁴ „Ist es ausnahmsweise möglich, noch in einer Stadt selbst, nur nicht in Mitten, sondern an der Peripherie, einen [...] befriedigenden Platz zu bekommen, so ist ein solcher schon viel besser, als wenn man eine halbe Stunde vor den Thoren einer großen Stadt baut.“, Griesinger 1872, S. 274.

¹³⁵ Rieger 1916, S. 90.

befanden sich dabei teils gemeinsam mit anderen Kliniken auf einem Gelände, teils von diesen getrennt.¹³⁶ Eine Abweichung von diesem Grundsatz war beispielsweise in München festzustellen, wo die psychiatrische Klinik zentraler, in unmittelbarer Nähe zum Altstadtring, erbaut wurde.¹³⁷ Insgesamt lässt sich jedoch sagen, dass die psychiatrische Klinik in Würzburg mit ihrer Lage durchaus repräsentativ ist für die Lokalisierung universitärer Psychiatrien um 1900.



Abbildung 2 - Zeitgenössischer Plan der Stadt Würzburg, Lage der Klinik durch Pfeil markiert. Quelle: Brockhaus' Konversations-Lexikon. Vierzehnte vollständig neubearbeitete Auflage. In sechzehn Bänden. Sechzehnter Band, Leipzig, Berlin, Wien 1894, S. 875a.

¹³⁶ Vgl. Ed. Gaebler's Plan von Leipzig (um 1900). Online verfügbar unter https://www.landkartenarchiv.de/stadtplansammlung.php?q=gaebler's_plan_von_leipzig_u1900, zuletzt geprüft am 31.07.2022; Stadtplan von Halle an der Saale 1:10.000 (1904). Online verfügbar unter https://www.landkartenarchiv.de/historischestadtplaene.php?q=landkartenarchiv_halle_1920, zuletzt geprüft am 31.07.2022; Plan der Stadt Jena 1:8.000 (1910). Online verfügbar unter https://www.landkartenarchiv.de/stadtplansammlung.php?q=plan_der_stadt_jena_1910, zuletzt geprüft am 31.07.2022; Stadtplan Gießen (1925). Online verfügbar unter https://www.landkartenarchiv.de/mobil/historischestadtplaene600.php?q=landkartenarchiv_giessen_2_1925, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

¹³⁷ Vgl. Hippius/Möller/Müller/Neundörfer-Kohl 2008, S. 47–49; Stadtplan München. Juni 1909. Online verfügbar unter https://www.landkartenarchiv.de/historischestadtplaene600.php?q=landkartenarchiv_muenchen_gross_6_1909, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

Welche Faktoren neben den psychiatrisch-theoretischen dazu führten, dass in Würzburg genau dieser Standort der Klinik festgelegt wurde und der weite Weg bis es dazu kam, wurden oben bereits dargelegt. Nochmals betont werden soll der Einfluss finanzieller Aspekte, welcher die Suche nach einem geeigneten Bauplatz maßgeblich bestimmte und wohl auch einen eher dezentralen Standort begünstigte.¹³⁸ Konrad Rieger bezeichnete den Bauplatz der Klinik trotz dieser finanziellen Zwänge als seinen Vorstellungen entsprechend und nannte als Bedingungen, welche durch die Lage erfüllt werden mussten „einerseits Freiheit von Nachbarschaft, welche wechselseitige Störungen zur Folge hätte; andererseits [...] Nähe bei der Stadt und bei den übrigen medizinischen Instituten“¹³⁹. Auch sollte die psychiatrische Klinik innerhalb einer Viertelstunde, des akademischen Viertels, von den anderen universitären Einrichtungen aus zu erreichen sein.¹⁴⁰ Neben anderen Erwägungen war also die Funktion als akademisches Lehrinstitut relevant für die Auswahl des Bauplatzes.

Nachdem hier die äußere räumliche Situation der Klinik und deren Ursachen dargelegt wurden, soll es in den nächsten beiden Kapiteln um die innere gehen. Dabei wird zunächst betrachtet, in welchen Zimmern die Patient*innen untergebracht wurden und welche Konzepte dem zugrunde lagen. Im Anschluss werden weitere Räume, insbesondere die für Lehre und Forschung vorgesehenen, beschrieben und in ihrer Funktion analysiert.

3.2 Wachsäle und Seitenlogen – Die Unterbringung der Patient*innen

Insgesamt setzte sich die neue psychiatrische Klinik aus drei Gebäuden zusammen, einem Hauptgebäude und zwei symmetrisch dahinter gelegenen Nebengebäuden. Gemäß der Aufgaben einer Universitätsklinik mussten diese für Lehrveranstaltungen und Weiterbildung junger Ärzt*innen, Forschung und Versorgung der psychiatrischen Patient*innen geeignet sein.

¹³⁸ Konrad Rieger nannte es eine Bedingung für das Gelingen eines Neubaus, dass ein kostenloser Bauplatz zur Verfügung stand, vgl. Rieger 1894a, S. 4.

¹³⁹ Rieger, Konrad: Dritte Denkschrift (von Neujahr 1905) über die Belästigung der Nachbarschaft durch den Bahnhof. Unter Bezugnahme auf die erste Denkschrift vom September 1901 und die zweite vom Dezember 1903, Würzburg 1905, S. 13. Die einzige Einschränkung der guten Lage der Klinik sah Rieger in der Nähe des Bahnhofs und daraus resultierenden Problemen, etwa durch Lärm- und Rauchentstehung.

¹⁴⁰ Vgl. Verwaltungsausschuss der Universität Würzburg an Universitätssenat Würzburg, 29.01.1890, UAWü, ARS Nr. 3293.

Die Zimmer der Patient*innen lagen in den beiden Seitengebäuden und boten Platz für insgesamt 60 Kranke, eine Zahl, welche Griesinger als angemessen für kleinere Stadtsäle beschrieb.¹⁴¹ Vergleicht man die Größe jedoch mit anderen Ende des 19. Jahrhunderts eröffneten psychiatrischen Kliniken, so zeigt sich, dass diese oft eine höhere Zahl an Patient*innen beherbergen konnten: Die 1878 in Heidelberg eröffnete Klinik verfügte beispielsweise über 110 Betten, in Halle waren es ab 1891 114 und in Gießen konnte man in der Universitätsklinik für Geisteskrankheiten ab 1896 100 Personen stationär behandeln, in Leipzig gar 160.¹⁴²

Bei der Größe der psychiatrischen Kliniken gilt es jedoch auch zu bedenken, dass in anderen deutschen Staaten, wie etwa Baden, Hessen und Sachsen, die psychiatrische Versorgung Aufgabe des Staates war und damit in den gleichen Zuständigkeitsbereich wie die universitäre Ausbildung fiel. Dadurch kam es häufig zur Einheit von Kreisirrenanstalt und Universitätseinrichtung, was größere Kliniken mit sich brachte. In Bayern waren diese Aufgabenbereiche getrennt, wodurch die Würzburger Klinik in erster Linie für universitäre Zwecke zuständig war und die Kreisirrenanstalt davon unabhängig.¹⁴³

Die Aufgabe der stationären psychiatrischen Versorgung des Großteils der Bevölkerung verblieb somit im Zuständigkeitsbereich der Anstalten. Hierbei entstanden Anfang des neunzehnten Jahrhunderts durch einen „Anstaltsboom“ schnell ge- und überfüllte Großanstalten, welche die Kapazitäten der kleinen Würzburger Klinik um ein Vielfaches überstiegen.¹⁴⁴ Beispielhaft zu nennen ist hier die 1905 in Egelfing bei München errichtete Anstalt, welche bereits für über 1.000 Betten geplant war, jedoch bald durch eine weitere in Haar ergänzt werden musste.¹⁴⁵ Auch die unterfränkischen Kreisirrenanstalten hatten zu Beginn des ersten Weltkrieges mit rund 600 Patient*innen in Werneck und über 400 in Lohr ungleich größere Kapazitäten als die psychiatrische Klinik.¹⁴⁶

¹⁴¹ Vgl. Griesinger 1872, S. 275.

¹⁴² Vgl. Guttstadt, Albert: Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich. Die Anstaltsfürsorge für Kranke und Gebrechliche und die hygienischen Einrichtungen der Städte im Deutschen Reich am Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts, Berlin 1900, S. 212, 669, 745, 773.

¹⁴³ Vgl. Rieger 1894b, S. 469.

¹⁴⁴ Vgl. Brink 2010, S. 109–135.

¹⁴⁵ Vgl. Jetter 1981, S. 58–59.

¹⁴⁶ Vgl. Schmelter, Thomas; Meesmann, Christine; Walter, Gisela; Praxl, Herwig: Heil- und Pflegeanstalt Werneck, in: Siemen, Hans-Ludwig; Cranach, Michael (Hrsgg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus*, München 2012, S. 51; Posamentier, Raoul: Heil- und Pflegeanstalt Lohr am Main, in: Siemen, Hans-Ludwig; Cranach, Michael (Hrsgg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus*, München 2012, S. 56.

In dieser herrschte noch eine weitere Besonderheit, welche die geringe Bettenziffer etwas relativierte, zumindest in Hinblick auf die Zahl an Patient*innen, auf welche für wissenschaftliche Belange zurückgegriffen werden konnte. So hatte die psychiatrische Universitätsklinik weitere Patient*innen im Juliusspital in ihrem Aufgaben- und Zugriffsbereich, wobei es sich um „88 unheilbare Pfründner [...] und zwar 40 unheilbare Geisteskranke und 48 Epileptische“¹⁴⁷ handelte. Somit erhöhte sich die Zahl der Kranken, welche für Forschung und Lehre zur Verfügung standen auf insgesamt 148, von denen weniger als die Hälfte in den eigentlichen Räumen der Klinik untergebracht war.¹⁴⁸

Dem Baustil entsprechend, der sich für psychiatrische Institutionen in Deutschland etabliert hatte, wurde die psychiatrische Klinik in Würzburg durch eine Mittelachse getrennt, welche männliche und weibliche Kranke unterschiedlichen Bauten zuordnete. Eine strikte bauliche Separierung der Patient*innen nach ruhigen und unruhigen, welche sich häufig in Anstalten des 19. Jahrhunderts fand, existierte in Würzburg nicht.¹⁴⁹ Dennoch bestand diese Gliederung nach Ruhigen und Unruhigen in verminderter Form auch dort, indem die für unruhigere und frischer Erkrankte vorgesehenen Wachsäle jeweils an der Rückseite des Gebäudes lagen.¹⁵⁰ Dass diese Trennung jedoch weniger stark ausgeprägt war als in anderen psychiatrischen Institutionen, mag teilweise an der vergleichsweise kleinen Größe der Klinik liegen, war aber auch durch das in Würzburg vorherrschende Behandlungskonzept mitbestimmt, wie weiter unten gezeigt werden wird.

Durch die drei separaten Gebäude der Würzburger Klinik ist des Weiteren ein Anklang an das sich Ende des 19. Jahrhunderts in der Psychiatrie etablierende Pavillonsystem zu erkennen. Dieses war charakterisiert durch Einzelbauten, welche das zuvor verbreitete blockartige Baukonzept ablösten.¹⁵¹ Da in Würzburg die Größe mit drei Pavillons recht klein war, lässt sich jedoch allenfalls von einem „Pavillonsystem in Miniatur“ sprechen,

¹⁴⁷ Rieger 1894a, S. 5.

¹⁴⁸ Im Folgenden werden die Patient*innen der psychiatrischen Klinik im engeren Sinne betrachtet, also diejenigen, die in einem der 60 Betten des Neubaus untergebracht waren. Über die als unheilbar betrachteten Pfründner*innen im Juliusspital gibt es nur wenige Erwähnungen, im Mittelpunkt standen in den vorliegenden Aufzeichnungen die im Neubau Untergebrachten.

¹⁴⁹ Vgl. Rieger 1894a, S. 16–17. Das Fortbestehen dieser Gliederung nach ruhig und unruhig, auch abseits klassischer Anstalten wie der in Illenau, zeigt beispielsweise der Grundriss der damaligen Klinik in Gießen, vgl. Dannemann, Adolf: Die psychiatrische Klinik zu Gießen. Ein Beitrag zur practischen Psychiatrie, Berlin 1899, S. 62. Die Achsen konnten in großen Anstalten noch entlang weiterer sozialer Trennungslinien verlaufen. In der Illenau waren das neben oben genannten etwa die der Bildung und der Zahlungsfähigkeit, vgl. Jetter 1981, S. 42.

¹⁵⁰ Vgl. Rieger 1894a, S. 16–17.

¹⁵¹ Vgl. Habermann 1977, S. 90–91.

was etwa ein vergleichender Blick auf den Grundriss der Großanstalt in Eglfing verdeutlicht.¹⁵² Dennoch nutzte Rieger selbst in seiner Baubeschreibung der neuen Klinik den Begriff des Pavillonsystems.¹⁵³

In zweien der Gebäude, den symmetrischen Seitenbauten, fanden sich hauptsächlich im Erdgeschoss Krankenzimmer, wobei jeweils ein großer Wachsaal zur Verfügung stand. Zusätzlich existierten ein Schlafsaal mit neun Betten, ein Schlafzimmer mit 3 Betten, drei Einzelzimmer und eine Polsterzelle im Erdgeschoss sowie weitere Zimmer für Pensionär*innen im Obergeschoss.¹⁵⁴

Eine Besonderheit der Unterbringung, welche Konrad Rieger an verschiedenen Stellen betonte, war das Fehlen einer eigenen Abteilung für unruhige Kranke.¹⁵⁵ Dies beruhte auf den Erfahrungen, welche in der provisorischen Klinik ab 1888 gemacht worden waren, wo aufgrund eingeschränkter räumlicher Kapazitäten eine solche Abteilung nicht eingerichtet werden konnte. Der Klinikdirektor beschrieb, dass er nach anfänglichen Bedenken die Erfahrung machte, dass „trotz der im Übrigen recht mangelhaften Einrichtungen [...] ohne Zellen unruhige Kranke besser und leichter zu verpflegen waren als mit solchen“¹⁵⁶. Dennoch befand sich, wie der Grundriss erkennen lässt, in der neuen Klinik in der Fuchsleinstraße neben den Wachsälen jeweils eine Polsterzelle. Rieger sprach dabei von einem System der „Seitenlogen“, wobei er dazu auch die an die Wachsäle angegliederten Einzelzimmer zählte. Diese Isolierzimmer sollten ihm zufolge nur im äußersten Fall belegt werden und die meiste Zeit über leer stehen oder zumindest mit offenen Türen benutzt werden, um die Beobachtung durch das Personal im Wachsaal nicht zu unterbrechen. Bei

¹⁵² Vgl. Müller, N.: Historische und aktuelle Bauprinzipien psychiatrischer Kliniken, in: Der Nervenarzt 68 (1997), S. 191.

¹⁵³ Vgl. Rieger 1894a, S. 8.

¹⁵⁴ Vgl. StadtAWü, Nr. 10960. Im dortigen Entwurf waren noch zwei getrennte Wachsäle pro Geschlecht mit jeweils 6 Betten vorgesehen, bei einem später von Rieger veröffentlichten Grundriss nur jeweils eine große Wachabteilung, vgl. Rieger 1894a, S. 16–17.

¹⁵⁵ Rieger ging zunächst davon aus, dass die Würzburger Klinik die erste in Deutschland war, die auf solche gesonderte Abteilungen verzichtete, musste jedoch feststellen, dass in Bremen bereits früher auf eine Unruhigenabteilung verzichtet worden war, vgl. Rieger 1894b, S. 513–514.

¹⁵⁶ Rieger 1894a, S. 9. Eine ähnliche Beobachtung wurde später beispielsweise auch in der Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen gemacht, als man die dortigen Isolierabteilungen auflöste, vgl. Ankele, Monika: Sich aufführen. Rauminterventionen und Wissenspraktiken in der Psychiatrie um 1900, in: Ankele, Monika; Kaiser, Céline; Ledebur, Sophie (Hrsgg.), Aufführen – Aufzeichnen – Anordnen. Wissenspraktiken in Psychiatrie und Psychotherapie, Wiesbaden 2019, S. 85.

der Angabe von 60 verfügbaren Betten wurden die an den Wachsaal angeschlossenen Einzelräume nicht mitgerechnet, was deren Notfallfunktion verdeutlichen sollte.¹⁵⁷

Hierbei gilt es zu bedenken, dass diese Äußerungen auf eine bestimmte Außenwirkung zielten und den modernen Charakter der Klinik verdeutlichen sollten. Hier reihte sich die Abschaffung einer eigenen Tobabteilung und das Reduzieren von Zellen in den historischen Trend der Non-Restraint-Bewegung ein, welche darauf abzielte, mechanische Zwangsmittel in der Psychiatrie zu bekämpfen. Was dabei unter Zwang und Zwangsmittel verstanden wurde, kann jedoch in Augen von Psychiater*innen und Patient*innen durchaus verschieden gewesen sein, worauf auch im Kapitel zur praktizierten Behandlung eingegangen werden wird.¹⁵⁸ Schon die Benutzung des Begriffs der Polsterzelle soll das mit Zwang assoziierte Bild einer Zelle auch sprachlich auspolstern und mildern.¹⁵⁹

Um Zellen in großem Stil vermeiden zu können, wurde als Charakteristikum einer sich um 1900 als modern begreifenden Psychiatrie die Institution des Wachsaals eingeführt. In diesem Raum standen die Patient*innen unter der ständigen Beobachtung durch Pfleger*innen, welche bei unerwünschtem und als pathologisch gelesenen Verhalten direkt intervenieren konnten, anders als es bei der abgeschiedenen Unterbringung in Zellen der Fall war.¹⁶⁰

So nahm auch in der psychiatrischen Klinik der Würzburger Universität der Wachsaal eine sowohl räumlich als auch therapeutisch zentrale Rolle ein.¹⁶¹ Neben der oben erwähnten Überwachung der Kranken durch Schwestern und Wärter, sollte in Würzburg durch möglichst häufiges Erscheinen von Ärzten im von vier Seiten zu betretenden

¹⁵⁷ Vgl. Rieger 1894b, S. 517–519. Eine Einschätzung, wie strikt man sich an diesen Vorsatz hielt und wie oft Patient*innen in den Zellen isoliert wurden, ist mit den vorliegenden Quellen nicht möglich. Laut Rieger war es nicht vorgesehen, die Polsterzelle länger als eine Viertelstunde mit geschlossener Türe zu verwenden, vgl. Rieger 1894a, S. 11. In Einzelfällen wurde der Raum wohl für epileptische Patient*innen mit schweren Anfällen genutzt, vgl. Rieger 1916, S. 680.

¹⁵⁸ Vgl. Meier/Bernet/Dubach/Germann 2007, S. 87–89.

¹⁵⁹ Zu dieser Thematik noch zu erwähnen ist die Betonung Riegers, dass „überall verschliessbare Holzjalousieläden vorhanden sind, die, wo nötig, die fehlenden Gitter völlig ersetzen können und dabei sehr freundlich aussehen.“, Rieger 1894a, S. 13. Das harte Material des Eisens wird hier durch das weiche und „freundlich aussehende“ Holz ersetzt, die Freiheit der Patient*innen bleibt dennoch eingeschränkt, vgl. auch Topp, Leslie: Freedom and the cage. Modern architecture and psychiatry in Central Europe, 1890-1914, University Park, Pennsylvania 2017, S. 1–3.

¹⁶⁰ Vgl. Ankele 2019, S. 87.

¹⁶¹ „Seine [des Baus] beiden Centra sind einerseits im Vordergebäude: der Hörsaal mit Umgebung, andererseits in den Krankenbauten: der Wachsaal mit Umgebung [...]. Wie in einer geburtshilflichen Klinik der Arzt jede Geburt, so muss er in der psychiatrischen Klinik jeden Aufregungszustand überwachen“, Rieger 1894b, S. 407.

Wachsaal eine Überwachung des restlichen Personals gewährleistet sein.¹⁶² Hierdurch bildete sich im Wachsaal eine Überwachungshierarchie, die sowohl unerwünschtes Verhalten der Patient*innen als auch des Personals durch möglichst dichte Beobachtung unterbinden sollte.

Eng verknüpft mit dem Aufkommen von Wachsälen war das Konzept der Bettbehandlung. Durch das konsequente Liegen im Bett wollte man einerseits den Patient*innen der Kliniken deren häufig selbst nicht so empfundenenes Kranksein verdeutlichen und sich andererseits dem Bild eines somatischen Krankenhauses nähern und dadurch das öffentliche Ansehen von Psychiatrien verbessern. Außerdem erhoffte man sich durch die klinische Beobachtung der Patient*innen in den Betten der Wachsäle ein Gewinnen neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse.¹⁶³

Auch dieses Behandlungskonzept und die daran gekoppelten Bedürfnisse schlugen sich im Würzburger Neubau nieder. So wurden die beiden Seitenbauten mit dem Hauptgebäude durch schwellenlose überdachte Gänge verbunden, um einen Transport der Patient*innen in den Hörsaal oder die Untersuchungsräume des Hauptgebäudes zu ermöglichen, ohne die Bettbehandlung unterbrechen zu müssen.¹⁶⁴ Hierbei waren neben therapeutischen auch didaktische Motive zentral: Durch das Gangsystem konnte ein größeres Spektrum an Patient*innen den klinischen Kursen und damit den Blicken der Studierenden zugeführt werden.¹⁶⁵

Eine weitere Behandlungsform neben der Bettbehandlung, deren Verwendung schon der abgebildete Grundriss erkennen lässt, ist die der Dauerbäder, welche um 1900 eine geläufige psychiatrische Praxis darstellten.¹⁶⁶ So befand sich direkt in den Wachsälen jeweils eine Badewanne, um auch beim (Dauer-)Bad eine Überwachung der Patient*innen sicherstellen zu können. Neben dieser Einrichtung im Wachsaal existierten noch eigene

¹⁶² Vgl. Rieger 1894b, S. 408.

¹⁶³ Vgl. Ankele, Monika: Horizontale Szenographien. Das Krankenbett als Schauplatz psychiatrischer Subjektivation, in: Friedrich, Lars; Harrasser, Karin; Kaiser, Céline (Hrsgg.), *Szenographien des Subjekts*, Wiesbaden 2018, S. 49–53.

¹⁶⁴ Vgl. Rieger 1894a, S. 8.

¹⁶⁵ Vgl. Engstrom, Eric J.: *Assembling Professional Selves: On Psychiatric Instruction in Imperial Germany*, in: Engstrom, Eric J.; Roelcke, Volker (Hrsgg.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, Basel 2003a, S. 136.

¹⁶⁶ Vgl. Ankele, Monika: *Materielle Konfigurationen der Pflege und ihre ethischen Implikationen. Das Dauerbad in der Psychiatrie*, in: *European Journal for Nursing History and Ethics* 2 (2020). Auf das Dauerbad wird im Kapitel zu den in der Klinik angewandten Therapieformen noch genauer eingegangen werden.

Badezimmer, in welchen sich ebenfalls Wannen befanden.¹⁶⁷ Ähnlich wie bei der Bettbehandlung dienten auch hier somatische Krankenhäuser als Vorbilder, denen es sich anzupassen galt. So bestanden bereits seit den 1880er Jahren Einrichtungen für permanente Bäder in chirurgischen Abteilungen.¹⁶⁸

Ein die Dauerbäder betreffender Wunsch Riegers, welcher zumindest 1894 noch nicht realisiert war, war der nach fahrbaren Badewannen. Diese hätten gewährleisten sollen, dass, wie bei der Bettbehandlung, eine Fortführung der sogenannten permanenten Bäder auch bei Transport in die Untersuchungszimmer möglich ist.¹⁶⁹ Welche Bedeutung die Bäder bei der Konzeption der Klinik einnahmen, zeigt auch die Tatsache, dass Rieger die Warmwasserversorgung, welche für die Dauerbäder nötig war, aus eigenen Mitteln bezahlte, als eine andere Finanzierung nicht möglich schien.¹⁷⁰

Bei der Betrachtung der räumlichen Gestaltung der Klinik lässt sich also mit Pavillons, Wachsaaal und Dauerbadeinrichtungen erkennen, wie diese von zeitgenössischen Trends und dem Bild einer fortschrittlichen psychiatrischen Institution geprägt war. Zu letzterem sollte auch die Abschaffung einer separaten Tobabteilung beitragen, wobei dennoch einzelne Zellen als sogenannte Seitenlogen erhalten blieben. Prägend war für die Raumkonzeption ebenfalls die Möglichkeit der Überwachung und Beobachtung von Patient*innen.

¹⁶⁷ Vgl. Rieger 1894a, S. 16–17.

¹⁶⁸ Vgl. Ankele 2020, S. 104, 108.

¹⁶⁹ Vgl. Rieger 1894b, S. 518. Solche fahrbaren Wannen, beziehungsweise entsprechende Fahrgestelle fanden sich auch in zeitgenössischen Katalogen für Krankenhausartikel, vgl. Ankele 2020, S. 110–111.

¹⁷⁰ Vgl. Rieger 1916, S. 103–105.

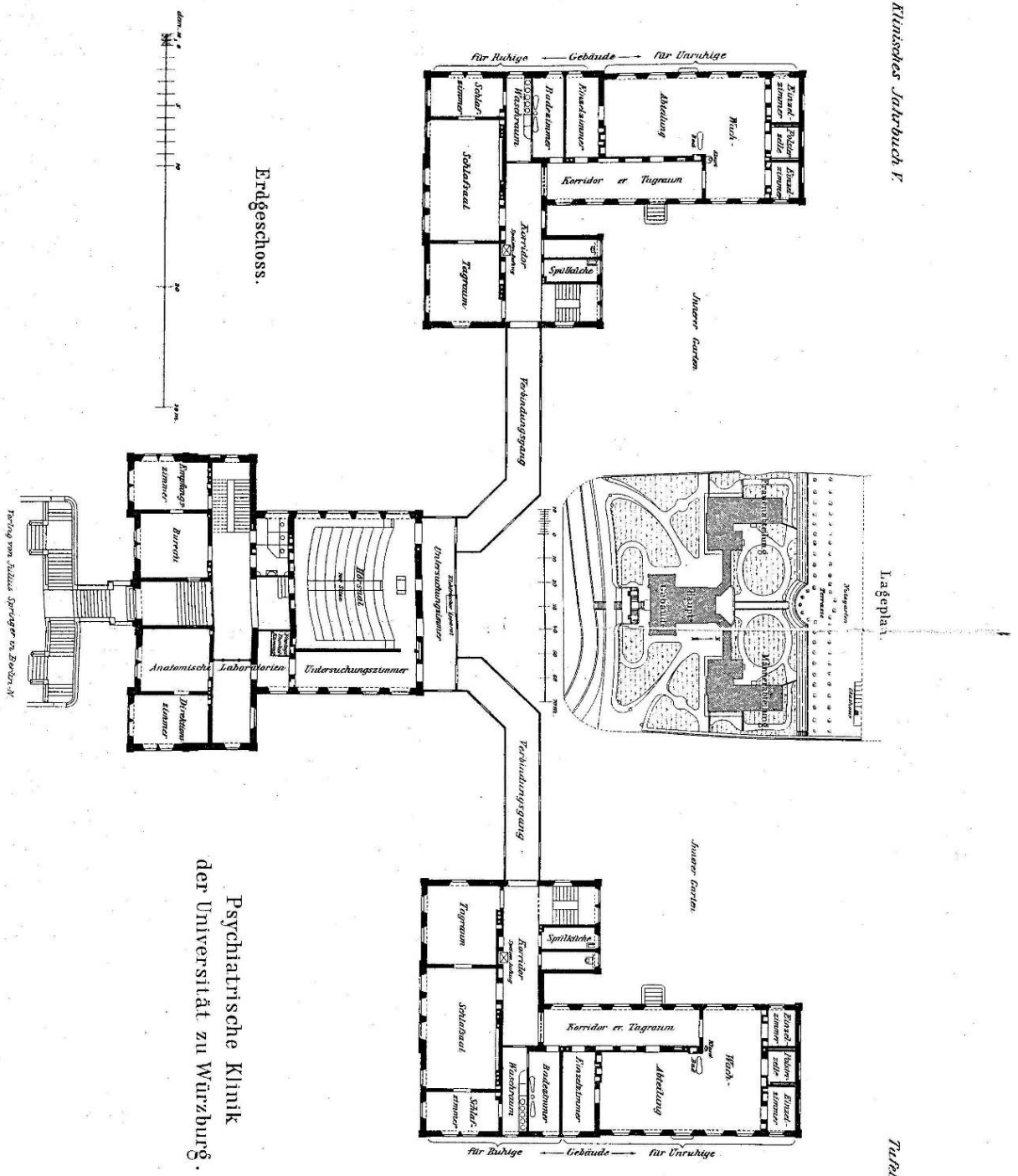


Abbildung 3 - Grundriss der psychiatrischen Klinik. Quelle: Rieger, Konrad: Die neue psychiatrische Klinik der Universität Würzburg, in: Guttstadt, A. (Hrsg.), Klinisches Jahrbuch, V. Band. Im Auftrage Seiner Excellenz des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, Berlin 1894a, S. 16-17.

3.3 Räumlichkeiten für wissenschaftliche, pädagogische und weitere Zwecke

Neben den oben beschriebenen Einrichtungen zur Unterbringung der Kranken waren weitere Räume von Nöten, um das Gesamtgefüge einer psychiatrischen Klinik zu bilden. So wie der Wachsaal als Zentrum der Seitenbauten gesehen werden kann, so erscheint bei Betrachtung des Gesamtbaus das Vordergebäude als Mittelpunkt. Dieses Zentrum hatte dabei, wie die Wachsäle, eine sowohl praktische als auch symbolische Funktion.

Konrad Rieger hob bei der Beschreibung des Neubaus hervor, dass (fast) das ganze Hauptgebäude für wissenschaftliche Zwecke vorgesehen war und zitierte als Begründung einen psychiatrischen Kollegen:

Die psychiatrischen Institute sind in erster Linie Institute zur Förderung wissenschaftlicher Arbeit. [...] Nach meiner Überzeugung reihen sich die psychiatrischen Kliniken den physikalischen, chemischen u.s.f. Instituten gleichwertig an.¹⁷¹

Rieger selbst bezeichnete die Würzburger Einrichtung als die zweite primär wissenschaftliche Ziele verfolgende psychiatrische Klinik des Deutschen Reiches nach der in Halle.¹⁷² Den damit einhergehenden Anforderungen an Lehre und Forschung entsprechend, fanden sich im Erdgeschoss des Hauptgebäudes ein Hörsaal für 100 Studierende, Untersuchungszimmer und anatomische Laboratorien.¹⁷³ Zusätzlich war das Obergeschoss mit Räumen ausgestattet für „chemische, physiologische und psychologische Arbeit, welche im Rahmen der auf das Hirn gerichteten Forschung liegt“¹⁷⁴, das Untergeschoss mit einem die anatomischen Arbeiten ergänzenden Leichen- und Sektionszimmer.¹⁷⁵

Verglichen mit anderen Psychiatrien um 1900 bot die Würzburger Klinik hiermit überdurchschnittliche Voraussetzungen. Ein eigener Hörsaal war damals eher die Ausnahme, in Göttingen mussten Vorlesungen etwa im Speisesaal abgehalten werden, Erlangen verfügte weder über einen Hörsaal noch über Unterrichtsmittel.¹⁷⁶

¹⁷¹ Rieger 1894a, S. 13.

¹⁷² Vgl. Rieger 1894a, S. 13; Rieger 1916, S. 98–101.

¹⁷³ Vgl. Rieger 1894a, S. 16–17.

¹⁷⁴ Rieger 1894a, S. 13.

¹⁷⁵ Vgl. Rieger 1894a, S. 7.

¹⁷⁶ Vgl. Engstrom 2003a, S. 134. Daneben bestanden jedoch auch Kliniken deren Grundriss die große Bedeutung der Lehre erkennen lässt, so etwa der der 1904 in München eröffneten Klinik mit großem und

Neben den hier genannten praktischen Erfordernissen, welche das Hauptgebäude erfüllen sollte, lohnt es sich auf dessen symbolische Funktion näher einzugehen. Castel bezeichnete psychiatrische Institutionen als „Grenzwache zwischen Vernunft und Wahnsinn“¹⁷⁷. Betrachtet man unter diesem Aspekt die Würzburger Klinik, so erscheint das Hauptgebäude wie ein vorgelagerter Brückenkopf, welcher diese Grenzwache ausbaut und verstärkt. Wer als Patient*in, Besucher*in, Mitarbeiter*in oder Student*in in eines der Seitengebäude ging, passierte automatisch das vorgelagerte Hauptgebäude, in welchem sich auch Empfangs- und Untersuchungszimmer befanden.

Im speziellen Kontext der universitären Psychiatrie um 1900 erfüllte das so vorgelagerte Gebäude noch eine weitere wichtige Funktion. Um die Jahrhundertwende war die Psychiatrie noch ein vergleichsweise junges Fach, welches durch das häufige Fehlen von Diagnosesystemen und zuverlässigen Prognosen einem entsprechenden Legitimationsdruck unterlag.¹⁷⁸ Auch innerfachlich galt es, sich gegen die Anstaltspsychiatrie durchzusetzen und die gegen Ende des neunzehnten Jahrhunderts erlangte Diskurshoheit auszubauen.¹⁷⁹

Ein Gebäude, das sich nun ganz dem Schaffen und Weitergeben von psychiatrischem Wissen widmete, konnte hierbei als Aushängeschild und Beweis der eigenen Wissenschaftlichkeit dienen. Insofern ist das obenstehende Zitat über die sich gleichwertig einreihenden psychiatrischen Institute einerseits als mögliche Selbstwahrnehmung zu betrachten, andererseits auch als das Idealbild, welches durch neue Kliniken und neue Erkenntnisse geschaffen werden sollte.¹⁸⁰

Neben diesen Einrichtungen verfügte die Klinik noch über weitere, welche vor allem für die innere Organisation des Klinikalltags von Bedeutung waren. Im Keller des Hauptgebäudes waren dies etwa eine Küche, ein Leichen- und Sektionszimmer, ein Heizungsraum

kleinem Hörsaal, vgl. Heilmann; Littmann: Baubeschreibung der Klinik, in: Die Königliche Psychiatrische Klinik in München, Leipzig 1905, S. 51–59.

¹⁷⁷ Castel 1983, S. 262.

¹⁷⁸ Vgl. Ankele, Monika: Ausdrucksbewegungen im Fokus des psychiatrischen Blicks um 1900. Aspekte einer "Diskursivierung des Alltäglichen", in: Wernli, Martina (Hrsg.), Wissen und Nicht-Wissen in der Klinik. Dynamiken der Psychiatrie um 1900, Bielefeld 2012, S. 92–93.

¹⁷⁹ Vgl. Ralser 2010, S. 158–159.

¹⁸⁰ Dass es sich hierbei um ein Idealbild und eine teils symbolische Einrichtung handelte, zeigt unter anderem die Tatsache, dass aufgrund mangelnder Mittel der wissenschaftliche Betrieb in der jungen Klinik nur sehr eingeschränkt möglich war, vgl. Rieger 1916, S. 98–101. Auch andere Kliniken kämpften mit einer mangelhaften Ausstattung ihrer Laboratorien, so etwa in Innsbruck, vgl. Ralser 2010, S. 193.

und die Wohnung des Hausmeisters, im Dachgeschoss, neben Magazin- und Sammlungs-
räumen, ein Betraum.¹⁸¹

In dieser sogenannten Hauskapelle wurden auf Initiative Riegers bereits im Jahr der Er-
öffnung erste Gottesdienste abgehalten. Es folgte eine längere Debatte über die Notwen-
digkeit von regelmäßigen Gottesdiensten und Seelsorge in der verhältnismäßig kleinen
Klinik, bis das Budget für diese schließlich 1896 genehmigt wurde.¹⁸²

Für die symmetrischen Seitenbauten sind nur die Baupläne der Abteilung für Männer
erhalten. Diese zeigen, neben den bereits oben eingehend beschriebenen Zimmern der
Patient*innen, Zimmer für Assistenzärzte im Obergeschoss und Werkstätten im Unterge-
schoss. Inwiefern diese Werkstätten des Bauplans von 1891 verwirklicht und möglicher-
weise für Arbeitstherapie genutzt wurden, lässt sich anhand der Akten nicht feststellen.¹⁸³

An anderer Stelle finden sich jedoch Belege für Arbeit durch Patient*innen beziehungs-
weise Arbeitstherapie: Schon während der Zeit in der Rotkreuzstraße arbeiteten Pati-
ent*innen von 1890 bis 1893 am die zukünftige Klinik umgebenden Garten. Die Fläche
von zwei Hektar wurde teilweise als Parkanlage gestaltet, teilweise wurden Bäume ge-
pflanzt und später für die Klinik genutzt und auch die Versorgung mit Gemüse konnte
aus dem Garten erfolgen.¹⁸⁴ Diese Arbeit durch Patient*innen war jedoch keine Beson-
derheit der Anfangsjahre, sondern fand auch zum Ende Riegers Amtszeit noch statt, wie
Einträge in Akten der 20er Jahre zeigen.¹⁸⁵

Insgesamt handelte es sich bei der psychiatrischen Klinik um eine recht kleine aber für
ihre Zeit moderne und durchaus typische universitär-psychiatrische Einrichtung. Sie teilte
mit den meisten anderen universitären Psychiatrien des Deutschen Reiches ihre Lage am
unmittelbaren Stadtrand und ihre verglichen mit Anstalten eher geringen Kapazitäten.
Auch die Behandlung der Patient*innen, welche sich mit Wachsaal und Einrichtungen
für Dauerbäder in der Architektur niederschlug, entsprach den modernen Verfahren der
Zeit. Durch das Hauptgebäude, welches Hörsaal, Labore, Sammlungen und Sezierraum

¹⁸¹ Vgl. StadtAWü, Nr. 10960; Rieger 1894a, S. 7.

¹⁸² Vgl. BHStA, MK 72542.

¹⁸³ Vgl. StadtAWü, Nr. 10960. Durch die Nähe der Zimmer der Assistenzärzte zum Wachsaal sollten die
Ärzte jeden Aufregungszustand der Kranken überwachen können, ohne zunächst einen weiten Weg zu-
rücklegen zu müssen, vgl. Rieger 1894b, S. 407.

¹⁸⁴ Vgl. Rieger 1916, S. 74–77. Dem Paradigma der Geschlechtertrennung folgend, lässt der Bauplan eine
Mauer in der Mitte des Gartens erkennen, vgl. StadtAWü, Nr. 10960.

¹⁸⁵ Vgl. Sichert 2017, S. 119.

enthielt, wurden die Aufgabenbereiche der universitären Lehre und Forschung betont, welche neben der Versorgung von Patient*innen maßgeblich für das Selbstbild psychiatrischer Kliniken waren.



Abbildung 4 - Frontansicht der psychiatrischen Klinik. Quelle: BHSStA, OBB 8069/1 Ph315/XII.

4 Personal der Klinik

Die im vorangehenden Kapitel beschriebenen Räume erhielten ihre spezifische Funktion erst durch die darin stattfindenden Interaktionen, etwa die Beobachtung der Patient*innen im Wachsaal durch das Pflegepersonal oder die Vorlesungen, welche Dozenten vor den Studierenden im Hörsaal hielten. Dieses Kapitel wird sich dementsprechend den ersten der Akteur*innen widmen und das in der Klinik tätige Personal vorstellen.

4.1 Der Klinikdirektor Konrad Rieger

Den stärksten Einfluss auf die Konzeption der Klinik und das dortige Geschehen hatte der Vorstand derselben, Konrad Rieger, welcher die psychiatrische Klinik der Universität Würzburg im gesamten Untersuchungszeitraum leitete. Da sich dessen Ansichten wesentlich auswirkten, wie auch im Kapitel zur Auswertung der Standbücher ersichtlich wird, soll auf die Person Konrad Riegers an dieser Stelle ausführlicher eingegangen werden.

Konrad Rieger wurde am 23. März des Jahres 1855 in Calw geboren, wobei seine Familie eine lange Tradition als Theologen aufwies.¹⁸⁶ Nachdem er zunächst ebenfalls mit einem Studium der Theologie und Philosophie in Tübingen begonnen hatte, entdeckte er sein Interesse für Anatomie und Physiologie und beschloss Medizin zu studieren. Die Fortsetzung dieses Studiums führte ihn nach Würzburg, wo er ab 1878 Assistent in den von Rinecker geleiteten Abteilungen für Geistesranke, Syphilitische und Hautranke im Julius-Spital wurde.¹⁸⁷ Von Interesse ist hierbei, dass also schon Riegers frühe psychiatrische Sozialisation in einer kleinen Einrichtung mit dem Charakter einer Klinik stattfand und nicht etwa einer Anstalt.¹⁸⁸

Lediglich Studienreisen nach Paris, Görlitz, Leipzig und Berlin führten Rieger zwischen 1880 und 1882 nochmals längere Zeit in andere Städte, ansonsten beschränkte sich, für Laufbahnen von zeitgenössischen Klinikleitern eher untypisch, seine Tätigkeit auf

¹⁸⁶ Vgl. Spoerri, Th.: Konrad Rieger, in: Kollé, Kurt (Hrsg.), *Grosse Nervenärzte. 21 Lebensbilder*, Stuttgart 1956, S. 236–237.

¹⁸⁷ Vgl. Rieger 1929b, S. 131; UAWü, PA 166, S. 1. Dass sich die Begeisterung für Anatomie und Physiologie am Beginn von Riegers Weg in die Medizin fand, ist auch insofern erwähnenswert, als sich dies mit Forschungsschwerpunkten der Klinik deckt, wie später gezeigt werden wird.

¹⁸⁸ Dies war auch schon für einige Psychiater der Fall, welche in den 1850er und 60er Jahren ihr Studium durchlaufen hatten. Viele der späteren Klinikdirektoren waren hierbei akademisch geprägt, legten Wert auf anatomische und physiologische Forschung und betrachteten die Anstaltspsychiatrie als Relikt einer vergangenen Zeit, vgl. Engstrom 2003b, S. 90.

Würzburg. Dort habilitierte er sich auch im Jahr 1882 und wurde Privatdozent für Psychiatrie.¹⁸⁹

Nach dem Tod Franz von Rineckers im Jahr 1883 kam es erstmals zu einer interimistischen Leitung der Irrenabteilung durch Rieger. Nach zwei Jahren, in welchen Hubert Grashey den Lehrstuhl für Psychiatrie in Würzburg innehatte, stellte sich die Frage nach dessen Besetzung 1886 erneut, als Grashey Klinikleiter in München wurde.¹⁹⁰ Als Nachfolger wurde von der medizinischen Fakultät zunächst der in Straßburg tätige Friedrich Jolly angestrebt. Nachdem die Verhandlungen mit diesem jedoch ohne Ergebnis blieben, wurde am 16. April 1887 Konrad Rieger zum außerordentlichen Professor und Oberarzt im Juliusspital ernannt.¹⁹¹

Unter Riegers Leitung erfolgte die seit längerem angestrebte Auflösung der Irrenabteilung des Juliusspitals und nach der oben geschilderten Zwischenphase von 1888 bis 1893 die Eröffnung des Klinikneubaus in der Fuchsleinstraße im Jahr 1893. Nachdem zuvor zwei von Rieger gestellte Anträge auf Beförderung zum ordentlichen Professor abgelehnt worden waren, erfolgte diese 1895.¹⁹² In dieser Position als Klinikdirektor blieb Konrad Rieger bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1925.¹⁹³ Dabei wohnte er in einem Haus in unmittelbarer Nähe der Klinik, welche er durch deren Garten direkt erreichen konnte.¹⁹⁴ Am 21. März 1939 schließlich starb Rieger im Alter von 83 Jahren an einer Grippe mit Lungenentzündung.¹⁹⁵

Sein Schwiegersohn und Nachfolger Martin Reichardt beschrieb in einem kurz nach Riegers Tod veröffentlichten Nachruf dessen Charakter und äußerte diesbezüglich auch kritische Töne. Rieger habe in der Klinik keine Vorschläge geduldet und eine „schroffe und

¹⁸⁹ Vgl. Spoerri 1956, S. 237; UAWü, PA 166, S. 1.

¹⁹⁰ Vgl. Böning 2004, S. 161–163; Schrappe 1982, S. 64–65.

¹⁹¹ Vgl. UAWü, PA 166, S. 84–96.

¹⁹² Vgl. UAWü, PA 166, S. 64–83. Die medizinische Fakultät hatte sich 1890 unter anderem deshalb für die Ablehnung der Beförderung ausgesprochen, weil Rieger nur aufgrund der Absage Jollys zum Professor ernannt worden war. Konrad Rieger führte im gestellten Antrag das deutlich höhere Gehalt seines Vorgängers an, erwähnte aber auch, dass es „vielleicht etwas ungewöhnlich erscheinen wird“, dass er selbst dieses Gesuch einreichte.

¹⁹³ Vgl. UAWü, PA 166, S. 1.

¹⁹⁴ Vgl. Spoerri 1956, S. 236. Auch wenn das Haus nicht auf dem Klinikgelände lag, so befand es sich mit der Adresse Schalksbergweg 10 auf dem Nachbargrundstück der Klinik, vgl. UAWü, PA 166, S. 30. Dies ist insofern interessant, als es in Anstaltspsychiatrien typisch war, dass der Direktor als Patriarch der Anstaltsfamilie mit auf deren Gelände wohnte, vgl. Engstrom 2003b, S. 1. Im Gegensatz dazu beschrieb Griesinger in seinem Entwurf eines Stadtasyls, es sei „ganz unnöthig, ja für diese Art von Anstalten selbst unzutraglich, dass der Oberarzt der Anstalt selbst im Hause wohne“, Griesinger 1872, S. 274.

¹⁹⁵ Vgl. UAWü, PA 166, S. 15.

autokratische Einstellung“ gehabt, welche erst in seinen letzten Jahren abnahm. Ein „Mangel an praktischen Fähigkeiten“ habe Rieger in der Klinikleitung und beim Experimentieren gehindert. Neben diesen negativen erwähnte Reichardt jedoch auch eine Vielzahl positiver Eigenschaften und lobte Riegers wissenschaftliche Arbeiten, etwa auf dem Gebiet der Hirndrucklehre, seine literarische Tätigkeit und seine mitunter auftretende „hinreißende[...] Unterhaltsamkeit“.¹⁹⁶ Eine Kurzbiographie enthält mehrere Anekdoten über den Psychiater und erwähnt: „In Würzburg gingen viele Gerüchte über die Schurkenhaftigkeit des Sonderlings um [...]“.¹⁹⁷

4.2 Ärztliches Personal

Neben Rieger als Klinikleiter dürften die weiteren im Untersuchungszeitraum an der Klinik tätigen Dozenten ebenfalls Einfluss auf die Ausgestaltung der Klinik gehabt haben, sei es was Forschung, Lehre oder Behandlung der Patient*innen anging. Aus diesem Grund wird zunächst auf die diese Position Innehabenden eingegangen, bevor Ausführungen zu den weiteren Ärzten der Klinik folgen.

Der 1864 geborene Robert Sommer studierte in Freiburg, Leipzig und Berlin Medizin und Philosophie. Nach einer kurzen Tätigkeit in einer schlesischen Provinzialirrenanstalt wurde er im Jahr 1890 Assistent an der interimistischen Klinik in der Rotkreuzstraße in Würzburg, wo er zunächst promovierte und 1892 zum Privatdozenten ernannt wurde.¹⁹⁸ Nach fünf Jahren in Würzburg nahm Sommer 1895 die Stelle als Klinikdirektor in Gießen an.¹⁹⁹ Eine kurze Zeit als Privatdozent in Würzburg hatte Gustav Wolff aufzuweisen, welcher ab 1895 als Assistent in der psychiatrischen Klinik angestellt war. Bereits ein Jahr nach seiner Habilitation verlagerte er seine Tätigkeit nach Basel.²⁰⁰

¹⁹⁶ Vgl. Reichardt, M.: Konrad Rieger, in: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 110 (1939), S. 165–168.

¹⁹⁷ Spoerri 1956, S. 236. Als anekdotischer Beleg wird hier etwa ein großer Mülleimer in der Mitte von Riegers Arbeitszimmer, die cloaca maxima, angeführt, in welchen Rieger ihn nicht überzeugende Literatur, etwa psychoanalytische, warf. Andere Bücher heftete er nach mit Titeln verbundenen Assoziationen zu großen Stapeln zusammen. Auch wird Riegers Neigung zu Neologismen und sprachlichen Feinheiten erwähnt, vgl. Spoerri 1956, S. 238.

¹⁹⁸ Vgl. Enke 2003, S. 70–71.

¹⁹⁹ Vgl. Schumacher, W.: Konrad Rieger und Robert Sommer. Gemeinsamkeiten der Psychiatriegeschichte Würzburgs und Gießens, in: Keil, Gundolf; Nissen, Gerhardt (Hrsgg.), *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft. Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"*, Stuttgart, New York 1985, S. 42.

²⁰⁰ Vgl. Haenel, Thomas: *Zur Geschichte der Psychiatrie. Gedanken zur allgemeinen und Basler Psychiatriegeschichte*, Basel 1982, S. 122–123.

Umfangreicher und länger war die Präsenz Wilhelm Weygandts. Dieser hatte zunächst Philosophie, Pädagogik, Germanistik und zeitweise Theologie studiert, bevor er 1892 das Medizinstudium begann. Seine Promotion verfasste er 1896 bei Konrad Rieger zum Thema „Die Histologie der Syphilis des Zentralnervensystems“. Nach mehreren beruflichen Zwischenstationen, unter anderem bei Kraepelin in Heidelberg, habilitierte er sich in Würzburg und wurde dort ab dem Jahr 1899 Privatdozent.²⁰¹ Hierbei wurde Weygandt in den Personalverzeichnissen nicht als an der Klinik tätiger Assistent verzeichnet,²⁰² hielt jedoch Vorlesungen über Psychiatrie und Psychologie.²⁰³

Ab dem Jahr 1903 leitete Weygandt das neu eröffnete poliklinische Institut für psychisch-nervöse Krankheiten in der Koellikerstraße 3.²⁰⁴ Diese Poliklinik entstand im Anschluss an und als Ergänzung zur psychiatrischen Klinik und sollte zum einen ein Behandlungsangebot für Patient*innen mit leichteren oder beginnenden psychischen Erkrankungen darstellen, zum anderen aber auch einen weiteren Personenkreis dem didaktischen und wissenschaftlichen Zugriff erschließen.²⁰⁵

Neben der räumlichen Distanz von psychiatrischer Klinik und Poliklinik bestand wohl auch eine inhaltliche zwischen deren Leitern. Deutlichen Ausdruck fand diese in einem Artikel, welchen Weygandt anlässlich des 70. Geburtstages von Konrad Rieger veröffentlichte. Darin bezeichnete er seinen früheren Lehrer in einem Psychogramm als „ausgesprochen autistische Natur“, „mimosenhaft zurückgezogen“ und „sperrige[n] Widerpruchsgeist“²⁰⁶. Auf wissenschaftlicher Ebene zeigte sich diese Differenz unter anderem

²⁰¹ Vgl. Weber-Jasper, Elisabeth: Wilhelm Weygandt (1870-1939). Psychiatrie zwischen erkenntnistheoretischem Idealismus und Rassenhygiene, Husum 1996, S. 11. Seine Habilitationsschrift trug den Titel „Über die Mischzustände des manisch-depressiven Irreseins“, was bemerkenswert ist, da dieser Krankheitsbegriff in den Standbüchern der Klinik unter Riegers Leitung keine Verwendung fand.

²⁰² Vgl. Wintersemester 1899/1900 - Sommersemester 1916. Personalbestand der Königlich-Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1893-1918. Ab dem Wintersemester 1908/09 wurde Weygandt durchgehend als beurlaubt verzeichnet.

²⁰³ Vgl. Wintersemester 1899/1900 - Sommersemester 1908. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1893-1918.

²⁰⁴ Vgl. Wintersemester 1903/04. Personalbestand der Königlich-Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1893-1918.

²⁰⁵ Vgl. Denkschrift betreffs der Eröffnung einer poliklinischen Institution für psychisch-nervöse Erkrankungen im Anschluss an die psychiatrische Universitätsklinik. UAWü, ARS Nr. 3294. Damit wurden auch in der Begründung für die Notwendigkeit der Poliklinik, wie bei der psychiatrischen Klinik, die Aufgaben der Patient*innenversorgung, der universitären Lehre und der Forschung betont.

²⁰⁶ Weygandt, Wilhelm: Conrad Rieger zum 70. Geburtstage, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 51 (1925), S. 530.

dadurch, dass Rieger sich im Gegensatz zu Weygandt gegenüber Degenerationslehre und Rassenhygiene kritisch positionierte.²⁰⁷

Nach Weygandts Weggang aus Würzburg trat Martin Reichardt im Wintersemester 1908/09 dessen Nachfolge als Leiter der Poliklinik an.²⁰⁸ Der 1874 geborene Reichardt studierte in Halle, Heidelberg und München und wurde 1903 Assistent an der Klinik in Würzburg. Dort habilitierte er sich 1906 mit einer Schrift „Ueber die Untersuchung des gesunden und kranken Gehirnes mittels der Waage“, 1911 erfolgte die Ernennung zum außerordentlichen Professor.²⁰⁹ Sowohl bei Betrachtung der von ihm verfassten Schriften als auch der von ihm gehaltenen Vorlesungen wird sein Schwerpunkt in der Unfall- und Invaliditätsbegutachtung deutlich, was sich, wie später in dieser Arbeit gezeigt werden wird, in den in die Klinik aufgenommenen Patient*innen niederschlug.²¹⁰ Reichardt wurde nach der Emeritierung Riegers, dessen Schwiegersohn er seit 1906 war,²¹¹ 1925 zum Leiter der psychiatrischen Klinik ernannt. Nur kurz zuvor, im Jahr 1924, hatte Reichardt Würzburg kurzzeitig verlassen, um eine Professur in Münster anzutreten. Ansonsten beschränkte sich seine weitere psychiatrische Tätigkeit - wie bei Rieger - bis zur Emeritierung 1939 auf die Stadt Würzburg.²¹²

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang noch Reichardts Förderung von Werner Heyde, welcher ihm wiederum 1939 nachfolgte. Dieser war als Leiter der medizinischen Abteilung der Zentrale in der Tiergartenstraße 4 und T4-Obergutachter einer der Hauptverantwortlichen der NS-Krankenmorde. Reichardt selbst war Förderndes Mitglied der

²⁰⁷ Vgl. Weber-Jasper 1996, S. 28. Weygandt war mit seinen Arbeiten ein „Pionier der erbhygienischen Psychiatrie“, trug zu einem Buch über „entartete Kunst“ bei und unterzeichnete das „Bekanntnis der Professoren an den deutschen Universitäten und Hochschulen zu Adolf Hitler und dem nationalsozialistischen Staat“, vgl. Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, Frankfurt am Main 2015, S. 674. Zu Weygandts politischen Ansichten siehe auch Weber-Jasper 1996, S. 13–19.

²⁰⁸ Vgl. Wintersemester 1908/09. Personalbestand der Königlich-Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1893-1918.

²⁰⁹ Vgl. Kreuter, Alma: Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, München 1996, S. 1157–1158.

²¹⁰ Zu Reichardts Veröffentlichungen vgl. Graml 1970, S. 69–78. Neben der Unfallbegutachtungen lag Reichardts Schwerpunkt auf der Erforschung von Hirndruck und -schwellung und der anatomischen Bedeutung des Hirnstamms. Für die von Reichardt im Untersuchungszeitraum gehaltenen Vorlesungen siehe Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1907-1925.

²¹¹ Vgl. Martin, Michael; Fangerau, Heiner; Karenberg, Axel: Zu viel der Ehre? Ehrenmitglieder der DGN von 1954 bis 1982, in: Der Nervenarzt 91 (2020), S. 122.

²¹² Vgl. Böning 2004, S. 167–168.

SS, Mitglied in NS-Dozentenbund und der NSDAP, bezog sich in Schriften positiv auf den Nationalsozialismus und forderte darin Zwangssterilisationen und „Euthanasie“.²¹³ Selbstverständlich war neben den hier vorgestellten Dozenten noch weiteres ärztliches Personal an der Klinik beschäftigt. Im Wachsaal der Männer war ein Arzt für vier „schwierige Kranke“ eingeplant, durch den Einsatz älterer Medizinstudierender sollte auch eine nächtliche Betreuung gewährleistet sein. In der gesamten Klinik wurde für acht bis zehn Patient*innen eine ärztliche Stelle geplant.²¹⁴

Wie viele Ärzte tatsächlich an der Klinik tätig waren, schwankte dabei im Laufe der Zeit, wie die Personalverzeichnisse der Universität Würzburg verraten. Dort waren neben der Stelle des Klinikleiters die eines ersten und zweiten Assistenten notiert, hinzu kam in einzelnen Jahren noch ein Volontärarzt oder Koassistent, im Wintersemester 1919/20 ein dritter Assistent. Ein Teil dieser Stellen war jedoch über mehrere Semester hinweg unbesetzt, zwischenzeitlich wurde aufgrund eines Mangels an Bewerber*innen ein Medizinalpraktikant als Assistent eingestellt.²¹⁵

Eine Übersicht zu den Beschäftigten an den Universitätskliniken in Würzburg aus dem Jahr 1922 beinhaltete folgende Angaben zum Personal der psychiatrischen Klinik: „Ärzte (außer Klinikvorstand): 1 Oberarzt nach Bes.Gr. X, 2 Assistenten, 3 Volontärärzte (ohne Bezahlung), 2 Medizinalpraktikanten.“²¹⁶

4.3 Pflegepersonal

Eine noch größere Gruppe als die der Ärzte stellte das Pflegepersonal der Klinik dar. Die in der Klinik beschäftigten Wärter und Schwestern nahmen dabei in zentralen

²¹³ Vgl. Martin/Fangerau/Karenberg 2020, S. 119–120.

²¹⁴ Vgl. Rieger 1894a, S. 10–11. Bei 60 Betten wären dies also 6 oder 7 ärztliche Stellen. Dass diese Zahl die meiste Zeit erreicht wurde, kann anhand der vorliegenden Quellen angezweifelt werden. An anderer Stelle nannte Rieger die niedrigere Zahl von einem Arzt für zehn bis zwölf Patient*innen, vgl. Rieger 1894b, S. 407. Ein Teil der Ärzte hatte auch in der Klinik gelegene Wohnräume, wodurch eine schnelle Präsenz bei Notwendigkeit erleichtert wurde, vgl. Rieger 1894a, S. 3. Beispielsweise war im Sommersemester 1925 für drei Assistenten die Adresse der Klinik als Wohnort verzeichnet, vgl. Sommersemester 1925. Personalstand der Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1918-1920; 1925.

²¹⁵ Vgl. Personalbestand der Königlich-Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1893-1918; Personalstand der Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1918-1920, 1925; M. d. I. f. K. u. Sch. an Senat der Universität Würzburg, 08.01.1913, BHStA, MK 11377. Die Assistenzärzte wurden dabei normalerweise für 2 Jahre angestellt, vgl. Universitäts-Rentamt Würzburg an den Direktor der psychiatrischen Klinik, 26.07.1921, BHStA, MK 72539. Eine tabellarische Übersicht über die an der Klinik tätigen Ärzte findet sich im Anhang der Arbeit.

²¹⁶ Übersicht über die Verhältnisse an den Universitätskliniken. UAWü, ARS Nr. 3015.

therapeutischen Prozessen eine Schlüsselstellung ein, etwa in der Überwachung der Bettbehandlung²¹⁷ oder der Durchführung des Dauerbades²¹⁸ und prägten den Alltag der Patient*innen mit.²¹⁹

Welches Pflege- oder Wartpersonal dabei in psychiatrischen Einrichtungen eingesetzt und wie dieses ausgebildet sein sollte, war Ende des neunzehnten Jahrhunderts ein stark diskutiertes Thema.²²⁰ Hierbei war eine der Debatten dieser sogenannten Wärterfrage diejenige, ob weltliches oder geistliches Personal beschäftigt werden sollte.²²¹

Die psychiatrische Klinik in Würzburg schloss Ende des Jahres 1896 einen Vertrag mit der Kongregation der Erlöserinnen, woraufhin zunächst acht Ordensschwwestern in der Klinik tätig wurden.²²² Der Zuständigkeitsbereich dieser war in erster Linie die Pflege aller weiblichen Kranken, jedoch auch die der ruhigen männlichen.²²³ So beschrieb auch Martin Reichardt in seinem Lehrbuch:

In modernen Anstalten genießen auch die Kranken der Männerabteilungen den Segen weiblicher Krankenpflege (barmherzige Schwestern; indes sind außerdem noch einige männliche Pfleger für die unruhigen und gewalttätigen Kranken notwendig.)²²⁴

An diesem Zitat wird deutlich, dass durch den Einsatz der Erlöserinnen einem modernen Charakter der Klinik Ausdruck verliehen werden sollte. Es wird der „Segen weiblicher Krankenpflege“ betont. Anzunehmen ist, dass diese Betonung der Kranken- und nicht Irrenpflege, wie sie gerade auch mit dem Einsatz von Ordensschwwestern verbunden

²¹⁷ Vgl. Rieger 1894b, S. 109–110.

²¹⁸ Vgl. Ankele 2020.

²¹⁹ Für Darstellungen von Pflegepersonal aus Sicht von Patient*innen siehe beispielsweise Beyme, Ingrid von; Hohnholz, Sabine: Vergissmeinnicht - Psychatriepatienten und Anstaltsleben um 1900. Aus Werken der Sammlung Prinzhorn, Berlin, Heidelberg 2018, S. 173–184.

²²⁰ Auch Robert Sommer äußerte sich 1893 in einem Aufsatz mit dem Titel „Die Wärterfrage“ hierzu, vgl. Sommer, Robert: Die Wärterfrage, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893).

²²¹ Vgl. Falkenstein, Dorothee: „Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel...“. Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf, Frankfurt am Main 2000, S. 19–27.

²²² Diese Einführung stieß in der Fachöffentlichkeit auf Kritik, unter anderem durch den Vorgänger Riegers, Hubert Grashey. Dieser fürchtete, dass durch eine Kooperation mit religiösen Orden Kompetenzen an diese abgetreten würden und sich so das Pflegepersonal der ärztlichen Leitung teilweise entziehen könnte, vgl. Rieger, Konrad: Die Psychiatrie und die Armen in Würzburg. Und der Bischof Julius. Und das jüngste Gericht, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 90 (1929a), S. 324–325. Tatsächlich wurden später auch in München Ordensschwwestern für die Pflege in der psychiatrischen Klinik angestellt. Anders als bei Hippus et al. beschrieben war die Münchner Klinik jedoch nicht die erste psychiatrische Klinik, welche Nonnen beschäftigte. Dies war in Würzburg bereits deutlich früher der Fall gewesen, vgl. Hippus/Möller/Müller/Neundörfer-Kohl 2008, S. 49, 67–69.

²²³ Vgl. Soder von Goldenstube, Erik: Die Schwestern des Erlösers (Congregatio Sororum a Sancto Redemptore). Geschichte einer Schwesterngemeinschaft 1849–2016, Vallendar 2017, S. 604–605.

²²⁴ Reichardt 1907, S. 89.

war, wiederum dem Ziel diene, sich als psychiatrische Universitätsklinik dem Bild somatischer Krankenhäuser anzupassen.²²⁵

Jedoch zeigt sich auch, dass für Kranke, welche als unruhig galten, männliches Pflegepersonal als erforderlich angesehen wurde. So sah die oben angeführte Übersicht zum Klinikpersonal für das Jahr 1922 „6 Pfleger im Vertragsverhältnis [und] 5 barmherzige Schwestern“²²⁶ vor. Dass es mitunter schwer war diese Pflegerstellen zu besetzen, kann dadurch verdeutlicht werden, dass 1897 der zuvor als Patient behandelte Josef E. als Wärter übernommen wurde.²²⁷

Zu dieser Schwierigkeit dürften die prekären Arbeitsbedingungen von Wärter*innen beigetragen haben. Bei niedrigen Löhnen existierte oft weder Kündigungsschutz noch Pensionsberechtigung, geheiratet werden durfte nur mit Genehmigung des entsprechenden Direktors, die Dienstzeiten waren lang. Entsprechend ausgeprägt zeigte sich auch die Fluktuation des Pflegepersonals.²²⁸

Die Schwestern hatten in Würzburg „jede vierte Nacht strenge Nachtwache zu halten, [durften] aber dann unter Tags einige Stunden schlafen“²²⁹. Martin Reichardt beschrieb die Arbeitsbedingungen 1925 dahingehend, dass die Schwestern nach seinem Wissen „kaum eine dienstfreie Stunde“ hatten.²³⁰ Um die unbefriedigende Lohnsituation zu verbessern, kam es gegen Ende des Untersuchungsraumes zu gewerkschaftlichem Engagement von Seiten der Wärter. 1920 erfolgte eine Aufforderung die Löhne nach dem neuen Beamtenbesoldungsgesetz auszuzahlen,²³¹ ab September 1921 galt ein Tarifvertrag, welcher zwischen Verwaltungsausschuss der Universität und dem Verband der Gemeinde-

²²⁵ Um 1900 war der Einsatz von religiös gebundenem Personal in somatischen Einrichtungen um ein Vielfaches häufiger als in psychiatrischen. Auch weibliches Pflegepersonal war in nicht-psychiatrischen Krankenhäusern häufiger zu finden, vgl. Falkenstein 2000, S. 23–25.

²²⁶ Übersicht über die Verhältnisse an den Universitätskliniken. UAWü, ARS Nr. 3015. An anderer Stelle wird die deutlich höhere Zahl von 11 Schwestern genannt, vgl. Verwaltungsausschuss der Universität Würzburg an Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schul-Angelegenheiten, 11.06.1915, BHStA, MK 72541. 1916 schrieb Konrad Rieger von 12 in der Klinik tätigen barmherzigen Schwestern, vgl. Rieger 1916, S. 563. Für das Jahr 1920 findet sich die Zahl von 13 Schwestern, vgl. Verwaltungsausschuss der Universität Würzburg an Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 25.11.1920, BHStA, MK 72541.

²²⁷ Vgl. UAWü, Psychiatrische Klinik. Männer. Vom 1. Januar 1891 bis 31. Dezember 1897.

²²⁸ Vgl. Braunschweig, Sabine: Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 1886–1960, Zürich 2013, S. 49–54; Falkenstein 2000, S. 19–20, 24–25.

²²⁹ Vertrag zwischen der Kongregation der Erlöserinnen und der psychiatrischen Klinik, zitiert nach: Soder von Goldenstube 2017, S. 604.

²³⁰ Martin Reichardt an den Verwaltungsausschuss der Universität Würzburg, 31.10.1925, BHStA, MK 72541.

²³¹ Vgl. Zentralverband der Nahrungs- und Genussmittel-Industrie-Arbeiter Deutschlands an das Kultusministerium, 14.07.1920, BHStA, MK 72541.

und Staatsarbeiter sowie dem Zentralverband der christlichen Staats- und Gemeindearbeiter Deutschlands geschlossen wurde.²³²

4.4 Weiteres Personal

Zum Funktionieren der psychiatrischen Klinik und der Erfüllung ihrer Aufgaben waren jedoch mehr als nur diese medizinischen Angestellten erforderlich. Insgesamt kam laut Rieger eine bezahlte Stelle auf eineinhalb Kranke, was bei einer Kapazität für 60 Patient*innen auf 40 angestellte Personen schließen lässt.²³³ Hierzu zählte etwa der Hausverwalter, welcher gemeinsam mit seiner Familie im Souterrain des Klinikhauptgebäudes wohnte.²³⁴ Zu dessen Anstellungsbedingungen gehörte auch, dass seine Frau die „selbstständige[...] Besorgung der Anstaltsküche“ übernahm.²³⁵

Außerdem waren in der Klinik mehrere Diener und Hilfsdiener beschäftigt, welche unter anderem für die Gartenpflege und die Überwachung der Patient*innen bei der Gartenarbeit zuständig waren.²³⁶ Durch diese Aufgabe fiel auch ein Teil der Durchführung des therapeutischen Regimes in den Zuständigkeitsbereich der Diener. Auch die mit dieser Maßnahme zu therapierenden Personen leisteten maßgebliche Arbeit, allerdings unbezahlt.²³⁷

Ebenso wie oben bei Josef E. als Wärter kam es vor, dass ein Patient einen innerklinischen Rollenwechsel durchmachte und neuneinhalb Jahre als Diener tätig war, bevor er wieder

²³² Vgl. Hans Schad und Emil Nörpel an das Kultus-Ministerium, 27.09.1921, BHStA, MK 72541. Die beiden Verfasser dieses Schreibens waren vor Tarifabschluss als Pfleger an der Klinik tätig und hatten erfolgreich eine Nachzahlung der Lohndifferenz gefordert. Die Einkünfte während ihrer Tätigkeit an der Klinik beschrieben sie als so gering, dass sie sich trotz ihres Lohns verschulden mussten. Zur gewerkschaftlichen Organisation psychiatrischer Pflegekräfte siehe auch Urbach, Anna: Wie politisch darf „Irrenpflege“ sein? Die Geschichte gewerkschaftlicher Organisation von psychiatrischen Pflegekräften im Deutschen Reich am Beispiel der preußischen Landesanstalt Uchtspringe 1900–1933, in: *European Journal for Nursing History and Ethics* 2 (2020).

²³³ Vgl. Rieger 1916, S. 79.

²³⁴ Vgl. Entwurf für den Neubau einer psychiatrischen Klinik an der K. Universität Würzburg. Hauptgebäude, StadtAWü, Nr. 10960.

²³⁵ Verwaltungs-Ausschuß der Kgl. Universität Würzburg an den Vorstand der psychiatrischen Klinik, 22.06.1888, UAWü, ARS Nr. 3293.

²³⁶ Vgl. akademischer Senat an Staatsministerium des Inneren für Kirchen- und Schulangelegenheiten, BHStA, MK 72541. Des Weiteren gab es eine explizit für die Gartenarbeit vorgesehene Anstellung als Gärtnergehilfe, vgl. Vorstand der psychiatrischen Klinik an Verwaltungs-Ausschuss der Universität Würzburg, 16.02.1922, BHStA, MK 72541.

²³⁷ Zur Arbeitstherapie in der Psychiatrie vgl. auch Ankele, Monika; Brinkschulte, Eva (Hrsgg.), *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Stuttgart 2015.

Patient wurde.²³⁸ Zu einer weiteren, mit der wissenschaftlichen Arbeit der Klinik verbundenen, Anstellung kam es gegen Ende des Untersuchungszeitraumes, als ab dem Jahr 1924 eine Stelle für eine Laboratoriums- und Schreibgehilfin geschaffen wurde.²³⁹

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es, wie im letzten Beispiel ersichtlich, Klinikpersonal gab, dessen Beschäftigung eng mit den Aufgaben einer Universitätsklinik verknüpft war, der Alltag der meisten Angestellten jedoch mehr durch den Kontakt mit Patient*innen und weniger durch Forschung und Lehre bestimmt gewesen sein dürfte. Diese Aufgaben fanden sich, wie zu erwarten, insbesondere bei Ärzten, wobei über und von diesen auch die meisten Zeugnisse vorhanden sind. Trotz universitärem Charakter zeigte sich, dass Stellen in der Klinik oft nicht besetzt werden konnten. Als ausschlaggebend können hier, zumindest im Fall des Pflegepersonals, die prekären Arbeitsbedingungen betrachtet werden.

²³⁸ Vgl. Weygandt 1902, S. 224–225.

²³⁹ Vgl. Staatsministerium für Unterricht und Kultus an den Verwaltungsausschuss der Universität Würzburg, 21.06.1923, BHStA, MK 72541.

5 Patient*innen der Klinik

Bisher wurden in dieser Arbeit die räumliche Situation der Klinik und deren personelle Ausstattung erörtert. Somit wurde auch aufgezeigt, in welchen Räumen Menschen in Würzburg zu Objekten der Psychiatrie wurden und wer dieses Übertreten der Klinikschwelle überwachte und aufrechterhielt.²⁴⁰ Nach diesen Schritten soll nun die Auswertung der Aufnahmebücher von 1893 bis 1925 erfolgen. Diese geben Aufschluss über Zahl, Aufenthaltsdauer, Entlassort beziehungsweise Tod, Heimatort, Beruf, Krankheitsform, Alter, Familienstand und Konfession der Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg.

5.1 Zahl der Patient*innen

Im Kapitel zu deren Räumlichkeiten wurde bereits darauf eingegangen, welche Kapazitäten und wie viele Betten in der Klinik zur Verfügung standen. Nun soll im nächsten Abschnitt untersucht werden, wie groß die Zahl der tatsächlich aufgenommenen Personen war. Hierbei werden die Gesamtzahl der Aufnahmen und Behandlungen, deren Entwicklung im Untersuchungszeitraum, Geschlechterdiskrepanzen sowie die Einordnung in den Kontext der zeitgenössischen Psychiatrie betrachtet.

Die Gesamtzahl der dokumentierten Neuaufnahmen im Untersuchungszeitraum belief sich auf 7.943, wobei sich aufgrund des Fehlens der Daten weiblicher Kranker für die ersten fünf Jahre eine insgesamt deutlich ungleiche Geschlechterverteilung von 4.704 aufgenommenen Männern und 3.239 aufgenommenen Frauen ergibt.²⁴¹ Tatsächlich besteht dieser Unterschied jedoch auch bei ausschließlicher Betrachtung der Jahre 1898 bis 1925, für welche Daten für beide kategorisierte Geschlechter vorliegen: In diesen wurden 4.114 Männer und 3.239 Frauen aufgenommen.²⁴²

²⁴⁰ Zur Bedeutung des Begriffes Schwelle für die Psychiatrie vgl. Brink 2010, S. 20–26.

²⁴¹ Auch in den meisten Anstalten überwog um die Jahrhundertwende der Anteil männlicher Patienten, vgl. Deiters: Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01. Nach den Anstalts-Jahresberichten kritisch dargestellt, in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 16 (1902), S. 188.

²⁴² Die räumlichen Kapazitäten der Klinik waren dabei, wie im Grundriss zu erkennen ist, ausgeglichen. Werden nur Diagnosen ohne durchgeführte Begutachtung betrachtet, gleichen sich die geschlechtsbezogenen Behandlungszahlen an.

Ersichtlich wird diese Differenz bei der Betrachtung der in Abbildung 5 dargestellten jährlichen Aufnahmezahlen. Hierbei ist bemerkenswert, dass sich die Neuaufnahmen von Männern und Frauen in den Anfangsjahren auf einem sehr ähnlichen Niveau bewegten und die Aufnahmezahlen der Männer erst ab 1909 steil anstiegen. Diese höhere Zahl der Aufnahmen schlug sich dementsprechend auch in den kürzeren Aufenthaltszeiten der Männer insgesamt und insbesondere ab dem Jahr 1909 nieder, worauf im nächsten Kapitel genauer eingegangen werden wird.²⁴³

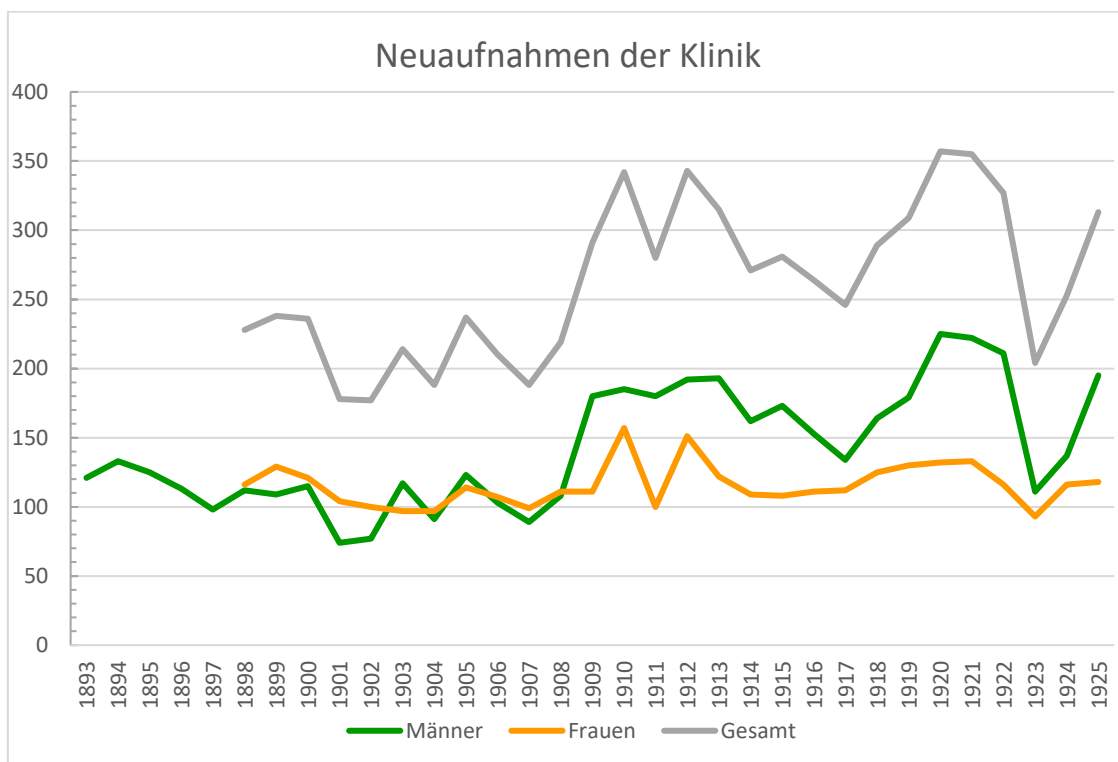


Abbildung 5 - Entwicklung der jährlichen Aufnahmezahlen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg

Ein Faktor der zur damaligen Erhöhung der Aufnahmezahlen (insbesondere männlicher Kranker) beigetragen haben dürfte, war ein Anstieg der in der Klinik durchgeführten Begutachtungen. So wurden im Jahr 1908 nur 11 der männlichen Patienten zur

²⁴³ Eine Zunahme der behandelten Patient*innen zu Beginn des 20. Jahrhunderts lässt sich an vielen Kliniken nachweisen, so auch am Züricher Burghölzli. Die Aufnahmen der Patient*innen erfolgten dort zum weit überwiegenden Anteil als Zwangseinweisungen. Die Einweisungsmodalität für die Würzburger Klinik ist den Standbüchern nicht zu entnehmen, vgl. Meier/Bernet/Dubach/Germann 2007, S. 95.

Begutachtung aufgenommen, was knapp zehn Prozent der Aufnahmegründe darstellte. Im Jahr 1909 stieg der Anteil dann auf 51 Personen beziehungsweise 28,5 Prozent.²⁴⁴

Diese Entwicklung korrelierte interessanterweise mit einer personellen Änderung der Psychiatrie in Würzburg. Ab dem Wintersemester 1908/09 übernahm Martin Reichardt die Leitung der in der Koellikerstraße 3 angesiedelten Poliklinik für psychisch-nervöse Krankheiten von Wilhelm Weygandt.²⁴⁵ Der neue Leiter der Poliklinik war dabei insbesondere für seine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Fragen der Unfallbegutachtung bekannt, zu welchen er auch publizierte.²⁴⁶

Diesem Personal- und Schwerpunktwechsel entsprechend, etablierte sich auch in den Vorlesungsverzeichnissen der Universität Würzburg ab 1909 eine neue Thematisierung der Begutachtung. Im damaligen Sommersemester bot Reichardt erstmals einen in den Räumen der Poliklinik abgehaltenen „Kurs der psychisch-nervösen Krankheiten, unter spezieller Berücksichtigung der sogenannten traumatischen Neurosen und der Unfallbegutachtung“²⁴⁷ an.

Die These, dass ein zunehmender Einfluss Reichardts und eine damit steigende Zahl an durchgeführten Begutachtungen zur Erhöhung der Aufnahmehzahlen führte, wird dadurch gestützt, dass die (männlichen) Aufnahmen nach der Übernahme der Klinikleitung durch Reichardt im Jahr 1925 weiter deutlich anstiegen. Auch hier war wohl eine weitere Zunahme der Begutachtungen ursächlich.²⁴⁸

Während jedoch schon im Untersuchungszeitraum dieser Arbeit 30,4 Prozent, also beinahe jede Dritte der Aufnahmen bei Männern, zum Zweck der Begutachtung durchgeführt wurde, lag dieser Anteil für Patientinnen lediglich bei 7,6 Prozent. Für diese wandelten sich die Aufnahmehzahlen tatsächlich auch deutlich weniger als für die männlichen Kranken. Die Neuaufnahmen der Frauen schwankten durchgehend um Zahlen von circa 110 Aufnahmen pro Jahr, wobei die höchsten Werte in den Jahren 1910 und 1912 mit 157 und 151 Patientinnen auftraten.

²⁴⁴ Dieser Trend setzte sich auch später fort, etwa in den Jahren 1910 mit 84 Personen (44,9 Prozent) und 1911 mit 88 Patienten (47,8 Prozent). Details hierzu finden sich im Abschnitt „Krankheitsform“.

²⁴⁵ Vgl. WS 1908/09, Personalbestand der Königlich-Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1893-1918.

²⁴⁶ Zu Reichardts Arbeits- und Forschungsschwerpunkten, vgl. Graml 1970, S. 67–79.

²⁴⁷ Sommersemester 1909. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1893-1918.

²⁴⁸ Vgl. Müller 2019, S. 29.

Ein leichter Rückgang der Neuaufnahmen, sowohl bei Männern als auch bei Frauen, ereignete sich in den Kriegsjahren von 1914 bis 1918, gefolgt von einem zweiten Rückgang der Zahlen um das Jahr 1923. Die verminderten Aufnahmezahlen während des ersten Weltkriegs können zumindest teilweise dadurch begründet werden, dass Anträge auf Freiplätze vermehrt abgelehnt wurden oder deren Bearbeitung sich verzögerte.²⁴⁹ Als Kontext ist hierbei erwähnenswert, dass es zu einer Auseinandersetzung zwischen der Leitung des Juliusspitals, welches die Freiplätze finanzierte und Konrad Rieger gekommen war.²⁵⁰

Ein weiterer Grund, welcher einen Rückgang von Aufnahmen im Ersten Weltkrieg erklären könnte, ist das damals in den Anstalten stattfindende Hungersterben.²⁵¹ Allerdings hätte dies vorausgesetzt, dass die entsprechenden Zustände bekannt waren und als Folge versucht wurde eine Einweisung zu vermeiden, während auch in den Familien außerhalb der Kliniken die Ernährungssituation schwierig war, was unwahrscheinlich erscheint. Tatsächlich stiegen in der Würzburger Klinik die Todeszahlen im Krieg auch nicht an, sondern waren teils sogar niedriger als in den Vorjahren. Hierauf wird bei der Analyse der Entlassorte noch detaillierter eingegangen werden.

Auch der zweite Rückgang an Aufnahmezahlen 1923 korrelierte mit einem größeren krisenhaften Geschehen. So kam es im Rahmen von Hyperinflation und Finanzkrise um das Jahr 1923 erneut zu Hunger und Anstieg der Sterblichkeit in den Anstalten. Es fehlte an Kohle und Nahrung, Todesfälle und Tuberkulose nahmen zu.²⁵² Hier stieg in der psychiatrischen Klinik in Würzburg die Sterberate mit 8,5 Prozent ebenfalls auf einen vergleichsweise hohen Wert.

Die zunehmende Sterblichkeit kann jedoch kaum als direkt ursächlich für sinkende Aufnahmezahlen angesehen werden. Nahe liegt hier, dass in Krisenzeiten versucht wurde Kosten für Klinikbehandlungen einzusparen, sei es durch Privatpersonen oder die

²⁴⁹ Vgl. Rieger 1916, S. 634–640.

²⁵⁰ Diese Auseinandersetzung, deren Kern unter anderem die erwähnte Finanzierung der Freiplätze war, beschrieb Rieger mit den drastischen Worten eines „inneren Krieges“ als Parallele zum „äußeren Krieg“, dem Ersten Weltkrieg, vgl. Rieger 1916, S. IV. Die Dauer dieses Disputes und die Kreise, welche er zog, werden dadurch deutlich, dass das Staatsministerium für Unterricht und Kultus 1924 den Wunsch Riegers eine Vorlesung über die Geschichte des Juliusspitals zu halten ablehnte, da ein Wiederaufflammen des Konfliktes befürchtet wurde, vgl. Staatsministerium f. U. u. K. an den Senat der Universität Würzburg, 12.04.1924, UAWü, PA 166.

²⁵¹ Zum Hungersterben in psychiatrische Anstalten während des ersten Weltkriegs vgl. Faulstich 1998, S. 25–68.

²⁵² Vgl. Brink 2010, S. 209; Faulstich 1998, S. 72, 78–79.

zuständigen Gemeinden. Da in den Standbüchern nicht verzeichnet wurde, ob die Gebühren für den jeweiligen Klinikaufenthalt aus der Stiftung des Juliusspitals, Armen- und Krankenkassen oder aus Privatmitteln der Patient*innen bezahlt wurden, ist es leider nicht möglich dies im Detail nachzuvollziehen.²⁵³

Die hier aufgezeigten Entwicklungen bei der Zahl der Neuaufnahmen entsprechen auch denen der pro Jahr insgesamt behandelten Patient*innen, also der Summe aus dem Vorjahr übergehenden und neu aufgenommenen Personen. Die Schwankungen waren hierbei jedoch durch Patient*innen aus Vorjahren weniger stark ausgeprägt. Die maximale Anzahl wurde dabei mit 418 Personen im Jahr 1920 behandelt.

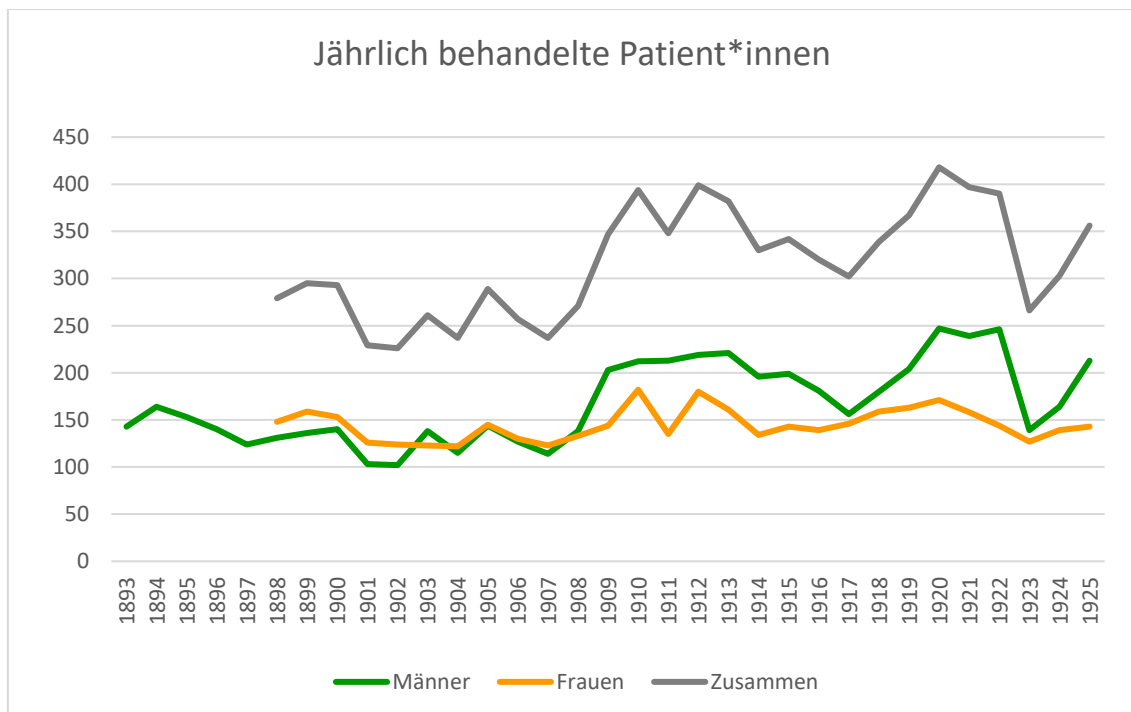


Abbildung 6 - Zahl der jährlich in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg behandelten Personen

Insgesamt zeigt sich also für Aufnahmen und behandelte Personen eine deutliche Steigung im Verlauf des Untersuchungszeitraums, welche Schwankungen unterlag, etwa einem Einbruch der Zahlen in den Kriegsjahren und dem Krisenjahr 1923. Zeitgenössische Konzepte machten für einen „Irrenboom“ um 1900 entweder die anwachsende

²⁵³ An der psychiatrischen Klinik existierten (Stand 1911) unterschiedliche Tarife für Behandlungsplätze aus der Stiftung des Juliusspitals (1,80 Mark), aus den Armen- und Krankenkassen der Stadt Würzburg (3 M.), aus anderen öffentlichen Kassen (4-5 M.) und für Privatranke (6-10 M.), vgl. Übersicht der an den Universitätskliniken Würzburg üblichen Gebühren an Verpfleggeld für Patienten, UAWü, ARS Nr. 3015.

Bevölkerung²⁵⁴ oder eine steigende Zahl psychischer Krankheiten verantwortlich, etwa durch Kulturwandel und Großstadtleben.²⁵⁵ Die in der aktuellen Forschungsliteratur vertretenen Befunde widersprechen diesen Erklärungsmustern jedoch deutlich.²⁵⁶

So führt etwa Cornelia Brink die wachsenden Zahlen an Psychiatriepatient*innen auf ein komplexes Geflecht aus wissenschaftlichem Interesse, staatlicher Ordnungsmacht und Alltagswandel zurück. Hierbei spielen auch die Herauslösung der Psychiatrie aus der Armenfürsorge und die Etablierung als Fachdisziplin mit eigenem Handlungsfeld um 1900 eine Rolle.²⁵⁷

Gerade das wissenschaftliche Interesse als Einflussfaktor auf Klinikaufnahmen lässt sich, wie oben gezeigt, für die Würzburger Psychiatrie nachweisen, wobei anzunehmen ist, dass diese Komponente bei universitären Kliniken stärker ausgeprägt war als in Anstalten.²⁵⁸ Auch gesamtgesellschaftliche Ereignisse wie der Erste Weltkrieg und die Hyperinflation hatten starken Einfluss auf die Entwicklung der Patient*innenzahlen. Etwa durch die Verflechtung der Klinik mit dem Juliusospital, welches die Freiplätze finanzierte, war die Würzburger Psychiatrie jedoch entgegen Brinks Beobachtung weiter mit der Armenfürsorge verflochten, welche auch Einfluss auf Ablauf und Zahl der Aufnahmen nehmen konnte.²⁵⁹

5.2 Aufenthaltsdauer

Aufgrund des unmittelbaren Zusammenhangs zwischen Aufenthaltsdauer und Zahl der Aufnahmen wird im nächsten Schritt erörtert werden, wie lange Patient*innen in der

²⁵⁴ In Bayern stellte sich das Bevölkerungswachstum jedoch geringer dar als in anderen Teilen des Deutschen Reiches, vgl. Ehmer, Josef: Bevölkerungsgeschichte und historische Demographie 1800-2000, München 2004, S. 8–9.

²⁵⁵ Rieger selbst hingegen tat die vermeintliche Zunahme Irrer und eines „nervösen Zeitalters“ als „triviales Gerede“ ab und sah vor allem steigende Kapazitäten in Anstalten als Ursache für die steigende Zahl von Patient*innen, vgl. Rieger 1899, S. 99; Rieger, Konrad: Festschrift zu der Feier des fünfzigjährigen Bestehens der unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Werneck (1855-1905), Jena 1905a, S. IV–V.

²⁵⁶ Zu Diskussionen über Ursachen des Anstiegs an psychiatrisch institutionalisierten vgl. auch Nolte, Karen: Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900, Frankfurt/Main 2003, S. 49–50.

²⁵⁷ Vgl. Brink 2010, S. 131–135.

²⁵⁸ Da die psychiatrische Klinik außerhalb des Systems der Irrenfürsorge stand, konnte sie einen großen Teil der Patient*innen frei wählen und hier auch wissenschaftliche Gesichtspunkte berücksichtigen, vgl. Rieger 1894a, S. 7.

²⁵⁹ Konrad Rieger betonte neben der wissenschaftlichen Bedeutung der Klinik auch immer wieder deren Bedeutung für die Versorgung armer Kranker, insbesondere im Zusammenhang mit dem Stiftungsbrief des Juliusospitals, vgl. etwa Rieger 1916, S. 488–489.

Klinik untergebracht waren und welche Besonderheiten hierbei die Rolle als Universitätspsychiatrie herbeiführte.

Bei Betrachten der Entwicklung der in Abbildung 7 dargestellten mittleren Aufenthaltsdauer ist, wie bereits bei der Erläuterung der Methodik erwähnt, eine starke Schwankung zu sehen. Diese ist maßgeblich durch besonders lange Klinikaufenthalte einzelner Personen verursacht.²⁶⁰ So befand sich beispielsweise bis zum Jahr 1924, welches mit 184 Tagen die höchste mittlere Aufenthaltsdauer der weiblichen Kranken aufwies, die Patientin Marianne I. in der Klinik. Diese starb im Jahr 1924 in der Fuchsleinstraße, nachdem sie sich dort über 20 Jahre mit wechselnden Diagnosen (anfangs Hypochondrie, später periodische Verwirrtheit und schließlich periodische Hirnblindheit) befunden hatte.

Auch im Jahr 1902, demjenigen mit dem höchsten Durchschnittswert der männlichen Kranken, lässt sich dieser durch hohe Einzelwerte erklären: Ferdinand S. hatte im Alter von 25 Jahren bereits elf davon in der Klinik verbracht, Lorenz W. wurde nach sieben Jahren als Patient in die Pfründe des Juliusspitals aufgenommen und Karl K. nach vier-einhalb Jahren psychiatrischer Universitätsklinik nach Werneck verlegt.

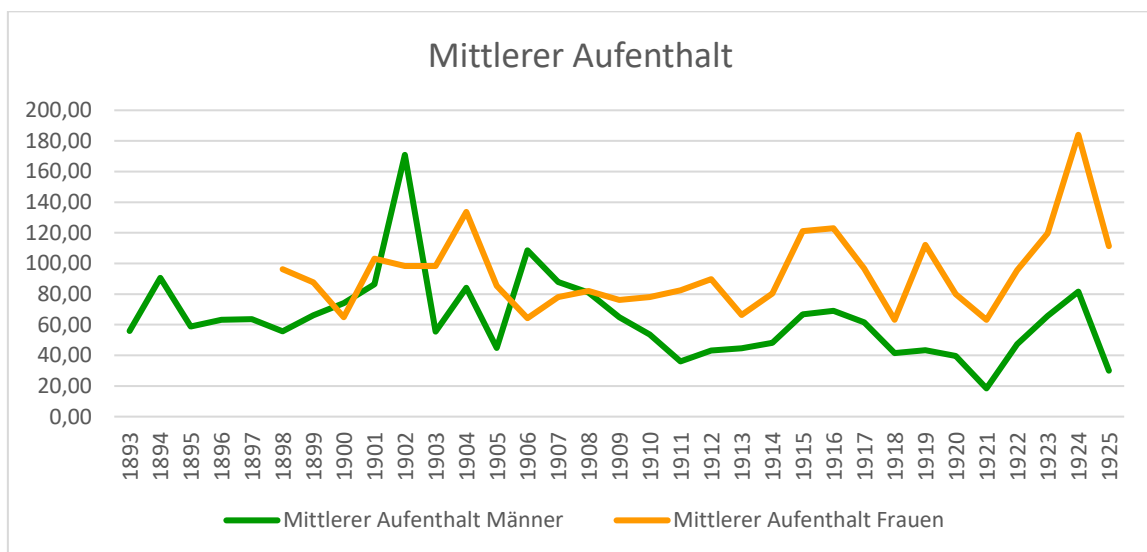


Abbildung 7 - Mittlerer Aufenthalt von Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 - 1925

²⁶⁰ Die mittlere Aufenthaltsdauer der Patient*innen im gesamten Untersuchungszeitraum betrug 72,6 Tage, die der Patienten 58,5 Tage und die der Patientinnen 92,9 Tage.

Ein differenzierteres Bild der Aufenthaltsdauer im Verlauf des Untersuchungszeitraums liefert dagegen die Darstellung mittels Perzentilen in den Abbildungen 8 und 9. Hierbei stellt sich, analog zur Arbeit Andrea Müllers über die späteren Klinikjahre, eine durchgehend längere mediane Verweildauer der weiblichen Kranken dar. Müller führte als Ursachen dieser unterschiedlichen Aufenthaltsdauern der untersuchten Geschlechter eine bessere ökonomische Einsatzbarkeit der weiblichen Kranken sowie unterschiedliche Diagnosen an. Hierbei seien bei Frauen besonders häufig die oft mit langem Klinikaufenthalt einhergehenden Diagnosen Depression und Schizophrenie gestellt worden, Männer wurden demgegenüber besonders häufig zur kurzen Begutachtung aufgenommen.²⁶¹

Anhand der vorliegenden Quellen lässt sich nicht nachweisen, dass Frauen in größerem Umfang Arbeit in der Klinik verrichteten als Männer. Hierbei muss allerdings die Möglichkeit miteinbezogen werden, dass weibliche Kranke insbesondere mit Reproduktionsarbeit betraut waren, welche nicht dokumentiert wurde. Ein Indiz hierfür ist, dass in einer Beschreibung des Bauvorhabens betont wurde, dass im Untergeschoss der Frauenabteilung eine Waschküche mit Bügelzimmer eingerichtet werden sollte.²⁶²

Konrad Rieger betonte insbesondere die Bedeutung der Gartenarbeit in der Klinik, welche vermutlich sowohl von Männern als auch von Frauen verrichtet wurde und beschrieb auch an anderer Stelle einen männlichen Kranken, der ihm bei Büroarbeit assistierte.²⁶³ Des Weiteren seien Patient*innen, die als besonders geeignet für die Verrichtung von Arbeit angesehen wurden, mitunter gerade nicht in der Klinik behalten worden, sondern in die Pfründe des Juliusspitals verlegt und solche mit eingeschränkter Arbeitskraft in die Klinik aufgenommen worden.²⁶⁴

²⁶¹ Vgl. Müller 2019, S. 36–38.

²⁶² Vgl. Verwaltungs-Ausschuss der königl. Universität Würzburg an den kgl. Universitäts-Senat, 29.01.1890, UAWü, ARS Nr. 3293.

²⁶³ Vgl. Rieger 1910, S. 99; Rieger 1916, S. 74–77. Für eine bildhafte Beschreibung der in Riegers unmittelbarem Umfeld arbeitenden Patient*innen vgl. Spoerri 1956, S. 238. In den Wittenauer Heilstätten überwog der Anteil männlicher Patienten bei der Arbeit in Gärtnerei und Feldkolonne deutlich. Während der Anteil an insgesamt arbeitenden Personen für Männer und Frauen mit circa 20 Prozent annähernd gleich war, unterschied sich der Bereich der Arbeit erheblich, vgl. Dörries, Andrea: Medizinische Informationen, in: Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsgg.), Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. 1919 – 1960, Husum 1999, S. 381–383.

²⁶⁴ Vgl. Rieger 1916, S. 556–559. Es ist allerdings naheliegend, dass die Bedeutung von Patient*innen als Arbeitskraft während des Untersuchungszeitraums der Arbeit Andrea Müllers nochmals zunahm, bedenkt man, dass in den zwanziger Jahren die Arbeitstherapie unter dem Titel „aktivere Krankenbehandlung“ einen Bedeutungszuwachs erlebte und schließlich während des Nationalsozialismus die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ein Selektionsmerkmal der Krankenmorde darstellte, vgl. Ankele, Monika: Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Eine Einführung in den Sammelband, in: Ankele, Monika; Brinkschulte, Eva

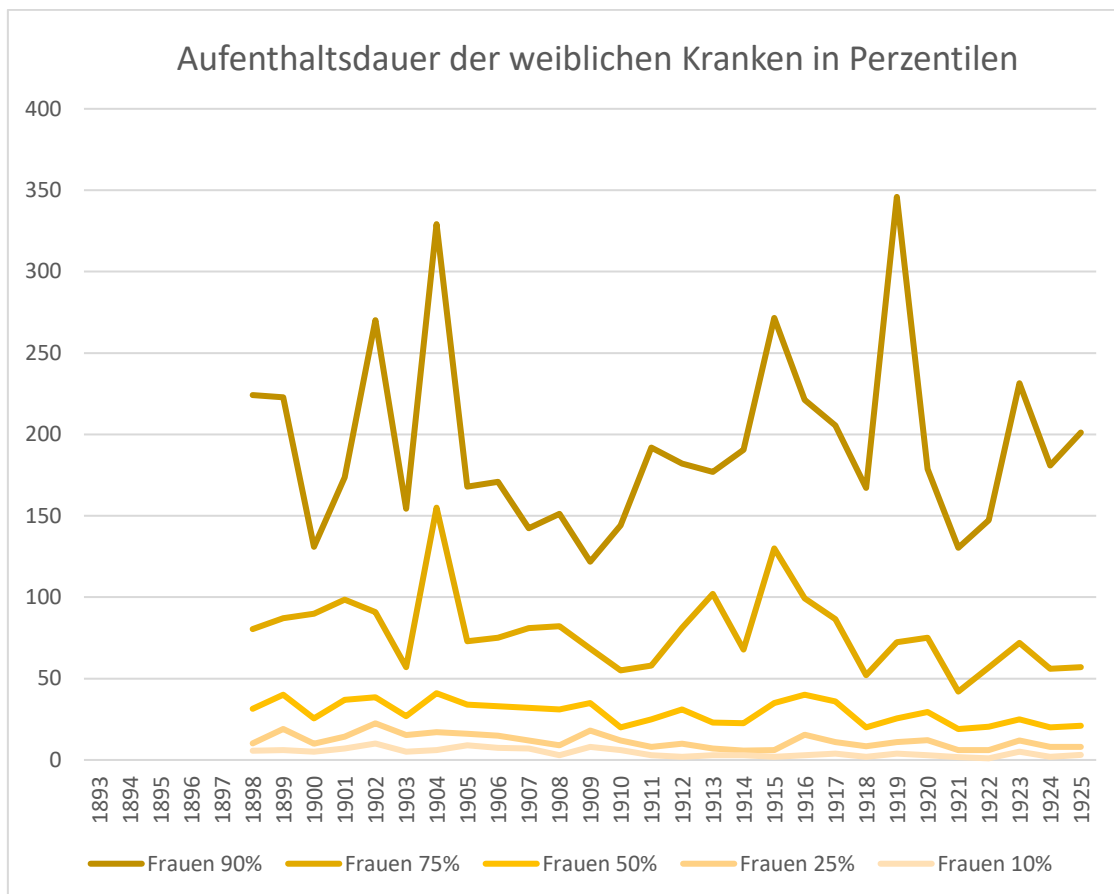


Abbildung 8 - Aufenthaltsdauer der Patientinnen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg in Perzentilen

Der zweite von Müller angeführte Grund für Geschlechterunterschiede bei der Aufenthaltsdauer, neben der Einsetzbarkeit als Arbeitskraft, war der verschiedener Aufnahmeanlässe. Im Untersuchungszeitraum ließ sich hier ebenfalls die Rolle des oben bereits erläuterten Anstiegs von männlichen Begutachtungspatienten zeigen. So fiel der Medianwert des Aufenthalts der Männer ab dem Jahr 1909 deutlich ab, während die mediane Aufenthaltsdauer der Frauen von 1898 bis 1925 insgesamt zwar ebenfalls sank, aber keinen so signifikanten Einschnitt aufwies.²⁶⁵

(Hrsgg.), Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit, Stuttgart 2015, S. 11–12.

Auch in Anstaltspsychiatrien dürfte die Arbeit durch Patient*innen oft ein größeres Ausmaß und eine größere Rolle eingenommen haben als an der relativ kleinen Universitätspsychiatrie in Würzburg zu Beginn des 20. Jahrhunderts, vgl. etwa Ledebur, Sophie: Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien, Wien, Köln, Weimar 2015, S. 95–96.

²⁶⁵ Hinweise dafür, dass sinkende Verweildauern mit einer zunehmenden Zahl von erfolgreichen Therapien zu tun gehabt haben könnten, fanden sich im Untersuchungszeitraum nicht.

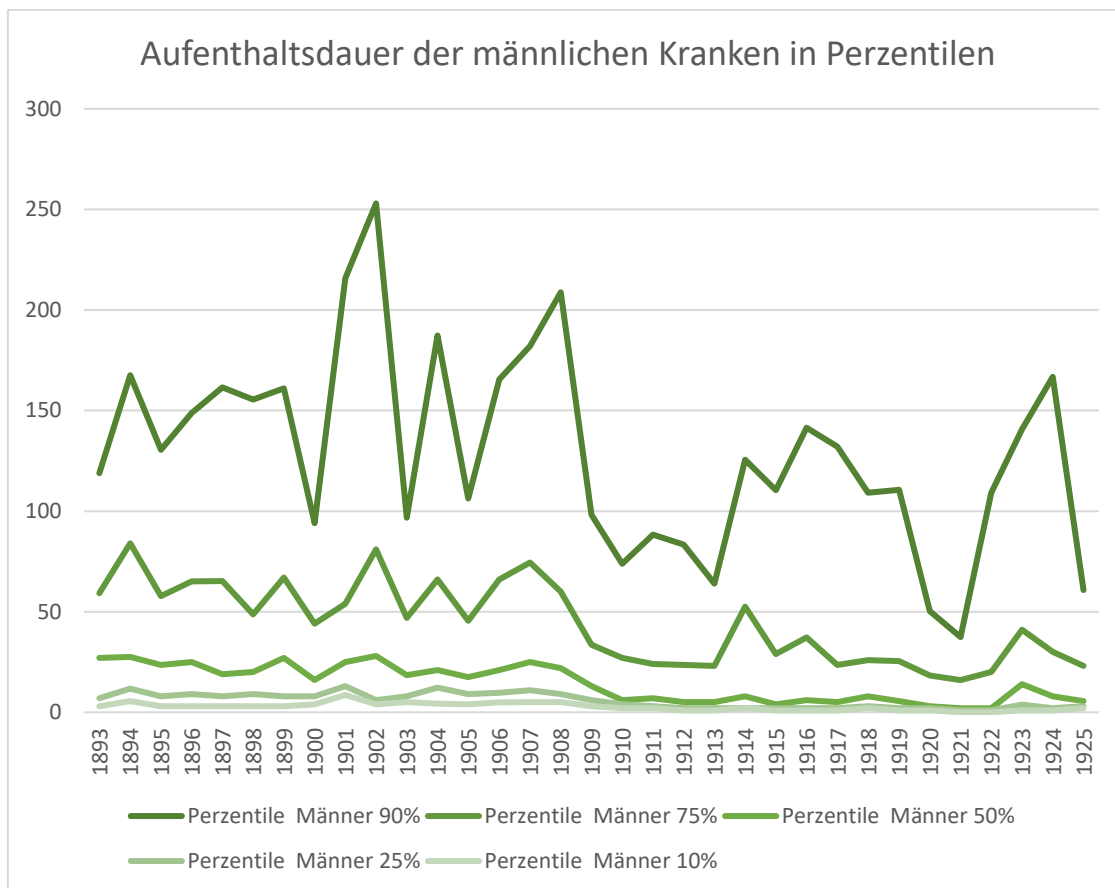


Abbildung 9 - Aufenthaltsdauer der Patienten der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg in Perzentilen

Die längere Verweildauer von Patientinnen nur auf die höhere Zahl von Begutachtungen zurückzuführen, würde hier jedoch deutlich zu kurz greifen. Auch die von Andrea Müller angeführten unterschiedlichen Diagnosen können die Differenz nur teilweise erklären.²⁶⁶ Für den Untersuchungszeitraum wurde für die häufigsten Diagnosen die durchschnittliche Verweildauer für männliche und weibliche Personen errechnet, wobei sich zeigte, dass auch bei gleicher Diagnose Frauen im Schnitt meist längere Klinikaufenthalte zu erwarten hatten. Mögliche Erklärungen hierzu sind eine Männern häufiger zugeschriebene Ernährerrolle, welche zu schnelleren Entlassungen geführt haben könnte, aber auch eine stärkere Pathologisierung weiblicher Wahrnehmungen und Emotionen.

²⁶⁶ Vgl. Müller 2019, S. 37.

Tabelle 1 - Geschlechtsabhängige durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen bei häufig in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg gestellten Diagnosen

	Frauen	Männer	Gesamt
Progressive Paralyse	87,3	48,3	57,5
Idiotie	40,2	33,5	36,3
Dementia	48,1	43,4	45,6
Paranoia	37,3	33,4	35,6
Epilepsie	44,9	30,5	34,9
Melancholie	43,9	44,3	44,0
Manie	57,0	35,9	48,2
Zur Begutachtung	4,7	3,5	3,7

Bei der Aufenthaltsdauer in der psychiatrischen Klinik muss auch deren universitärer Charakter berücksichtigt werden. Dieser kann sich hierbei auf widersprüchliche Weise ausgewirkt haben. So beschrieb Michaela Ralser die Funktion der Innsbrucker Klinik als die eines Durchgangsraums, in welchem eine Erforschung und Beobachtung durch Studierende und Ärzt*innen stattfand, bevor die Patient*innen die Klinik wieder verließen und in Anstalten oder andere Einrichtungen verlegt wurden.²⁶⁷

Für die Würzburger Klinik findet sich die beinahe wortgleiche Bezeichnung als „Aufnahme- und Durchgangsstation für die Kreisanstalt Werneck“²⁶⁸. Dorthin verlegt wurden insbesondere Patient*innen, welche als unheilbar oder wissenschaftlich uninteressant betrachtet wurden, um in der Klinik vermehrte Aufnahmen zu ermöglichen, die den wissenschaftlichen und pädagogischen Anliegen dienlich waren.²⁶⁹

Dem gegenüber stand in Einzelfällen gerade die Tendenz, als für genannte Zwecke geeignet angesehene Personen möglichst lange in der Klinik zu halten, um ausführliche Forschung betreiben zu können. Rieger formulierte dahingehend über einen epileptischen Patienten, welcher in Anfällen Leichenpredigten hielt und sich lange in der Klinik aufhielt, er sei „an ein so merkwürdiges Hirn [...] natürlich sehr anhänglich“²⁷⁰. Weitere Ursachen für lange Aufenthaltszeit in der Klinik waren unter Umständen, wie auch in diesem Fall, persönliche Sympathien und Beziehungen zu Patient*innen oder deren Familien.²⁷¹

²⁶⁷ Vgl. Ralser 2010, S. 208.

²⁶⁸ Rieger 1894a, S. 6.

²⁶⁹ Vgl. Rieger 1894a, S. 6.

²⁷⁰ Rieger 1916, S. 679.

²⁷¹ Vgl. Müller 2019, S. 36–37.

Dieser Gegensatz zwischen Personen, welche die Klinik schon nach einem oder wenigen Tagen wieder verlassen konnten und solchen, welche mehrere Wochen, Monate oder gar Jahre in der Klinik verbringen mussten, zeigte sich auch bei Betrachtung der Quartile. So hielt sich ein Viertel der Patient*innen länger als 54 Tage und ein Viertel kürzer als vier Tage in der Fücksleinstraße auf.

Trotz einzelner Patient*innen, welche viele Jahre in der psychiatrischen Klinik untergebracht waren, führte der universitäre Charakter der Institution zu eher kürzeren Aufenthaltsdauern und zu einer vergleichsweise raschen Weiterverlegung oder Entlassung. Dies wird auch im beispielhaften Vergleich mit den Wittenauer Heilstätten, welche als Anstalt konzipiert waren, deutlich.

*Tabelle 2 - Vergleich der Aufenthaltsdauern der Patient*innen von Wittenauer Heilstätten und psychiatrischer Klinik in Würzburg*

Dauer des Aufenthalts	Würzburger Klinik absolut	Würzburger Klinik relativ	Wittenauer Heilstätten absolut (1919-1924) ²⁷²	Wittenauer Heilstätten relativ (1919-1924)
0 bis 7 Tage	2585	32,9%	25	10,8%
8 bis 31 Tage	2450	31,1%	56	24,2%
32 - 182 Tage	2216	28,2%	93	40,3%
183 - 365 Tage	336	4,3%	15	6,5%
über 1 Jahr	284	3,6%	42	18,2%

Bei der Gesamtschau der Ursachen, welche auf Entlassung aus der Klinik oder Verbleib in der Würzburger Universitätspsychiatrie Einfluss nahmen, zeigte sich also ein Geflecht von sich teils widersprechenden Faktoren. So bestimmten Geschlecht, Aufnahmegrund, Arbeitsleistung und persönliche Beziehungen die Dauer des Klinikaufenthalts. Hinzu kamen als Einflussfaktoren das wissenschaftliche und pädagogische Interesse, was als Besonderheit der universitären Einrichtung angesehen werden kann. Hierzu gehört auch die eher kürzere Aufenthaltsdauer in der Klinik.

²⁷² Zu den Daten der Wittenauer Heilstätten siehe Beddies, Thomas: Administrative, persönliche und soziale Informationen, in: Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsgg.), Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. 1919 - 1960 Husum 1999, S. 254. Die geringen Absolutwerte kommen dadurch zustande, dass nur eine Stichprobe ausgewertet wurde. Ähnliche Zahlen für die nähergelegenen Anstalten in Werneck oder Lohr liegen leider nicht vor.

5.3 Entlassort und Todesfälle

Die Frage nach dem Aufenthalt in der Klinik und dem Zeitpunkt der Entlassung ist eng verknüpft mit der nach dem „Wohin?“. Daher wird sich dieses Kapitel damit befassen, an welchen Ort Patient*innen aus der psychiatrischen Klinik entlassen wurden. Gesondert wird auf die Einträge zu denjenigen eingegangen werden, die das Krankenhaus nicht mehr lebend verlassen konnten und bei denen in den Standbüchern zur Frage „Wohin?“ deren Tod verzeichnet wurde.

Mit beinahe 75,7 Prozent verließ der größte Teil der Patient*innen die Klinik in Richtung ihres Zuhauses. Inwiefern diese Personen als geheilt oder ungeheilt angesehen wurden, lässt sich anhand der Aufnahmebücher nicht nachvollziehen. Während sich in den älteren Unterlagen bis zum Jahr 1889 häufig Anmerkungen zum Gesundheitszustand und zum genaueren Prozedere der Entlassung oder Verlegung finden, geben die Standbücher für den Untersuchungszeitraum nur Aufschluss über das „Wohin“, nicht über das „Wie“ oder „Warum“.²⁷³ Ebenso wenig lässt sich den vorliegenden Quellen entnehmen, auf wessen Initiative die Entlassung erfolgte.²⁷⁴

Angenommen werden kann jedoch, dass diese drei Viertel als nicht mehr der akuten Klinikfürsorge bedürftig betrachtet wurden und die Personen – mehr oder weniger – in ihr soziales und familiäres Netzwerk zurückkehren konnten. Hier gilt es auch zu bedenken, dass beinahe ein Drittel der Patient*innen gar nicht zur Behandlung eines Krankheitszustandes, sondern zum Zweck der Begutachtung in der Klinik war.

Diejenigen Personen, welche nicht nach Hause entlassen wurden, wurden zum größten Teil in die Heil- und Pflegeanstalt Werneck verlegt. Insgesamt machte dies 8,9 Prozent der Weggänge aus der Würzburger Klinik aus. Werneck ergänzte als Kreisirrenanstalt ab 1855 die psychiatrische Landschaft Unterfrankens und wurde um die Jahrhundertwende

²⁷³ Bis einschließlich 1889 fand sich häufig als Bemerkung zum Gesundheitszustand „unverändert“, „ungeheilt“, „gebessert“ oder „geheilt“. Des Weiteren wurden häufig die Umstände des Weggangs aus der Klinik näher erläutert, etwa „in Begleitg. v. 2 jilspit. Wärtern nach Werneck“, „zu den Angehörigen nach Hoellerich“ oder „wegen Panaritium ins Juliusspital“. Sehr vereinzelt fanden sich solche Beschreibungen auch im Untersuchungszeitraum, so ist etwa der Entlasseintrag von Josef K. am 24.01.1910 um den Hinweis „Krätze“ ergänzt worden.

²⁷⁴ Die Krankenakten der Wittenauer Heilstätten wurden dahingehend ausgewertet, ob Entlassungen gegen ärztlichen Rat oder diesem entsprechend erfolgten. Hier zeigte sich, dass der größte Teil der Patient*innen, welche die Klinik lebendig verlassen konnten, dies mit ärztlichem Einverständnis tat. Auch der Gesundheitszustand bei Entlassung wurde dort untersucht. Das Ergebnis war, dass die meisten Patient*innen als „gebessert“ entlassen wurden, gefolgt von „ungebessert“. Als „geheilt“ galten die Personen bei Entlassung nur äußerst selten, vgl. Beddies 1999, S. 260–265.

mit bis zu 800 Patient*innen belegt.²⁷⁵ Diese in Werneck verfügbaren Plätze wurden von Konrad Rieger als „Entlassungsventil“ bezeichnet, welches dafür sorgen sollte, dass Kranke mit hohem Pflegeaufwand schnell aus der psychiatrischen Klinik verlegt werden konnten.²⁷⁶

Die niedrigen Entlasszahlen der Anstalt, welche nur für den Zeitraum ab 1928 vorliegen, lassen vermuten, dass für viele der Patient*innen, welche nach Werneck verlegt wurden, nur eine sehr späte oder auch keine Rückkehr aus der psychiatrischen Institution mehr möglich war. Umso mehr galt dies für die Zeit des Nationalsozialismus. Nachdem die Anstalt im Jahr 1940 geräumt wurde, wurden 381 der Patient*innen aus Werneck in Zwischen- und Tötungsstationen der sogenannten Aktion-T4 gebracht.²⁷⁷ Unter diesen Mordopfern waren auch Patient*innen, welche im Untersuchungszeitraum in der Würzburger Klinik behandelt und teils nach Werneck verlegt wurden.²⁷⁸

Da die Anstalt in Werneck Anfang des 20. Jahrhunderts mit Überfüllung zu kämpfen hatte, wurde im Jahr 1912 mit der Heil- und Pflegeanstalt Lohr eine weitere unterfränkische Psychiatrie eröffnet. Die Anstalten in Werneck und Lohr teilten daraufhin ihre Zuständigkeit in der Versorgung der psychiatrisierten Bevölkerung auf, wobei nach Lohr vor allem Personen aus dem westlichen, nach Werneck aus dem östlichen Unterfranken und Würzburg eingeliefert wurden.²⁷⁹ Auch aus der Würzburger Klinik wurden nach der Eröffnung Patient*innen nach Lohr verlegt, wobei der Anteil mit nur 0,7 Prozent deutlich geringer war als der der Verlegungen nach Werneck, was den regionalen Zuständigkeiten der Anstalten entsprach.

²⁷⁵ Vgl. Schmelter/Meesmann/Walter/Praxl 2012, S. 36.

²⁷⁶ Vgl. Rieger 1894a, S. 6.

²⁷⁷ Vgl. Schmelter/Meesmann/Walter/Praxl 2012, S. 47–50.

²⁷⁸ Um dies festzustellen wurden die in den Standbüchern verzeichneten Patient*innen mit einer Namensliste von Opfern des NS-Krankenmordes verglichen, vgl. Bundesarchiv: Namen von Opfern der NS-„Euthanasie“, zu denen im Bundesarchiv-Bestand R 179 Patientenakten vorliegen. Online verfügbar unter https://www.bundesarchiv.de/DE/Content/Downloads/Aus-unserer-Arbeit/liste-patientenakten-euthanasie.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

²⁷⁹ Vgl. Posamentier 2012, S. 55.

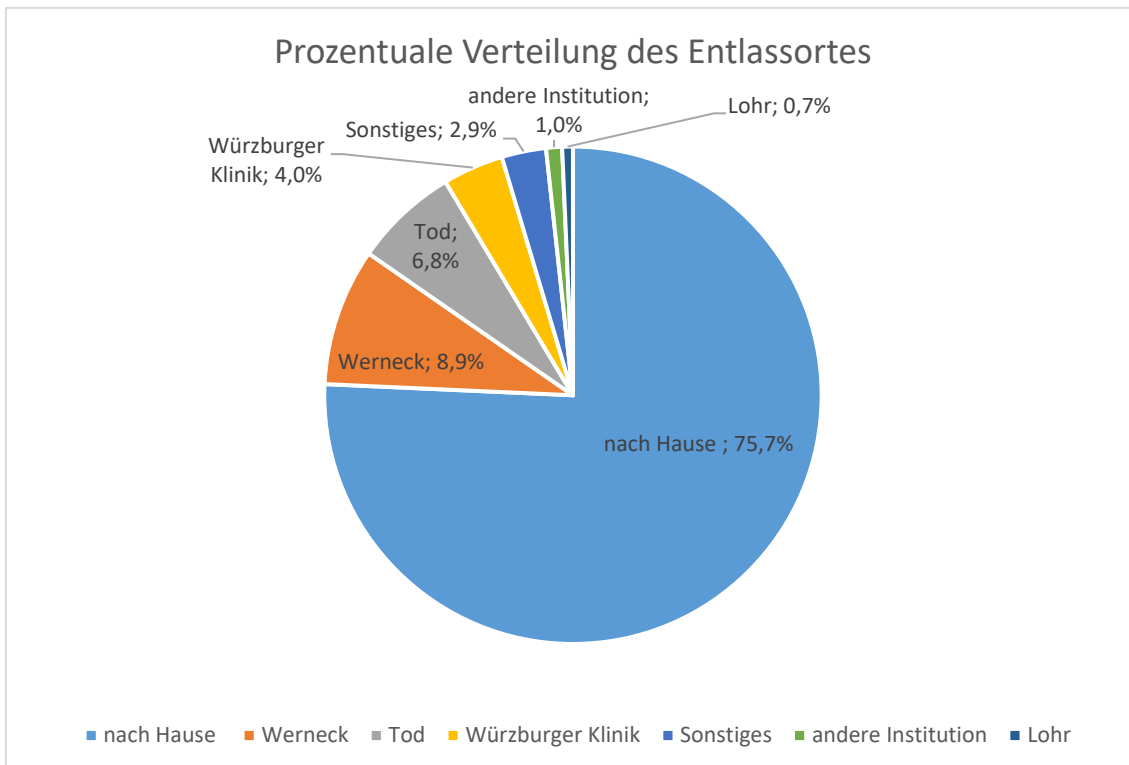


Abbildung 10 - Entlassorte von Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925

Neben diesen beiden psychiatrischen Einrichtungen spielten weitere medizinische Institutionen in Würzburg eine Rolle als Weiterbehandlungsorte und machten vier Prozent der Weggänge aus der psychiatrischen Klinik aus. Der größte Teil der Patient*innen wurde dabei im Juliusspital weiterbehandelt. Zum einen lag dies daran, dass es nicht selten zu wechselseitigen Verlegungen von Pfürndner*innen kam, zum anderen daran, dass die weiteren zur Universität gehörenden Kliniken sich den größten Teil des Untersuchungszeitraumes dort befanden. Am 2. November 1921 wurde das universitäre Luitpoldkrankenhaus eröffnet, wohin nach und nach die zuvor im Juliusspital angesiedelten Kliniken verlegt wurden.²⁸⁰ Es ist anzunehmen, dass sich Einträge wie „in die chirurg. Klinik“ ab dieser Neueröffnung auf das Luitpoldkrankenhaus bezogen.

Ein weiteres Prozent der Patient*innen wurde in andere Arten von Institutionen verlegt. Hierunter fielen Folgeorte wie Lazarette, medizinische Einrichtungen weiterer Städte und

²⁸⁰ Vgl. Röckl, Helmut: Die Universitätskliniken im Staatlichen Luitpoldkrankenhaus zu Würzburg, in: Baumgart, Peter (Hrsg.), Vierhundert Jahre Universität Würzburg. Eine Festschrift, Neustadt an der Aisch 1982, S. 296; Sticker, Georg: Entwicklungsgeschichte der Medizinischen Fakultät an der Alma Mater Julia, in: Buchner, Max (Hrsg.), Aus der Vergangenheit der Universität Würzburg. Festschrift zum 350 jährigen Bestehen der Universität, Berlin 1932, S. 747.

Gefängnisse. Lazarette wurden dabei nicht der Kategorie „Würzburger Klinik“ zugeordnet, auch wenn sich diese in Würzburg befanden, um sie von zivilen Institutionen abzugrenzen und ihren besonderen militärischen Charakter zu berücksichtigen. In solche Einrichtungen wurden insgesamt 39 Patienten verlegt, der größte Anteil davon in der Zeit des Ersten Weltkriegs.

Während diesem wurden allein für durch das Kriegsgeschehen traumatisierte Soldaten mehrere Lazarette in Würzburg gegründet. Es entstand eine Station für sogenannte Kriegsneurotiker mit 120 Betten in der Münzschule mit noch zwei angegliederten zusätzlichen Vereinslazaretten sowie eine eigene Station für Geistesranke mit Kapazität für 70 Personen.²⁸¹ Der Anteil der Verlegungen in diese und andere Lazarette betrug bei den männlichen Kranken, welche im Jahr 1918 entlassen wurden, ganze zehn Prozent. Hinzu kamen noch Männer, die nach der Entlassung direkt zum Militär gehen mussten.

14 Personen wurden in medizinische Einrichtungen außerhalb Würzburgs und Unterfrankens gebracht, etwa in die Anstalt Illenau, zwölf ins Gefängnis, drei ins Kloster. Bei solchen Verlegungen aus der Klinik, sei es in Kasernen, Lazarette, Anstalten oder Gefängnisse, zeigt sich eine Korrespondenz verschiedener totaler Institutionen.²⁸² Als weiteres Beispiel und als Besonderheit ist in diesem Zusammenhang auch der Klinikaufenthalt des aus Russland stammenden Kusma S. zu nennen. Dieser befand sich als Kriegsgefangener 1918 vier Monate in der Klinik, bis er ab dem 22. Juli (wieder) im „Gefangenen-Lager“ interniert wurde.

Insgesamt knapp drei Prozent der Weggänge aus der Würzburger Klinik konnten keiner der obigen Kategorien zugeordnet werden und wurden als „Sonstiges“ zusammengefasst. Der bei weitem größte Teil der darunterfallenden Entlasseinträge waren Ortsbezeichnungen, wobei eine Häufung solcher Orte mit psychiatrischen Einrichtungen, etwa Ansbach, festzustellen war.

²⁸¹ Vgl. Schmidt, Heinrich: Die Behandlung der nervösen Zustände bei Soldaten am Reserve-Lazarett Würzburg, Abtlg. Münzschule, Neurotiker-Lazarett für das rechtsrheinische II. A.-K., Würzburg 1919, S. 6–7. Die Kapazität dieser Lazarette betrug damit ein Vielfaches der psychiatrischen Klinik, was den psychischen Schaden andeuten kann, welchen der Krieg verursachte.

²⁸² „Goffman geht davon aus, dass es in einer «totalen Institution» markante Übergangsriten zwischen aussen und innen gebe; innerhalb des institutionellen Gefüges bestehe eine «fundamentale Trennung zwischen einer grossen, gemanagten Gruppe, treffend «Insassen» genannt, auf der einen Seite, und dem weniger zahlreichen Aufsichtspersonal auf der anderen“; Meier/Bernet/Dubach/Germann 2007, S. 291.

Weitere 42 Patient*innen entzogen sich dem psychiatrischen Zugriff ohne ärztliche Mitsprache und wurden dementsprechend als „entlaufen“ oder „weggelaufen“ vermerkt.²⁸³ Über die individuellen Gründe kann an dieser Stelle keine Aussage gemacht werden, auffallend ist jedoch die Häufung in den Jahren ab 1918 mit einem Gipfel von zwölf wegelaufenen Personen 1922. Für diese Steigerung scheinen, die korrekte Verzeichnung in den Standbüchern vorausgesetzt, zwei Erklärungen möglich: Entweder wurde der unautorisierte Weggang aus den Klinikgebäuden leichter oder Patient*innen empfanden die Bedingungen der psychiatrischen Klinik als belastender und versuchten vermehrt diesen zu entfliehen.²⁸⁴

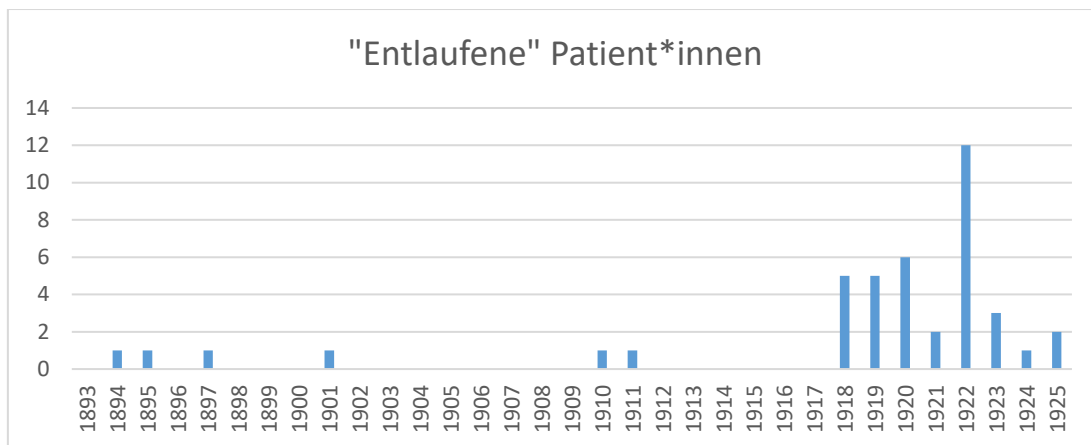


Abbildung 11 - Als "weggelaufen" oder "entlaufen" verzeichnete Patient*innen der psychiatrischen Klinik Würzburg, 1893 – 1925

Erwähnenswert ist noch der schon genannte Weg Josef E.s, ein vollkommen anderer, welcher ihn zeitweise aus dem Stand als Patient führte. Der Dienstknecht befand sich erstmals 1896 mit der Diagnose Hypochondrie für einige Monate in der Klinik und wurde im Dezember des selben Jahres nochmals aufgenommen, dann als paranoid. Im Folgejahr findet sich am ersten Juli schließlich der Eintrag „als Wärter übernommen“. Dieser innerklinische Statuswechseln war jedoch nur von vorübergehender Dauer, im Jahr 1899 wurde Josef E. im Standbuch wieder als Patient verzeichnet.

²⁸³ Wie ein solches Entweichen beispielhaft vonstattengehen konnte, schildert Sabine Braunschweig in ihrer Arbeit zur Pflege in der Basler Anstalt Friedmatt, vgl. Braunschweig 2013, S. 161–164.

²⁸⁴ Es finden sich in den Standbüchern auch mehrere Einträge „Entlaufen“, welche im Nachhinein wieder durchgestrichen wurden. Die entsprechenden Patient*innen kehrten also selbst in die Klinik zurück oder wurden gezwungenermaßen dorthin zurückgebracht.

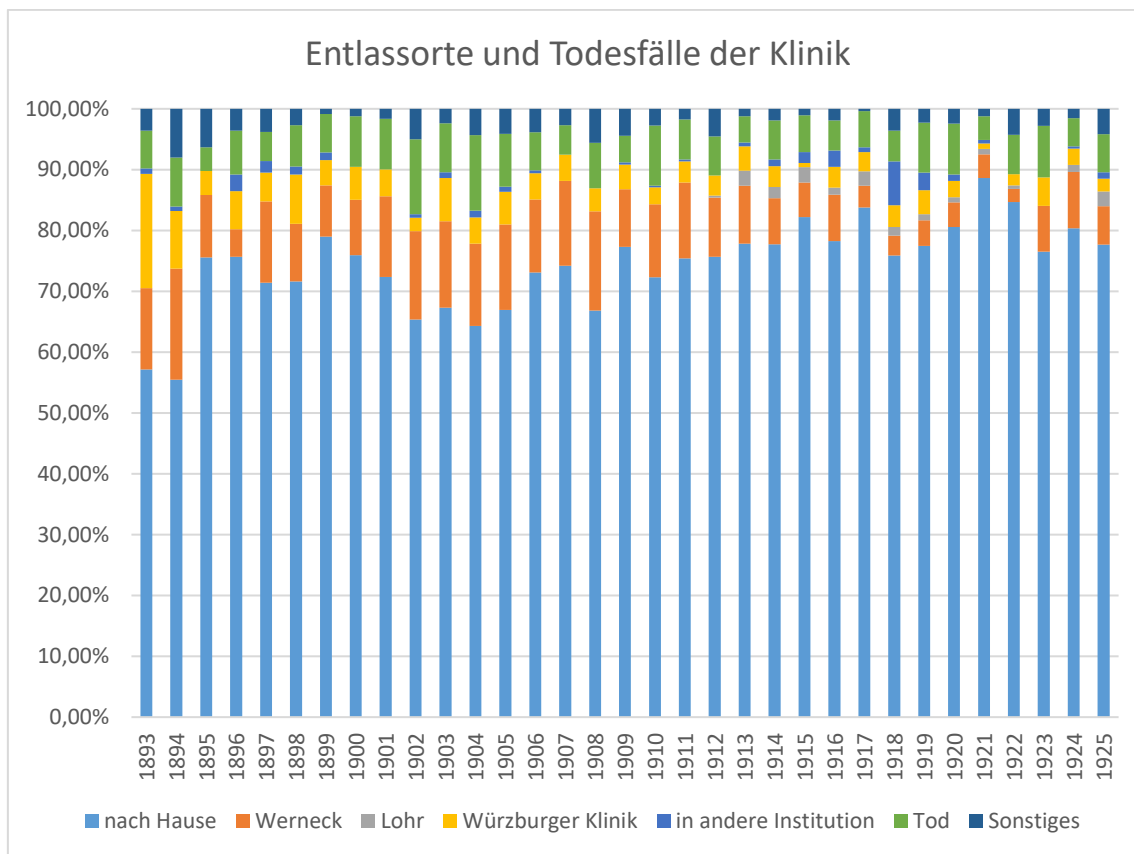


Abbildung 12 - Entlassorte und Todesfälle der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925

Die Betrachtung der Entlassorte im Laufe des Untersuchungszeitraums zeigt vor allem oben bereits angerissene Entwicklungen.²⁸⁵ Die Zahl der Patient*innen, welche nach Hause entlassen wurden, stieg im Untersuchungszeitraum insgesamt an, wobei der höchste Wert im Jahr 1921 mit 88,6 Prozent der Weggänge vorlag.

Analog dazu sank die Bedeutung der Kreisirrenanstalt Werneck als Hauptverlegungsort. Während bis 1911 meist ein zweistelliger Prozentsatz der Patient*innen nach Werneck gebracht wurde, sank dieser Wert ab 1912 deutlich. In diesem Jahr wurde die weitere unterfränkische Anstalt in Lohr eröffnet, welche ebenfalls Patient*innen der Klinik aufnahm, jedoch nahmen diese Aufnahmen nicht in gleichem Maße zu, wie jene in Werneck nachließen.

Die Weggänge in andere medizinische Einrichtungen in Würzburg sanken nach einem Gipfelwert im Eröffnungsjahr, in welchem sehr viele Verlegungen in die Pfründe des

²⁸⁵ Neben einer Darstellung aller Entlassorte erfolgt hier eine weitere, in welcher die Einträge unter „nach Hause“ weggelassen wurden, um eine bessere Übersicht über die restlichen Entwicklungen zu ermöglichen.

Juliussspitals stattfanden, insgesamt leicht. Die Werte der Verlegungen in andere Institutionen lagen meist um oder knapp unter einem Prozent, wobei durch kriegsassozierte Verlegungen, vor allem in Lazarette, der Wert im Jahr 1918 auf 7,2 Prozent anstieg.

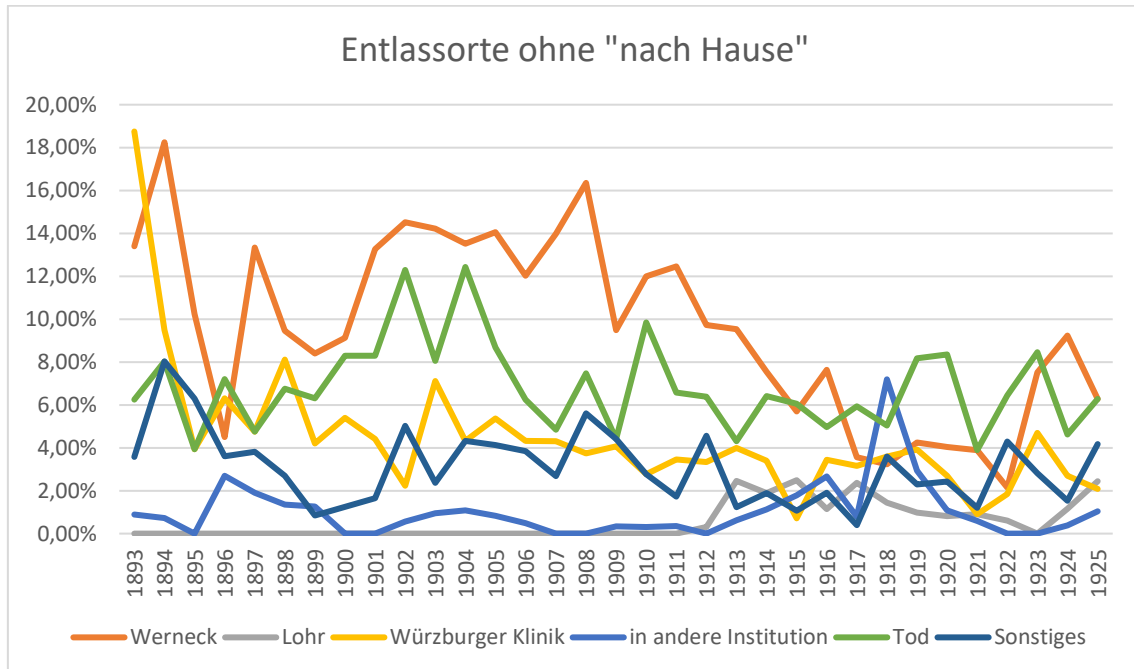


Abbildung 13 - Anteil der Weggänge und Todesfälle an den jährlich entlassenen Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925

Die größten geschlechtsspezifischen Unterschiede beim Entlassort zeigten sich mit 77,5 gegenüber 73,2 Prozent beim höheren Anteil der Männer, welche nach Hause entlassen wurden. Als ursächlich kann auch hier wieder die häufigere Aufnahme männlicher Personen zur Begutachtung angenommen werden. Werden Entlassungen nach Begutachtungen nicht mitgerechnet, dreht sich dieses Verhältnis sogar um und der Anteil an Entlassungen nach Hause wird bei den Patientinnen mit 71,0 Prozent höher als bei Patienten mit 67,8 Prozent.

Demgegenüber lag der Anteil an weiblichen Kranken, welche nach der Klinik in Werneck weiter untergebracht wurden, um drei Prozent höher als der der männlichen. Auch nach Lohr wurden vermehrt Frauen verlegt. Die Verlegungen unter der Kategorie „andere Institution“ hingegen waren bei männlichen Personen häufiger, was durch oben erläuterte militärische Folgeinstitutionen erklärbar ist. Der Anteil der Verlegungen in Würzburger

Kliniken und solche, die unter „Sonstiges“ zusammengefasst wurden, unterschied sich zwischen den beiden untersuchten Geschlechtern kaum.

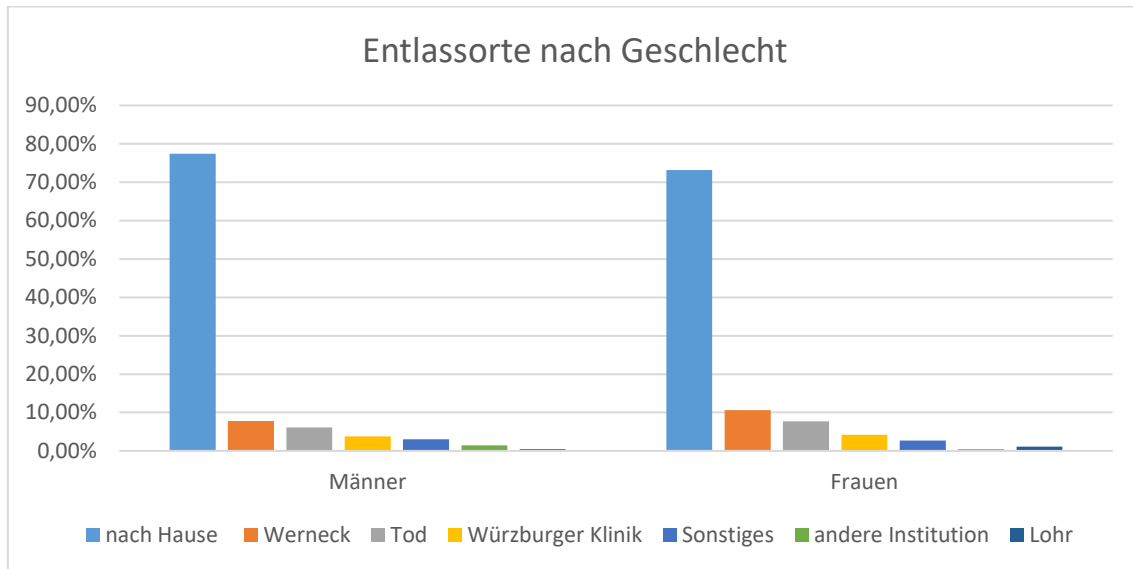


Abbildung 14 - Entlassorte der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg nach Geschlecht

Nachdem bisher erörtert wurde, wohin Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg entlassen oder verlegt wurden, wird im Folgenden auf die Zahl derjenigen eingegangen werden, welche dort starben. Der Tod in der psychiatrischen Klinik ließ sich anhand der Standbücher für 535 Personen nachvollziehen, wobei (vermutete) Ursache und nähere Umstände des Todes nicht verzeichnet wurden.

Damit machte der Todeseintrag, in der Regel ein eingezeichnetes Kreuz, 6,8 Prozent aller Bemerkungen unter der Standbuchkategorie „Wohin“ aus. Der Anteil war bei Frauen hierbei mit 7,7 Prozent etwas höher als bei Männern, bei denen der Tod Inhalt von 6,1 Prozent der entsprechenden Einträge war. Die Sterbeziffer der deutschen Gesamtbevölkerung lag zum Vergleich im Jahr 1893 bei 24,6 Todesfällen pro 1.000 Einwohner*innen und sank, bis auf einen vorübergehenden Anstieg, kontinuierlich bis auf 11,9 im Jahr 1925.²⁸⁶ In der Stadt Würzburg betrug diese von 1893 bis 1902 im Durchschnitt 22,8 pro 1.000.²⁸⁷

²⁸⁶ Vgl. Hubert, Michel: Deutschland im Wandel. Geschichte der deutschen Bevölkerung seit 1815, Stuttgart 1998, S. 334–335.

²⁸⁷ Vgl. Hofmann, F. E.: Würzburg Stadt. Meteorologische Verhältnisse und medizinische Statistik für die Jahre 1903 und 1904, in: Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg 37 (1905), S. 353.

Um einen Wandel der Todeszahlen im Laufe des Untersuchungszeitraums sichtbar zu machen, wurde die jährliche Sterberate der Klinik berechnet und deren Entwicklung in der Abbildung 15 dargestellt.²⁸⁸ Die Werte schwankten hierbei stark mit minimal 3,3 Prozent in den Jahren 1895 und 1921 und Höchstwerten von 9,7 in den Jahren 1902 und 1904.

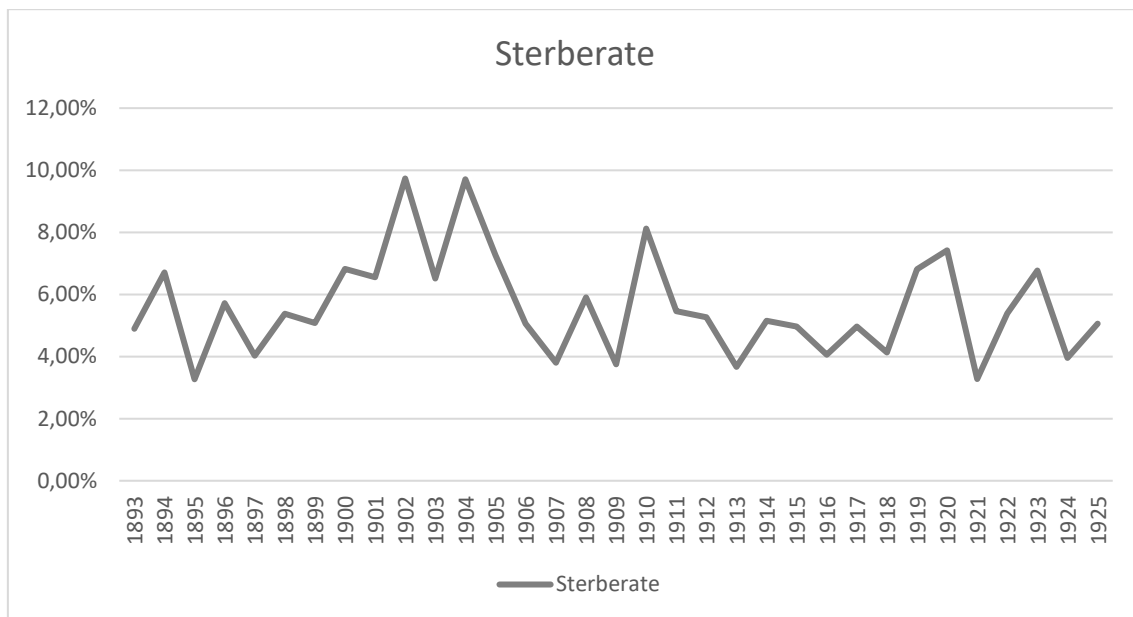


Abbildung 15 - Jährliche Sterberate in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925

Da die Todeseinträge im Untersuchungszeitraum keinen Aufschluss über die Ursache des Todes geben, ist keine sichere Aussage möglich, weshalb es in einzelnen Jahren zu vermehrten Sterbefällen kam. Als eine anzunehmende Ursache liegen jedoch Infektionserkrankungen nahe, welche zu zeitweisen Ausbrüchen auch in der Klinik geführt haben können.

So kam es laut Rieger im Juliusspital immer wieder zu Ausbrüchen von Typhus, insbesondere zu einer „schweren Typhus-Endemie von 1896 bis 1903“²⁸⁹. Dass es zu Infektionen in der Klinik kam, welche durch gegenseitige Verlegungen und die Zuständigkeit für die im Juliusspital untergebrachten Irrenfründner mit diesem verbunden war, ist

²⁸⁸ Die Sterberate entspricht der Zahl der Sterbefälle pro jährliche Gesamtpatient*innenzahl, also Summe aus Anfangsbestand und Neuaufnahmen, vgl. Faulstich 1998, S. 20.

²⁸⁹ Rieger 1916, S. 575. Vgl. außerdem Rieger 1899, S. 88–89; Rieger 1920, S. 7.

anzunehmen.²⁹⁰ Auch zeigt sich in obiger Abbildung ein entsprechender Gipfel der Sterberate um das Jahr 1903.

In einem anderen Zusammenhang kam es in der Zeit des Ersten Weltkriegs von 1914 bis 1918 zu etwa 70.000 Todesopfern, welche in Deutschland in psychiatrischen Anstalten durch Unterversorgung und Hunger starben.²⁹¹ In Sachsen, der Region des Deutschen Reiches mit der höchsten Sterblichkeit, kam im letzten Kriegsjahr rund ein Viertel der Anstaltspatient*innen um, in Bayern waren dies 11,2 Prozent.²⁹² In der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg war die Sterberate mit etwa fünf Prozent in diesem Zeitraum paradoxerweise eher niedrig. Dies zeigt sich auch im Vergleich mit den Sterbezahlen der nahegelegenen Anstalt in Werneck und der bayrischen Anstalten insgesamt.

Tabelle 3 - Sterbeziffern in der psychiatrischen Klinik Würzburg, der Heil- und Pflegeanstalt Werneck sowie 30 öffentlichen und privaten Anstalten Bayerns von 1914 bis 1918

	1914	1915	1916	1917	1918
Würzburger Klinik	5,15%	4,97%	4,06%	4,97%	4,13%
Werneck ²⁹³	5,85%	6,91%	7,49%	11,40%	keine Daten
Bayrische Anstalten ²⁹⁴	5,70%	7,90%	8,80%	14,20%	11,20%

Im vom Krieg noch weniger beeinflussten Jahr 1914 lagen die Sterbeziffer für die Würzburger Klinik und die Anstalten in Werneck sowie Gesamtbayern auf einem ähnlichen Niveau. Während im weiteren Kriegsverlauf jedoch die Todeszahlen in den Anstalten deutlich anstiegen, blieben sie in der psychiatrischen Universitätsklinik in Würzburg erstaunlich konstant.

Hier zeigte sich ein deutlicher Überlebensvorteil für diejenigen Psychiatriepatient*innen, welche in der Universitätsklinik untergebracht waren.²⁹⁵ Die Klinik könnte etwa davon profitiert haben, dass in großen Städten eher Nahrungsvorräte für den Krieg angelegt

²⁹⁰ Vgl. Rieger 1916, S. 431.

²⁹¹ Vgl. Faulstich 1998, S. 25.

²⁹² Vgl. Faulstich 1998, S. 67. Insgesamt war die Sterblichkeit in den Anstalten Norddeutschlands höher als in den süddeutschen.

²⁹³ Vgl. Schmelter/Meesmann/Walter/Praxl 2012, S. 51.

²⁹⁴ Vgl. Faulstich 1998, S. 65.

²⁹⁵ Leider liegen keine Daten für weitere psychiatrische Universitätskliniken vor, welche eine Aussage über die Verallgemeinerbarkeit dieser Beobachtung zulassen.

wurden als in den ländlichen Anstalten. Jedoch war insgesamt nicht ausreichend für die Ernährungssituation während des Krieges vorgesorgt worden.²⁹⁶

Des Weiteren ist möglich, dass die Klinik als universitäre Institution über ein höheres Ansehen und bessere Verbindungen verfügte als die peripher gelegenen Anstalten und damit auch im Kriegsgeschehen noch eher mit Nahrung versorgt wurde. Als wohl wichtigster Faktor ist jedoch anzuführen, dass die oft als unheilbar geltenden Kranken in Anstalten verstärkt sozialdarwinistischen Erwägungen ausgesetzt waren.

Wie Faulstich ausgeführt hat, bildete sich während des Krieges eine „Ernährungshierarchie“ heraus, welche den als heldenhaft gesehenen Soldaten (Nahrungs-)Vorteile verschaffte, während die Menschen, welche sich in Anstalten befanden, am unteren Ende ebenjener Hierarchie verortet wurden.²⁹⁷ Nach dem Ende des Krieges relativierte eine große Anzahl von Psychiatern das Hungersterben, indem zwar Bedauern über die vielen Toten geäußert, gleichzeitig jedoch das Sterben (lassen) durch eine Abwertung der Kranken entschuldigt wurde.²⁹⁸

Ein weniger politischer Erklärungsansatz ist der, dass die psychiatrische Klinik in Würzburg über den klinikeigenen Garten einen Großteil des Gemüsebedarfs der Patient*innen decken konnte.²⁹⁹ Zwar verfügten auch Anstalten über eigenes Land, jedoch dürfte sich die eigenständige Versorgung der überfüllten Großanstalten schwieriger gestaltet haben als die der mit 60 Plätzen recht kleinen Klinik.

Einschränkend muss noch hinzugefügt werden, dass mit den vorliegenden Daten nur keine erhöhte Sterblichkeit der Patient*innen festzustellen ist, möglich ist jedoch auch hier, dass es gehäuft zu Hunger und Gewichtsabnahme kam, nur nicht in einem solchen Ausmaß, dass es sich auf die Sterbeziffer auswirkte.

Auch nach Kriegsende war die Versorgung in vielen Anstalten weiter prekär und Kohlemangel sowie Nahrungsknappheit und Tuberkulose forderten weitere Todesopfer.³⁰⁰ Hier

²⁹⁶ Vgl. Faulstich 1998, S. 25–32.

²⁹⁷ Vgl. Faulstich 1998, S. 28–30; Hohendorf, Gerrit: Ideengeschichte und Realgeschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie“ im Überblick, in: Fuchs, Petra; Rotzoll, Maike; Müller, Ulrich; Richter, Paul; Hohendorf, Gerrit (Hrsgg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“. Lebensgeschichten von Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Göttingen 2014, S. 36–38.

²⁹⁸ In diese Richtung äußerten sich auch bekannte Psychiater wie Emil Kraepelin und der Vorsitzende des Deutschen Vereins für Psychiatrie Karl Bonhoeffer, vgl. Faulstich 1998, S. 79–83.

²⁹⁹ Vgl. Rieger 1916, S. 75.

³⁰⁰ Vgl. Faulstich 1998, S. 69–79. Auch wenn diese Zahlen aufgrund der Methodik nicht direkt verglichen werden können, sollen hier als Beispiel die Wittenauer Heilstätten angeführt werden. Dort machten in den Anfangsjahren der Weimarer Republik von 1919 bis 1924 Todesfälle 45,1 Prozent der „Entlassungen“ aus, vgl. Beddies 1999, S. 265.

stiegen auch die Todeszahlen in der Würzburger Klinik etwas an und lagen teilweise sogar über dem Durchschnitt der Anstalten in Bayern, was in untenstehender Tabelle dargestellt ist.

Tabelle 4 - Vergleich der Sterbeziffern in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg und 31 Anstalten in Bayern in den Nachkriegsjahren bis 1925

	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925
Würzburger Klinik	6,81%	7,42%	3,27%	5,38%	6,77%	3,96%	5,06%
Bayrische Anstalten ³⁰¹	8,00%	5,90%	5,30%	5,50%	6,10%	5,40%	5,00%

Insgesamt war im Untersuchungszeitraum jedoch die Entlassung nach Hause die weitaus häufigste Art die Klinik zu verlassen, gefolgt von Verlegungen in die Kreisirrenanstalt nach Werneck und andere Würzburger Kliniken, vor allem das kooperierende Juliusspital. Hinzu kamen diverse Sonderfälle, wie weglaufende Patient*innen oder, insbesondere in der Kriegszeit, Verlegungen in Lazarette. Bei der Betrachtung dieser Entlassorte stellte sich das Geschlecht als weniger ausschlaggebend dar als etwa bei der Aufenthaltsdauer. Die Sterberate der Klinik unterlag deutlichen jährlichen Schwankungen, ein massives Hungersterben im Ersten Weltkrieg ließ sich im Gegensatz zu anderen psychiatrischen Einrichtungen jedoch nicht nachweisen.

5.4 Heimatort

Nachdem das obige Kapitel dem „Wohin?“ nachging, wird das Thema des folgenden Abschnitts die Frage des „Woher?“ sein. Dieses „Woher?“ wird sich entsprechend der in den Standbüchern verzeichneten Daten auf die „Heimat“ beziehungsweise den Herkunftsort der Patient*innen beziehen. Hierbei wird dargelegt werden, wie groß der Einzugsbereich der psychiatrischen Klinik war, wie sich dieser im Untersuchungszeitraum veränderte und welche Unterschiede zwischen den untersuchten Geschlechtern bestanden.

³⁰¹ Vgl. Faulstich 1998, S. 79.

Die Auswertung der Daten zeigte, dass der weitaus größte Teil der Patient*innen aus dem Regierungsbezirk Unterfranken und nahe gelegenen Regionen stammte. Bei 78,0 Prozent aller Personen war ein unterfränkischer Herkunftsort angegeben, bei 19,1 Würzburg und bei 8,4 Prozent zum Bezirksamt Würzburg gehörende Orte. Neben Unterfranken waren die Regierungsbezirke Mittel- und Oberfranken mit 3,8 und 2,6 Prozent sowie die Pfalz mit 1,9 Prozent der gesamten Aufnahmen stark vertreten.

Zählt man alle bayrischen Herkunftsorte zusammen, welche in den Standbüchern verzeichnet wurden, so ergibt dies einen Anteil von 89,2 Prozent der Aufnahmen. Wie sich diese Patient*innen auf die verschiedenen bayrischen Regionen verteilten, ist in der untenstehenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 5 - Verteilung der bei Patient*innen aus Bayern angegebenen Heimatorte auf die bayrischen Regierungsbezirke³⁰²

Herkunft der bayrischen Patient*innen		Männer	Frauen	Gesamt
Unterfranken		83,1%	93,2%	87,4%
davon jeweils	Stadt Würzburg	21,4%	28,3%	24,5%
	Bezirksamt Würzburg	11,4%	10,0%	10,8%
Mittelfranken		5,3%	2,9%	4,3%
Oberfranken		3,9%	1,5%	2,9%
Pfalz		3,2%	0,6%	2,1%
Oberbayern		1,7%	0,6%	1,2%
Oberpfalz		1,1%	0,5%	0,8%
Schwaben		1,1%	0,4%	0,8%
Niederbayern		0,5%	0,1%	0,3%

Insgesamt 10,2 Prozent der in der Klinik behandelten Personen kam aus anderen innerdeutschen Staaten als Bayern. Hierbei waren das große und bevölkerungsreiche Königreich Preußen sowie die nahegelegenen Staaten Baden, Württemberg und Hessen besonders oft vertreten. Nur 0,6 Prozent der Angaben ließen auf einen Ort außerhalb des Deutschen Kaiserreiches schließen.

³⁰² Bezirksgliederung nach Stand 1911, vgl. K. Statistisches Landesamt 1911.

Tabelle 6 - Verteilung der angegebenen Heimatorte auf inner- und außerdeutsche Staaten³⁰³

		Männer	Frauen	Gesamt
Deutsches Reich		99,2%	99,7%	99,4%
	Königreich Bayern	87,0%	92,4%	89,2%
	Königreich Preußen	3,7%	2,0%	3,0%
	Großherzogtum Baden	3,3%	2,2%	2,8%
	Königreich Württemberg	2,4%	1,5%	2,0%
	Großherzogtum Hessen	1,3%	0,5%	1,0%
	Weitere innerdeutsche Staaten	1,5%	1,1%	1,4%
Außerdeutsche Staaten		0,8%	0,3%	0,6%

Beim Vergleich der Herkunftsorte von Männern und Frauen fiel insgesamt ein größeres Einzugsgebiet der männlichen Kranken auf. Dies schlug sich in sämtlichen untersuchten Kategorien nieder, sowohl in einem höheren Anteil an Patienten aus Bayern außerhalb Unterfrankens als auch aus anderen innerdeutschen Staaten und dem Ausland.

Dies kann zusammenhängen mit einer erhöhten, etwa berufsbedingten Mobilität männlicher Personen im Kaiserreich, aber auch mit den jeweils in der Klinik durchgeführten Prozeduren. So führte Andrea Müller in der Untersuchung zu Patient*innen der Klinik in Weimarer Republik und NS-Zeit an, dass die Expertise der Klinik in gutachterlichen Belangen zu einer Aufnahme von Personen aus weiter entfernten Gegenden geführt haben kann.³⁰⁴

Im Untersuchungszeitraum dürfte auch eine steigende erzwungene Mobilität im Kriegsgeschehen zu einem Anstieg an nicht unterfränkischen Patienten geführt haben. Während dieser Jahre war ein erhöhter Anteil männlicher Patienten aus dem Ausland zu verzeichnen, wobei insbesondere die Jahre 1915 und 1918 hervorzuheben sind. Parallel kam es auch zu einem Wandel der Herkunftsländer. Während vor 1914 ein Großteil der nicht-deutschen Patienten aus Österreich-Ungarn, häufig Böhmen, stammte, dominierten in den Kriegsjahren die Länder Frankreich und Russland, welche der Entente angehörten.

Bei fünf dieser Personen, vier französischen und einer russischen, wurde deren Status als Kriegsgefangener explizit genannt, bei anderen deren militärischer Rang. Hier zeigt sich also ebenfalls die im Kapitel zu den Folgeorten der Klinik angerissene Kommunikation verschiedener totaler Institutionen.

³⁰³ Stand 1911, vgl. Pelocke 1911.

³⁰⁴ Vgl. Müller 2019, S. 45.

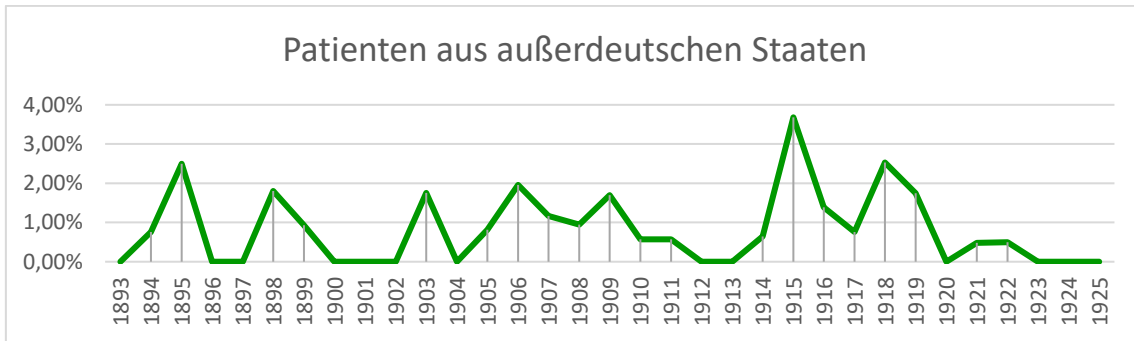


Abbildung 16 - Anteil von Neuaufnahmen männlicher Patienten aus außerdeutschen Staaten von 1893 bis 1925

Auch abgesehen vom Kriegsgeschehen und der damit verbundenen, insgesamt jedoch recht kleinen Zahl von Kriegsgefangenen, zeigte sich im Laufe des Untersuchungszeitraums eine leichte Deregionalisierung der Klinik. Während der Anteil an unterfränkischen Patient*innen sank, stieg der Prozentsatz derjenigen an, welche aus anderen bayrischen Regierungsbezirken oder weiteren innerdeutschen Staaten stammten. Der Anteil von Personen aus Würzburg und direkter Umgebung blieb dabei etwa auf konstantem Niveau.

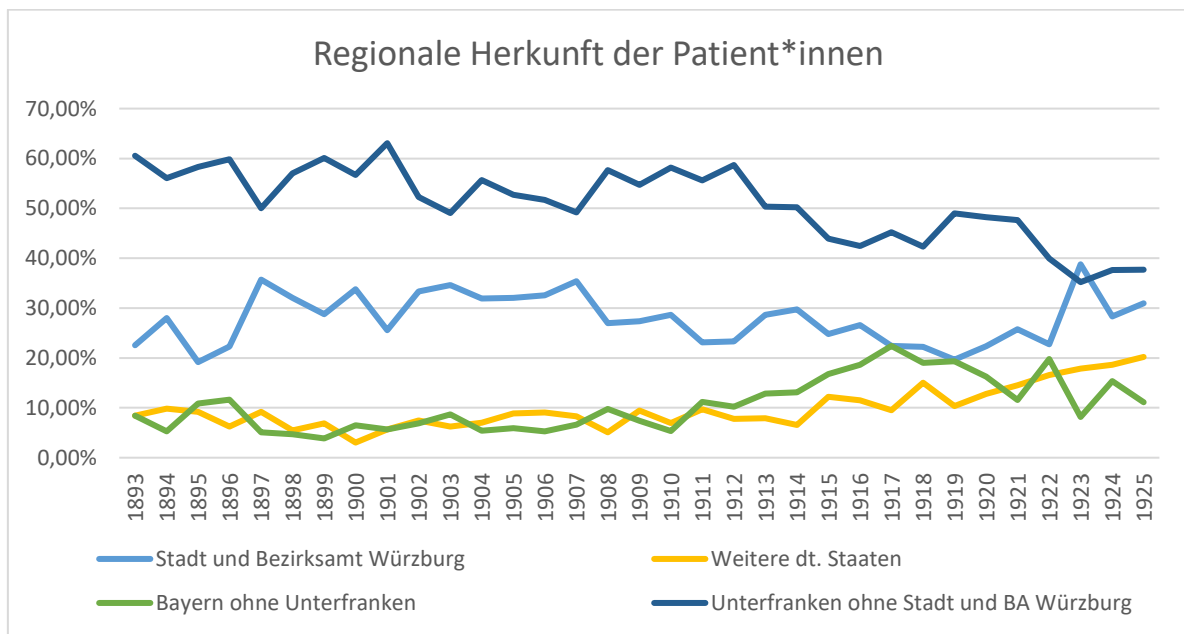


Abbildung 17 - Entwicklung der Herkunft der Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925

Diese Tendenz kann auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden. Einerseits sind eine zunehmende Bekanntheit und Etablierung der 1893 eröffneten Klinik anzunehmen,

ebenso wie die oben bereits erläuterte zunehmende Rolle von Begutachtungen zu einem steigenden Einzugsgebiet führte. So stieg in den letzten Jahren des Untersuchungszeitraums bei den begutachteten Personen der Anteil der nicht aus Bayern kommenden, während der der unterfränkischen sank.

Von dieser Entwicklung abgesehen muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Mobilität in der Allgemeinbevölkerung zunahm.³⁰⁵ Doch trotz dieser leichten Tendenz in den späteren Jahren lässt sich sagen, dass in der Würzburger Klinik vor allem Personen aus der näheren Umgebung behandelt und begutachtet wurden.

5.5 Stand und Gewerbe

Der obigen Analyse der regionalen Herkunft folgend, wird sich dieses Kapitel mit der sozialen Herkunft der Patient*innen beschäftigen, welche anhand von im Standbuch verzeichnetem „Stand und Gewerbe“ analysiert wurde. Dieses Kapitel ist von besonderem Interesse, da sich psychiatrische Diskurse häufig auf mit der sozialen Klasse in Zusammenhang stehende Phänomene bezogen. So beschrieb Foucault die historische Nachbarschaft von „Armen, Arbeitslosen, Sträflingen und Irren“³⁰⁶ in deren großer Gefangenschaft, Blasius ordnete die Position der „armen Irren“ im Kaiserreich noch unter der der untersten Klassen ein,³⁰⁷ Ralser sah eine Pathologisierung anhand der sozialen Stellung als „gefährliche Klasse“³⁰⁸ und Hermes bezeichnete die „Zugehörigkeit eines Menschen zu einer gesellschaftlichen Klasse [als] bedeutende[s] medizinisch-psychiatrische[s] Ordnungsprinzip“³⁰⁹. Der Frage, welchen konkreten Aufschluss die verzeichneten Berufe über Schicht, Berufsstand und Wirtschaftssektor der Patient*innen der Würzburger Klinik geben können, werden sich die kommenden Seiten widmen.

³⁰⁵ Vgl. Kruse, Wolfgang (2012): Industrialisierung und moderne Gesellschaft. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/geschichte/deutsche-geschichte/kaiserreich/139649/industrialisierung-und-moderne-gesellschaft>, zuletzt geprüft am 31.07.2022. Interessanterweise war Würzburg nach München 1913 und 1914 die bayrische Stadt mit den meisten auswärtigen Besucher*innen, vgl. K. Statistisches Landesamt: Statistisches Jahrbuch für das Königreich Bayern. Dreizehnter Jahrgang, München 1915, S. 162–163.

³⁰⁶ Foucault 1973, S. 71.

³⁰⁷ Vgl. Blasius, Dirk: "Einfache Seelenstörung". Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945, Frankfurt am Main 1994, S. 64.

³⁰⁸ Vgl. Ralser 2010, S. 111–114.

³⁰⁹ Hermes 2012, S. 359.

Der bei Schüren³¹⁰ sowie Kaelble und Federspiel³¹¹ verwendeten Einteilung folgend, zeigte sich, dass der weitaus größte Teil der von 1893 bis 1925 in der Klinik behandelten Patient*innen der Unterschicht zugerechnet werden konnte. So waren insgesamt 57,1 Prozent Unterschichtsangehörige, 21,4 Prozent zählten zur unteren, 4,0 Prozent zur mittleren und 31,8 Prozent zur oberen Unterschicht.

Diese Zahlen verdeutlichen eine weitere Spaltung der der Unterschicht zuzuordnenden Patient*innen in untere Unterschicht und obere Unterschicht. Erstere setzte sich hauptsächlich aus ungelerten Arbeiter*innen, Tagelöhner*innen und Dienstmädchen zusammen. Doch auch die zahlreich vertretenen Pfründner*innen beziehungsweise Armenhändler*innen wurden zu dieser Gruppe gezählt.³¹² Die in der Klinik vertretene obere Unterschicht bestand im Wesentlichen aus Angehörigen traditioneller Handwerksberufe wie Schreibern, Schmieden und Schuhmachern. Bei Frauen fanden sich oft die entsprechenden Berufsangaben von Ehemann und Eltern oder der eigene Beruf, etwa Köchin oder Haushälterin.³¹³

Mit einem Gesamtanteil von 36,5 Prozent gehörten ebenfalls viele der behandelten Personen der Mittelschicht an, die meisten mit 30,8 Prozent der unteren Mittelschicht, nur 5,7 Prozent der oberen Mittelschicht. Die untere Mittelschicht war in der Würzburger Klinik vor allem durch Bäuer*innen vertreten, aber auch Kaufleute und Lehrer*innen zählten dazu.³¹⁴ Deutlich geringer war mit 3,4 Prozent der Anteil der Oberschichtsangehörigen, häufig Pfarrer und Ärzte, beziehungsweise deren Verwandte und Studierende. Weiteren drei Prozent konnte keine Schicht zugeordnet werden.

³¹⁰ Schüren 1989.

³¹¹ Kaelble/Federspiel 1990.

³¹² Diese nahmen nochmals eine Sonderposition ein, da in Debatten über die „Armenfrage“ im Kaiserreich die Möglichkeit Arbeit zu leisten als ein zentrales Kriterium gesehen wurde: „Die Irren gehörten nicht zu den Menschen, die *Arbeit leisten* konnten; sie standen noch unter den »untersten Klassen«, Blasius 1994, S. 64.

³¹³ Bei all diesen Berufsangaben kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Tätigkeit zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme noch ausgeübt wurde. Aufgrund der Tatsache, dass bei fast jeder Person ein Beruf (oder zumindest der der Angehörigen) verzeichnet war, muss davon ausgegangen werden, dass es sich mitunter um nicht mehr ausgeübte Tätigkeiten handelte.

³¹⁴ Zur Problematik der Einteilung in untere und obere Mittelschicht anhand des Beispiels von Bäuer*innen, vgl. Müller 2019, S. 16–17. Andrea Müller führte hierbei an, dass eine Differenzierung zwischen Klein- und Vollbäuer*innen und damit der Betriebsgröße und exakten Schichtzugehörigkeit mit den Daten der Standbücher nicht möglich sei. Es ist korrekt, dass die Berufsangabe „Bauer“ eine sehr große Gruppe mit möglicherweise recht unterschiedlichem Besitz an Land und Produktionsmitteln zusammenfasst. Jedoch wurden in den Aufnahmebüchern neben den der unteren Mittelschicht zuzuordnenden Bäuer*innen auch Landwirt*innen notiert, welche nach Schüren, Kaelble und Federspiel der oberen Mittelschicht angehörten. Dementsprechend wurde hier, im Gegensatz zur Arbeit Müllers, eine Beibehaltung der Feinunterteilung der verschiedenen Schichten als sinnvoll erachtet.

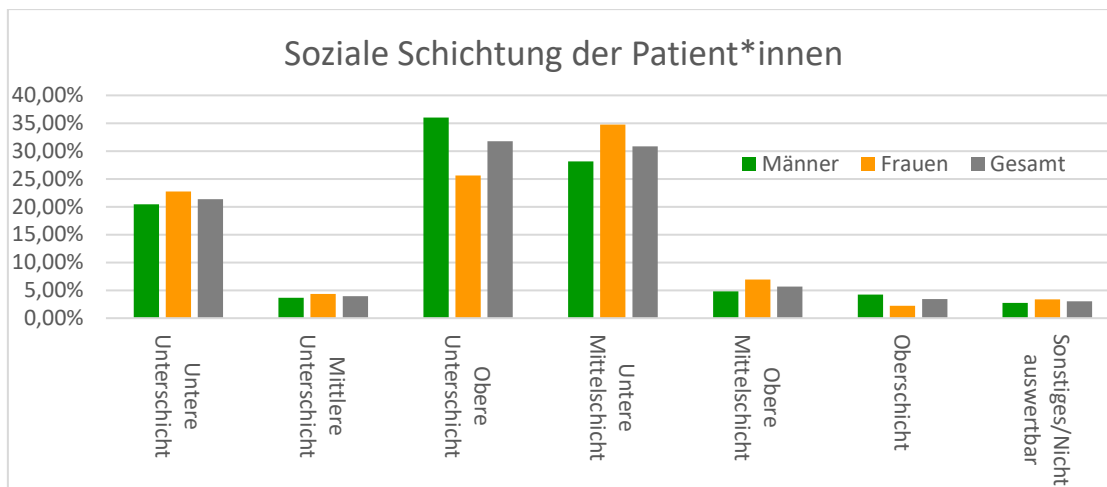


Abbildung 18 - Soziale Schichtung der in die psychiatrische Klinik der Universität Würzburg aufgenommenen Patient*innen

Auch in anderen untersuchten psychiatrischen Institutionen bildeten Personen unterer sozioökonomischer Schichten den größten Anteil der Klinikpopulation oder wurden zumindest besonders thematisiert. In der Irrenheilanstalt Marburg „machten Menschen aus klein- und unterbürgerlichen Schichten den größten Teil der PatientInnen [...] aus“³¹⁵ und in der psychiatrischen Klinik in Innsbruck „entstammte der Großteil der aufgenommenen Personen den unteren sozialen Schichten: konkret der Kleinbauern- und -bäuerinnen-, der ArbeiterInnen und Armutsbevölkerung der Region“³¹⁶. Die Wittenauer Heilstätten in Berlin waren ebenfalls „eine Anstalt für tendenziell sozial schwache Menschen“³¹⁷.

Ein heterogeneres Bild liefert die Analyse der Züricher Psychiatrielandschaft. Im als Heilanstalt konzipierten Burghölzli entstammten jeweils etwa 40-50 Prozent der Patient*innen Unter- und Mittelschicht, während in der Pflegeanstalt Rheinau wesentlich mehr Menschen mit geringerem sozioökonomischen Status aufgenommen wurden. So machten dort Personen aus der Unterschicht zwei Drittel, solche aus der Mittelschicht nur ein Drittel aus.³¹⁸

Nachdem es sich bei der Würzburger Klinik um eine Universitätsklinik handelte, welche eher zur Versorgung akuter Krankheitsfälle vorgesehen war, ist naheliegend, dort ebenfalls einen geringeren Anteil armer Personen anzunehmen als in Anstalten. Insgesamt

³¹⁵ Nolte 2003, S. 52.

³¹⁶ Ralser 2010, S. 167.

³¹⁷ Beddies 1999, S. 340.

³¹⁸ Vgl. Meier/Bernet/Dubach/Germann 2007, S. 97.

sollten Kliniken, beziehungsweise Stadtasyle, gerade auch für die Aufnahme gebildeter Kranker zu Verfügung stehen. Diesen wollte man jedoch weniger die Unannehmlichkeiten zumuten, welche mit Forschung und Lehre zusammenhängen konnten, sodass hier widersprüchliche Präferenzen bezüglich der Klasse der aufgenommenen Personen zutage treten.³¹⁹ Beim konkreten Fall in Würzburg ist auch zu beachten, dass die durch die Stiftung des Juliusspitals finanzierten Freiplätze mit 25 Betten fast die Hälfte der Kapazitäten ausmachten. Auch betonte Konrad Rieger immer wieder die besondere Verpflichtung armen Kranken gegenüber.³²⁰

Um die fundierte Beurteilung der sozialen Schichtung der psychiatrischen Klinik in Würzburg zu ermöglichen, schien ein Vergleich mit der der Gesamtbevölkerung erforderlich. Da für die Stadt Würzburg leider keine passenden Vergleichsdaten vorliegen, wurden die erhobenen Daten mit der Auswertung bei Schüren verglichen.³²¹ Hierfür ausgewählt wurden die Stadt Berlin, das agrarisch geprägte Nürtingen und das vom Textilgewerbe beeinflusste Barmen im Jahr 1907, um eine Auswahl von Ortschaften verschiedener Sozialstruktur zu ermöglichen.³²²

*Tabelle 7 - Vergleich der sozialen Schichten der Patient*innen der psychiatrischen Klinik in Würzburg mit der der Gesamtbevölkerung exemplarischer Städte im Jahr 1907³²³*

	Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht
Würzburger Klinik ³²⁴	57,1	36,5	3,4
Berlin	83,3	16,6	0,2
Barmen	73,3	24,1	2,7
Nürtingen	67,5	31,5	0,9

Diese Gegenüberstellung verdeutlicht, dass zwar der Unterschicht zugeschriebene Personen den größten Anteil der Patient*innen ausmachten, dieser Anteil jedoch geringer war als in der Gesamtbevölkerung der oben aufgeführten Städte. Dementsprechend muss der Anteil der Unterschichtsangehörigen in Unterfranken niedriger gewesen sein oder diese wurden weniger in die psychiatrische Klinik aufgenommen, als zu erwarten wäre.

³¹⁹ Vgl. Engstrom 2003b, S. 80–81.

³²⁰ Vgl. Rieger 1929a; Rieger 1920; Rieger 1916. Die bei Böning 2004, S. 164 zu findende Aussage Riegers, die Klinik sei „theilweise zur Aufnahme von Kranken höherer Stände eingerichtet“, konnte sich anhand der Originalquelle nicht nachvollziehen lassen, vgl. Rieger 1905a.

³²¹ Diese Daten als Bezug zu verwenden, lag aufgrund der gleichen Auswertungsweise nahe.

³²² Vgl. Schüren 1989, S. 144–145.

³²³ Zu den Daten aus Berlin, Barmen und Nürtingen vgl. Schüren 1989, S. 144–145.

³²⁴ Zu 100 Prozent fehlende Berufangaben waren nicht auswertbar.

Entsprechend kann zunächst, bei Betrachtung der Anteile der sozialen Schichten, das Fazit zur Züricher Psychiatrie für Würzburg übernommen werden: „Die häufig formulierte These, wonach psychiatrische Kliniken vor allem zur Versorgung und damit zur Disziplinierung der Unterschicht dienten, wird [...] nicht bestätigt.“³²⁵

Jedoch konnte die soziale Schicht nicht nur Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit haben, Patient*in der Klinik zu werden, sondern auch darauf, welche Bedeutung dieser Psychiatrisierung innewohnte.³²⁶ Während die mediane Aufenthaltsdauer der verschiedenen Schichten weitestgehend gleich war,³²⁷ zeigte sich ein deutlicher Unterschied beim mittleren Aufenthalt. So befanden sich der Unterschicht zugerechnete Personen im Durchschnitt 78 Tage in der Klinik, die der Mittelschicht 64 und die der Oberschicht nur 50 Tage. Daraus lässt sich ableiten, dass zwar ein großer Teil der Patient*innen nach einem ähnlichen Zeitraum aus der Klinik verlegt oder entlassen wurde, mit niedrigerer Schicht jedoch die Wahrscheinlichkeit für außergewöhnlich lange Aufenthalte stieg.

Auch beim Ort der Entlassung konnten schichtspezifische Unterschiede nachgewiesen werden, welche in Tabelle 8 zusammengefasst sind. Insbesondere ist hervorzuheben, dass der relative Anteil an Todesfällen bei Personen aus der Unterschicht fast viermal so hoch war wie bei solchen aus der Oberschicht. Auch wurden Unterschichtsangehörige deutlich häufiger in andere medizinische Institutionen verlegt als wohlhabendere Patient*innen, was sich zumindest teilweise durch wechselseitige Aufnahmen und Verlegungen von Pfründner*innen aus dem Juliusspital erklären lässt.

Im Gegensatz dazu wurden bei Patient*innen der Oberschicht häufiger der Kategorie „Sonstiges“ zugeordnete Entlassorte notiert. Bei genauerer Betrachtung dieser fiel auf, dass es sich oft um Ortsbezeichnungen außerhalb Unterfrankens gelegener Städte handelte, welche über psychiatrische Einrichtungen verfügten. Dies waren teils öffentliche Anstalten, etwa in Ansbach oder Eglfing, teils private, beispielsweise in Göppingen und Rottenmünster.³²⁸ Für wohlhabende Personen schien es also eher die Möglichkeit

³²⁵ Meier/Bernet/Dubach/Germann 2007, S. 113. Zu betonen ist auch hier das Wort Klinik in Abgrenzung zu Anstalten.

³²⁶ Dies schlug sich auch in schichtspezifisch unterschiedlich ausfallenden Gutachten alkoholkranker Patient*innen nieder, vgl. Sichert 2017, S. 149.

³²⁷ Die mediane Aufenthaltsdauer lag bei Unter- und Mittelschicht bei jeweils 19 Tagen, für Oberschichtsangehörige bei 20.

³²⁸ Für eine Liste von Anstalten öffentlichen und privaten Charakters vgl. Guttstadt 1900, S. 922–923.

gegeben zu haben, den Ort der Weiterbehandlung mitzubestimmen und in entferntere, möglicherweise attraktivere Anstalten verlegt zu werden.³²⁹

Tabelle 8 - Entlassorte der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg in Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit der Patient*innen

	nach Hause	Werneck	Lohr	Würzburger Klinik	Andere Institution	Sonstiges	Tod
Unterschicht	75,6%	7,9%	0,7%	5,3%	1,0%	2,2%	7,4%
Mittelschicht	76,5%	10,3%	0,8%	2,3%	0,9%	3,1%	6,3%
Oberschicht	73,8%	10,3%	0,4%	1,1%	3,0%	9,5%	1,9%

Auch bei der Betrachtung der diagnostischen Zuschreibungen lassen sich schichtabhängig unterschiedliche Verteilungsmuster beschreiben. In der Klinik geläufige Diagnosen werden nach entsprechender Häufigkeit aufgeschlüsselt in Tabelle 9 dargestellt. Auffällig ist hierbei, dass Diagnosen, welche mit der Bewertung der Intelligenz einhergingen, also Idiotie und Dementia, sich vermehrt bei Unterschichtsangehörigen fanden. Im Gegensatz dazu wurden mit Affektveränderungen assoziierte Diagnosen vermehrt in Mittel- und Oberschicht vergeben. Aufgrund der jeweils ausgeübten Berufe ist es naheliegend, dass Begutachtungen, welche häufig im Rahmen von Berufsunfällen stattfanden, besonders oft bei Personen aus der Unterschicht durchgeführt wurden.

Tabelle 9 – Verteilung von Diagnosen nach sozialer Schicht bei Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg

	Anteil Gesamt	Paranoia	Melancholie	Manie	Dementia	Idiotie	Epilepsie	Progr. Paralyse	Begutachtung
Unterschicht	57,1%	53,9%	42,0%	49,9%	61,3%	65,3%	69,3%	63,2%	71,8%
Mittelschicht	36,5%	41,7%	53,0%	43,7%	35,8%	33,4%	28,7%	33,6%	27,5%
Oberschicht	3,4%	4,4%	5,0%	6,4%	2,9%	1,2%	2,0%	3,3%	0,7%

³²⁹ Teilweise wurde es auch als Zumutung empfunden, dass Kliniken aufgrund der eingeschränkten Raumkapazitäten und durch den Fokus auf Wachsäle nicht die soziale Segregation ermöglichen konnten, wie es in Anstalten üblich war. Dementsprechend schien es vermutlich vielen wohlhabenderen Patient*innen als erstrebenswert, die Klinik, in welcher sie im Wachsaal mit Angehörigen niedriger sozialer Klassen konfrontiert wurden, schnell zu verlassen und in privaten Anstalten oder Privatabteilungen öffentlicher Anstalten weiterbehandelt zu werden, vgl. Engstrom 2003b, S. 79–80.

Neben der hier beschriebenen und ausgewerteten Schichtzuordnung der Patient*innen konnte mit den Tabellen bei Schüren, beziehungsweise Kaelble und Federspiel, auch deren Stellung im Beruf und der Wirtschaftssektor der entsprechenden Tätigkeit untersucht werden.

Bei der Berufsstellung kristallisierten sich drei große Gruppen heraus. 25,0 Prozent der Berufsangaben ließen auf eine Tätigkeit als Selbstständige*r schließen, wobei neben der großen Gruppe von Bäuer*innen hier beispielsweise Handelsberufe verzeichnet wurden. Gefolgt wurden diese von der Mischkategorie „Gesellen oder Meister“ welcher 21,9 Prozent aller Personen zugeordnet wurden. Hierzu zählten vor allem die oben bereits erläuterten Handwerksberufe, wobei meist keine weitere Differenzierung möglich war, etwa zwischen Meister*innen und Gesell*innen. Fast ebenso stark vertreten war die Gruppe der Lohnarbeiter*innen, vor allem repräsentiert durch Tagelöhner*innen und Fabrikarbeiter*innen, mit 21,7 Prozent. Wesentlich kleiner stellten sich dagegen die Anteile an dienstrechtlich gebundenen Arbeiter*innen, Angestellten und Beamt*innen dar.

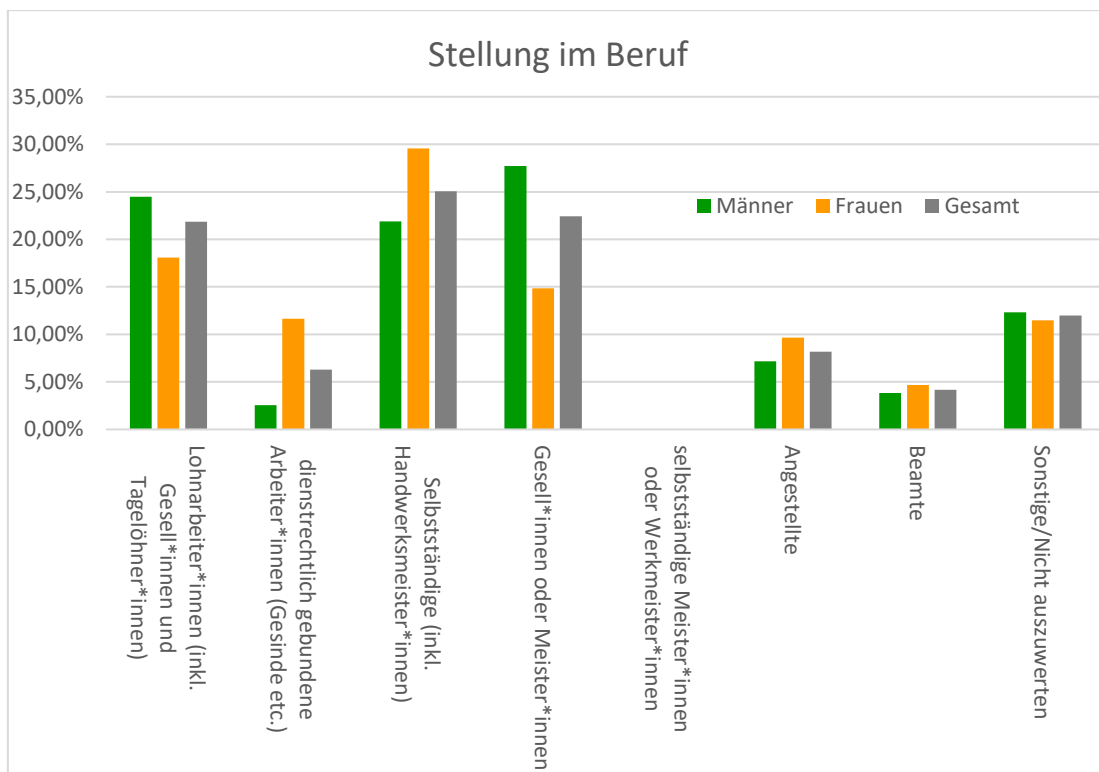


Abbildung 19 – Berufliche Stellung der Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg

Was den Wirtschaftssektor betrifft, in welchem Patient*innen tätig waren, so konnte der größte Anteil der Mischkategorie „Handwerk, Heimgewerbe und Industrie“ zugeordnet werden. Wie auch der untenstehenden Grafik zu entnehmen ist, war mit den in den Standbüchern verwendeten Berufsbezeichnungen keine genauere Zuordnung möglich. Bedingt war dies vor allem durch die oft verzeichneten Handwerksberufe. Hier zeigte sich aber auch erneut die große Bedeutung des Agrarsektors für die Patient*innen der Klinik.³³⁰ Im Bereich der häuslichen Dienste war eine deutliche Geschlechterdiskrepanz festzustellen, da hier wesentlich mehr Frauen beschäftigt waren, etwa als Hausmädchen oder Dienstmagd.

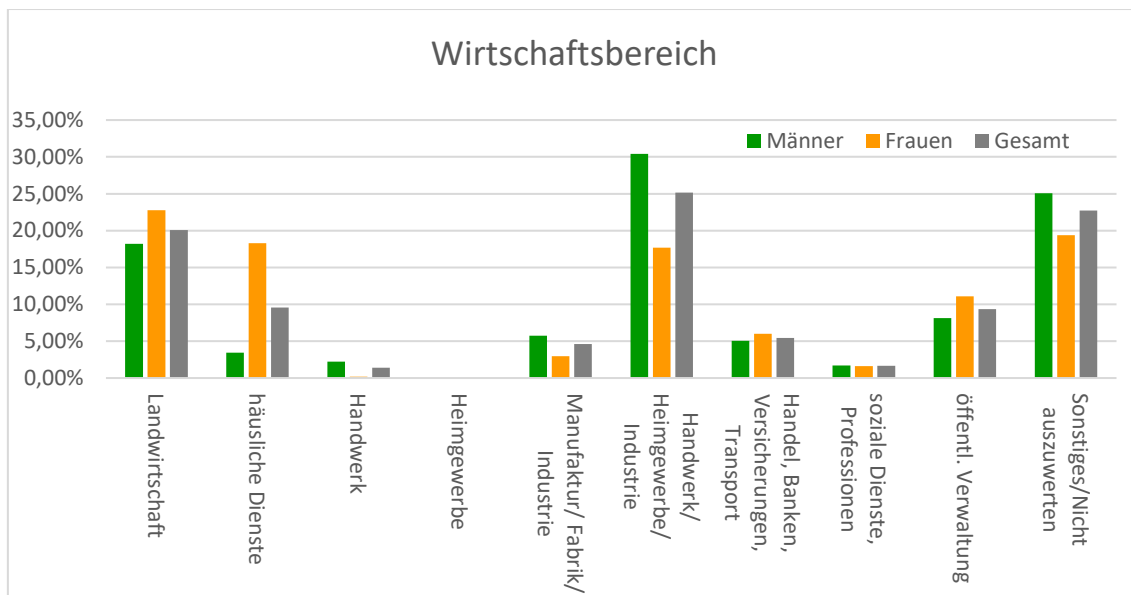


Abbildung 20 - Wirtschaftsbereich der Tätigkeit von Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg

Doch nicht nur in diesem Bereich zeigte sich bei der Analyse der Berufsbezeichnungen ein deutlicher Unterschied zwischen den beiden untersuchten Geschlechtern. Am offensichtlichsten wurde dieser dadurch, dass bei den männlichen Kranken fast durchgehend der eigene Beruf notiert wurde, während bei den weiblichen oft Angaben wie „Bauern-tochter“, „Schuhmachersfrau“ oder „Lehrerswitwe“ zu finden waren. Um diese Besonderheiten einer quantitativen Analyse zugänglich zu machen wurde, wie auch in der

³³⁰ Im Jahr 1907 waren in Unterfranken 54,1 Prozent der Beschäftigten in der Landwirtschaft tätig, vgl. K. Statistisches Landesamt 1915, S. 28.

Arbeit Andrea Müllers,³³¹ erhoben, ob die eigene Berufsangabe, die der Eltern oder die des (mitunter verstorbenen) Partners³³² verzeichnet war.

Während bei Männern in 93,5 Prozent der Fälle der eigene Beruf eingetragen wurde, lag dieser Anteil bei den weiblichen Kranken nur bei 30,4 Prozent. Stattdessen war hier zu 25,5 Prozent der Beruf der Eltern und zu 43,2 Prozent der des Ehemanns angegeben.³³³ Die Zahl der berufstätigen Frauen stieg zu Beginn des 20. Jahrhunderts jedoch deutlich und lag zum Vergleich im Jahr 1907 bei 8,24 Millionen, die der Männer bei 18,58 Millionen.³³⁴ Bei Männern in der Klinik machten Berufsangaben der Eltern 6,4 Prozent aus, solche von Ehefrauen kamen nicht vor.³³⁵

Warum kein eigener Beruf angegeben wurde, kann unterschiedliche Ursachen gehabt haben. Teilweise kann angenommen werden, dass Patient*innen mit im elterlichen Betrieb oder dem des Partners gearbeitet haben, außerdem dürfte insbesondere bei weiblichen Kranken eine häufige Abhängigkeit von der Berufstätigkeit des Partners bestanden haben. Elterliche Berufsangaben können auch daran gelegen haben, dass aufgrund einer möglicherweise von früher Kindheit an bestehenden Erkrankung kein eigener Beruf erlernt werden konnte.

Da bei der Auswertung, wenn kein eigener Beruf angegeben war, der des Ehemanns oder der Eltern ausgewertet wurde, muss die dadurch möglicherweise entstandene Verzerrung berücksichtigt werden. Bei der Untersuchung zu den Patient*innen der Wittenauer Heilstätten zeigte sich, wenn der Beruf des Partners betrachtet wurde, eine höhere Zahl an gelernten Arbeitskräften und Handwerkerinnen, während der Anteil ungelernter Arbeiterinnen sank.³³⁶

Dieser Effekt war auch für die Patientinnen in Würzburg zu zeigen. Wurden nur eigene Berufsangaben ausgewertet und solche von Partnern und Eltern vernachlässigt, ergab sich ein deutlicher Unterschied in der Zuordnung der weiblichen Kranken. Die aus den selbst

³³¹ Vgl. Müller 2019, S. 146.

³³² Hierbei handelt es sich nicht um ein generisches Maskulinum. Es wurde im Untersuchungszeitraum an keiner Stelle die Berufsangabe einer Partnerin verwendet.

³³³ Die zu hundert Prozent fehlenden Zahlen lassen sich auf nicht zuordenbare Angaben zurückführen.

³³⁴ Vgl. Bührmann, Andrea Dorothea: Die Verweiblichung von Erwerbstätigkeit um 1900 - konstruktionslogische und normalismustheoretische Überlegungen zur Transformation der 'natürlichen' Geschlechterordnung, in: Sohn, Werner; Mehrrens, Herbert (Hrsgg.), Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft, Opladen 1999, S. 150.

³³⁵ Eine Besonderheit, welche bei männlichen Kranken noch anzumerken ist, ist die, dass in den Kriegsjahren neben einem zivilen Beruf häufig noch ein militärischer Titel oder Rang angegeben wurde.

³³⁶ Vgl. Beddies 1999, S. 339.

ausgeführten Berufen zu schließende Schicht entsprach bei Frauen so zu 84,0 Prozent der Unter-, zu 13,5 Prozent der Mittel- und nur zu 0,4 Prozent der Oberschicht.³³⁷ Zwei Drittel dieser Personen arbeiteten entweder als Lohnarbeiterin oder dienstrechtlich gebunden, etwa als Magd. Als häufigster Wirtschaftssektor zeigte sich mit großem Abstand mit 53,2 Prozent der der häuslichen Dienste. Die selbst ausgeführte Beschäftigung von weiblichen Kranken war insgesamt also häufig prekärer und in anderen Wirtschaftsbereichen angesiedelt. Für einen großen Teil von Patientinnen war die soziale Stellung außerdem stark abhängig von der des Ehemannes oder der Eltern.³³⁸

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Klinik entgegen in der Literatur häufig vertretenen Annahmen nicht in überdurchschnittlichem Maße Personen aus der Unterschicht beherbergte, die Schicht jedoch deutlichen Einfluss auf Klinikaufenthalt und Folgestation des Aufenthaltes nehmen konnte. Dementsprechend kann hier eine Funktion der psychiatrischen Klinik in Würzburg als „Weichenstellerin“ für die (soziale) Zukunft der Patient*innen gesehen werden.

5.6 Krankheitsform

Das nun folgende Kapitel wird sich den diagnostischen Zuschreibungen widmen, welche in den Aufnahmebüchern der Jahre 1893 bis 1925 unter „Krankheitsform“ eingetragen wurden. Diese Kategorie ist von besonderer Wichtigkeit, da sie es war, welche den psychiatrischen Zugriff auf Personen legitimierte und sie zu Objekten der Klinik machte. Dabei schafften die Standbücher mit ihrer Spalte zur Krankheitsform „schon durch ihre Anordnung, die Identität des Kranken mit seiner Krankheit“³³⁹. Diese Krankheitszuschreibungen gestalteten sich um 1900 häufig sehr uneindeutig. Es herrschten

³³⁷ 2,1 Prozent konnten keiner Schicht zugeordnet werden.

³³⁸ Vgl. Beddies 1999, S. 339.

³³⁹ Nellen, Stefan: Klinische Verwaltungsakte. Kulturtechniken der Aktenführung und der Wille zum Nicht-Wissen in der Psychiatrie vor 1900, in: Wernli, Martina (Hrsg.), Wissen und Nicht-Wissen in der Klinik. Dynamiken der Psychiatrie um 1900, Bielefeld 2012, S. 77. In der Arbeit Nellens bezieht sich dies nicht explizit auf Aufnahmebücher, sondern einzelne Bögen zur Aufnahme und Erstellung der Krankenakte. Das Prinzip des Zusammenfügens von Person und Krankheit lässt sich jedoch auch auf die Standbücher übertragen.

diagnostische Unsicherheiten³⁴⁰ und auch Prognosen bezüglich des Krankheitsverlaufes waren problematisch.³⁴¹

Auf den nächsten Seiten wird untersucht werden, welche Diagnosen - trotz genannter Schwierigkeiten - in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg gestellt wurden, wie sich diese im Laufe der Zeit und nach Geschlecht änderten und inwiefern sich die Nosologie mit dem Status als psychiatrische Klinik deckte.

Der „Eintheilung der Krankheitsformen“ Konrad Riegers, welche in modifizierter Form zur Auswertung herangezogen wurde,³⁴² konnten insgesamt 68,4 Prozent der Einträge zugeordnet werden.³⁴³ Bei 10,1 Prozent der Einträge handelte es sich um nicht zuzuordnende Krankheitsbegriffe, weitere 21,5 Prozent stellten Aufnahmen „zur Beobachtung“ oder „zur Begutachtung“ dar.³⁴⁴

Zunächst sollen die in der Klinik durchgeführten Begutachtungen näher beleuchtet werden, bevor auf die vergebenen Diagnosen im engeren Sinne eingegangen wird. Insgesamt wurden im Untersuchungszeitraum 1706 Personen zur Begutachtung aufgenommen, was 21,0 Prozent aller Einträge unter „Krankheitsform“ ausmachte. Hierbei war der Anteil bei den männlichen Begutachteten mit 30,4 wesentlich höher als bei weiblichen mit 7,6 Prozent. Dies ist auf Geschlechterdifferenzen der berufstätigen Versicherten in der Alters- und Invalidenversicherung zurückzuführen, wo Frauen im Jahr 1907 33,65 Prozent ausmachten.³⁴⁵

Da die in den Standbüchern niedergeschriebenen Angaben nicht über „zur Begutachtung“ hinausgingen, kann keine detaillierte Aussage über deren Anlass gemacht werden.³⁴⁶ Bei einer von Andrea Müller durchgeführten Stichprobe anhand von 11 Akten ergaben sich jedoch durchgehend Begutachtungen im Auftrag von Berufsgenossenschaften nach

³⁴⁰ So hieß es beispielsweise 1902 in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift zu einem Vergleich von Krankheitsformen in verschiedenen Anstalten: „Da fast jeder Bericht andere Krankheitsnamen wählt, und unter den gleichen Namen die verschiedensten Dinge verstanden werden, lassen sie einen direkten Vergleich miteinander nicht zu.“, Deiters 1902, S. 188.

³⁴¹ Vgl. Ankele 2012, S. 92.

³⁴² Vgl. Rieger 1889, S. 63–67. Die Einteilung und das daraus entwickelte modifizierte Schema können dem Anhang dieser Arbeit entnommen werden.

³⁴³ Da nicht selten Mehrfachnennungen von Diagnosen vorkamen, welche in die Auswertung mit einfließen, ist die Zahl der Diagnosen hierbei höher als die der behandelten Patient*innen.

³⁴⁴ Dabei entfiel nur ein halbes Prozent auf Einträge „zur Beobachtung“ und der weitaus größte Teil mit 21 Prozent auf Begutachtungen, weshalb im Folgenden Aufnahmen zur Beobachtung vernachlässigt werden.

³⁴⁵ Vgl. Kaschke, Lars: Nichts als „Bettelgelder“? Wert und Wertschätzung der Alters- und Invalidenrenten im Kaiserreich, in: Historische Zeitschrift 270 (2000), S. 347.

³⁴⁶ Eine ausführlichere Bezeichnung etablierte sich erst nach der Übernahme der Klinikleitung durch Martin Reichardt ab 1925, vgl. Müller 2019, S. 112.

einem vorangegangenen Unfall.³⁴⁷ Diese Beobachtung deckt sich mit der Tatsache, dass, im Gegensatz zur leichter zugänglichen Invalidenversicherung, Anträge im Rahmen der Unfallversicherung typischerweise mit Begutachtungen durch Vertrauensärzte der Berufsgenossenschaften einhergingen.³⁴⁸

Der Anteil von Begutachtungen an den Aufnahmeanlässen änderte sich im Untersuchungszeitraum erheblich. Während in den ersten Jahren der neuen Klinik nur sehr vereinzelt Einträge zu Begutachtungen gemacht wurden, stieg deren Zahl ab dem Jahr 1905 leicht und ab dem Jahr 1909 sprunghaft an. Der Anteil der Begutachtungen erreichte dann Werte von bis zu 61,1 Prozent für Männer im Jahr 1920 und 21,3 Prozent für Frauen im Jahr 1915.

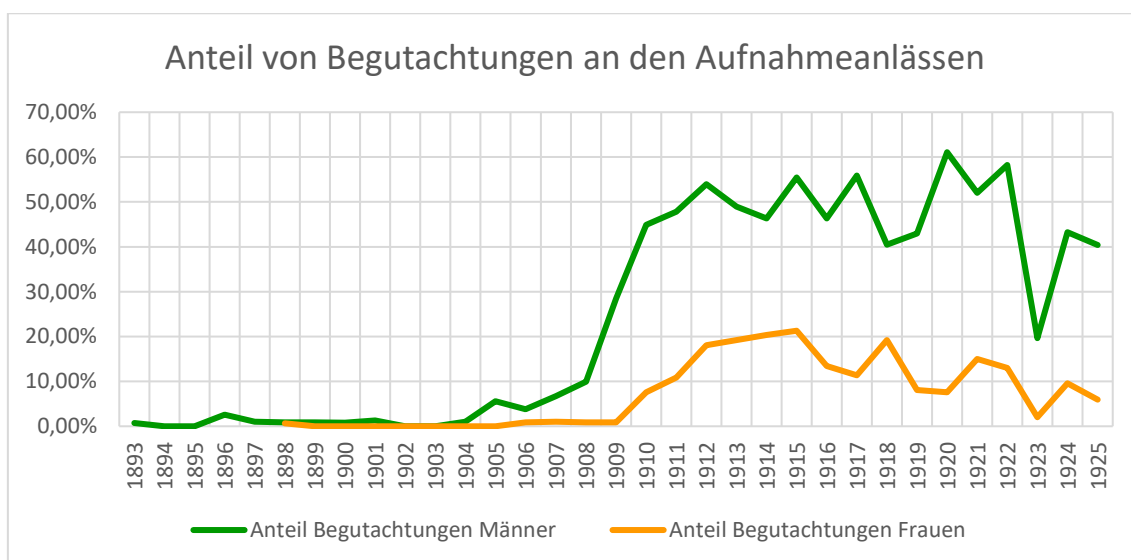


Abbildung 21 - Anteil von Begutachtungen an allen unter Krankheitsform notierten Aufnahmeanlässen in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925

Dieser Anstieg kann, wie im Kapitel zu den Aufnahmezahlen bereits ausgeführt, zeitlich mit der Übernahme der Poliklinik durch Martin Reichardt und mit einem neuen Schwerpunkt in Unfallbegutachtungen in Zusammenhang gebracht werden, welcher sich auch in der Vorlesungsthematik niederschlug.³⁴⁹

³⁴⁷ Vgl. Müller 2019, S. 112–113. Einschränkend berücksichtigt werden muss hier, dass nur ein Teil dieser Stichprobe mit dem Untersuchungszeitraum übereinstimmt.

³⁴⁸ Vgl. Ritter, Gerhard A.: Sozialpolitik im Deutschen Kaiserreich, in: Historische Zeitschrift 282 (2006), S. 121.

³⁴⁹ Vgl. WS 1908/09. Personalbestand der Königlich-Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1893-1918. Die Vorlesung mit dem Titel „Kurs der psychisch-nervösen Krankheiten, unter spezieller Berücksichtigung der sogenannten traumatischen Neurosen und der Unfallbegutachtung“ wurde

Ein anderer Erklärungsansatz wäre eine Sozialversicherungsreform, welche vermehrt Begutachtungen mit sich brachte.³⁵⁰ Eine solche trat mit der Reichsversicherungsordnung jedoch erst im Jahr 1911 in Kraft, also nach dem starken Anstieg an Gutachtenzahlen in der Klinik. Außerdem hielten sich die Veränderungen auf Ebene der Unfallversicherung in Grenzen, wenn man von einer Ausweitung der Versichertengruppe absieht.³⁵¹

Der Anstieg der Begutachtungen scheint also primär dem wissenschaftlichen Schwerpunkt des in der Klinik mehr Einfluss erlangenden Arztes Martin Reichardt geschuldet zu sein. Allerdings muss ergänzt werden, dass die hohe Zahl von Gutachten kein Alleinstellungsmerkmal der psychiatrischen Klinik in Würzburg war. Auch in der psychiatrischen und Nervenklinik in Bonn machten Begutachtungen in einer Stichprobe etwa ein Drittel der Aufnahmen zu Beginn des 20. Jahrhunderts aus.³⁵²

Da bei diesen Begutachtungen keine Diagnosen in den Standbüchern vermerkt wurden und mitunter vermutlich (auch nach zeitgenössischen Kriterien) keine Krankheit vorlag, lassen sich daraus kaum Aussagen über die in der Würzburger Klinik behandelten Krankheitsfälle ableiten. Diesen Diagnosen im engeren Sinne wird sich der nun folgende Abschnitt widmen. Um hierbei eine Verzerrung durch die hohe Zahl der Begutachtungen zu vermeiden, werden diese nicht mehr berücksichtigt.

Wurden nur vergebene Diagnosen im Sinne von Krankheits- oder mindestens Symptombegriffen betrachtet, so konnten in das von Konrad Rieger entworfene Diagnoseschema, beziehungsweise dessen modifizierte Form, 87,2 Prozent der Einträge eingeordnet werden. Weitere 12,8 Prozent betrafen Krankheitsbegriffe oder Symptombeschreibungen, welche nicht im Schema enthalten waren.³⁵³ Aus dieser eher kleinen Zahl ist auf eine relativ konsequente Verwendung der einzelnen Diagnosen und vor allem eine hohe Stabilität der Krankheitsbegriffe im Untersuchungszeitraum zu schließen. Dabei gilt es zu

erstmalig von Martin Reichardt im Sommersemester 1909 gehalten, vgl. SoSe 1909. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1893-1918.

³⁵⁰ Vgl. Meier/Bernet/Dubach/Germann 2007, S. 73–74.

³⁵¹ Vgl. Liedloff, Julia: Föderalismus in historisch vergleichender Perspektive. Band 4: Föderale Mitwirkung an den Unfallversicherungsgesetzen im Kaiserreich (1884–1911), Baden-Baden 2017, S. 361–362.

³⁵² Vgl. Böhme 2011, S. 83. Inwiefern sich dieser hohe Anteil auch an anderen Kliniken nachweisen lässt, ist mit der aktuellen Quellenlage leider nicht zu beurteilen.

³⁵³ Im Schema wurden nebeneinander Krankheitsbezeichnungen im engeren Sinne und bloße Symptome notiert. Hier offenbart sich abermals der Konflikt zwischen mangelndem krankheitsbezogenem Wissen und Bedürfnis nach einer psychiatrischen adäquaten Nosologie, vgl. Feldmann, Silke: Die Verbreitung der Kraepelinischen Krankheitslehre im deutschen Sprachraum zwischen 1893 und 1912 am Beispiel der Dementia praecox, Gießen 2005, S. 41–42.

bedenken, dass zwischen der Veröffentlichung des Schemas und dem Ende des Untersuchungszeitraumes 36 Jahre lagen und die psychiatrische Diagnostik einem starken Wandel unterlag.

Dadurch, dass Rieger die Diagnosen in bestimmte Gruppen einteilte, können auch Rückschlüsse auf das krankheitsbezogene Wissen gezogen werden. Die erste dieser Gruppen umfasste Begriffe, welche „organische, anatomisch nachweisbare Hirnkrankheiten“ beschrieben. Mit einem solchen anatomischen Wissen unterfüttert waren 10,4 Prozent aller Diagnosen. Auf der anderen Seite bedeutet das, dass für 9 von 10 Diagnosen das Wilhelm Griesinger zugeschriebene und die universitäre Psychiatrie ab Mitte des 19. Jahrhunderts prägende Dogma von Geisteskrankheiten als Hirnkrankheiten auch Jahrzehnte später nicht wissenschaftlich untermauert werden konnte.³⁵⁴

Die Erkrankungen mit anatomisch nachweisbarem Korrelat wurden in der psychiatrischen Klinik in solche unterteilt, welche von Geburt oder Kindheit an bestanden und solche, welche sich im Erwachsenenalter entwickelten. Erstere Kategorie setzte sich aus den Diagnosen Mikrocephalie, Porencephalie und Hydrocephalie zusammen, welche gemeinsam 0,6 Prozent der Krankheiten ausmachten.³⁵⁵

Die im Erwachsenenalter auftretenden Krankheiten bestanden aus der sich anatomisch diffus manifestierenden progressiven Paralyse und herdartigen Veränderungen. Mit 7,4 Prozent der Diagnosen zählte die progressive Paralyse hierbei zu den häufiger in der Klinik festgestellten Krankheitsbildern. Des Weiteren nahm die progressive Paralyse insofern eine Sonderstellung ein, als sie nicht nur anatomisch nachweisbar war, sondern auch eine Vermutung über deren Ätiologie bestand. Während sich dieser Zusammenhang zwischen Syphilis und progressiver Paralyse in der „Geschichte der Psychiatrie“ von Schott und Tölle als recht sicher und kausal liest,³⁵⁶ war dieses Wissen in der psychiatrischen Klinik in Würzburg durchaus umstritten und mit Unsicherheiten behaftet.³⁵⁷ Zu der

³⁵⁴ Vgl. Blasius 1994, S. 49–51.

³⁵⁵ Trotz der quantitativ geringen Bedeutung scheint diesen anatomisch greifbaren Erkrankungen ein gewisses wissenschaftliches Interesse gegolten zu haben. So wurde an der Universität Würzburg 1898 eine von Rieger betreute Dissertation über Mikrocephalie verfasst, 1910 eine über Porencephalie, vgl. Laudien, H.: Über Mikrocephalie, Würzburg 1898; Blind, Reinhold: Über die Aetiologie der Porencephalie und die dabei beobachteten Wachstumsstörungen, Würzburg 1910. Mikrocephalie beschrieb hierbei eine angeborene mangelnde Größe des Gehirns, Porencephalie eine Erkrankung, bei welcher es in früher Kindheit zu einem bleibenden Schaden des Hirns kam, vgl. Reichardt 1907, S. 136–137.

³⁵⁶ Vgl. Schott, Heinz; Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 81.

³⁵⁷ Vgl. Reichardt 1907, S. 132–133; Rieger 1889, S. 68.

Gruppe neben der progressiven Paralyse, den herdartigen Erkrankungen, zählten 2,3 Prozent der Diagnosen, wobei vor allem die der Apoplexie und des Tumor cerebri dominierten.

Die zweite große Gruppe, welche in Riegers Schema Verwendung fand, beinhaltete Krankheitsbilder mit bekannter Ätiologie und umfasste weitere 5,2 Prozent der Diagnosen. Dazu gehörten zunächst Geistesstörungen bei Gehirnerschütterung, bei akuten Infektionskrankheiten und in Folge von Vergiftung durch im Körper selbst erzeugte Gifte, wobei hier in erster Linie die Urämie zu nennen ist.³⁵⁸ Des Weiteren zählten hierzu mit der Schilddrüsenfunktion in Zusammenhang stehende Erkrankungen, wie Cretinismus und Morbus Basedow, die mit Substanzkonsum einhergehenden Krankheiten, „Morphinismus, Cocainismus, Ergotinismus, Atropinismus etc.“ und Alkoholismus. Bis auf letztere machten diese Kategorien jedoch alle deutlich unter einem Prozent der Krankheiten aus. Die Diagnose Alkoholismus betraf 3,2 Prozent der Behandlungsfälle.³⁵⁹

Der bei Weitem größte Anteil der ausgewerteten Diagnosen ließ sich mit 71,6 Prozent jedoch dem Schema zuordnen, ohne dass in der Klinik ätiologische Kenntnisse zu den Krankheitsbildern vorlagen. Diese Kategorie bezeichnete Rieger demzufolge als „bloss symptomatisch bestimmte funktionelle Geistesstörungen ohne anatomischen Befund und ohne äußere Ursache“³⁶⁰.

Mit 18,7 Prozent der Gesamtdiagnosen stellte Verrücktheit, beziehungsweise Paranoia, wie meistens in den Standbüchern notiert wurde, den größten Anteil dar. Hierbei handelte es sich um ein durch Wahnideen und -systeme charakterisiertes Krankheitsbild, welches häufig mit Halluzinationen einherging.³⁶¹ Bezüglich der Frage, auf welche Personen diese Diagnose sinnvoll anzuwenden sei, herrschte jedoch Uneinigkeit.³⁶² Entgegen der an unkorrigierbaren Wahnsystemen orientierten Definition, welche auf Kraepelin zurückgeht, wurde der Begriff in der Würzburger Klinik wesentlich breiter ausgelegt. So wurde die

³⁵⁸ Als solche wurden auch Nephritiden ausgewertet.

³⁵⁹ Die Bezeichnung hierbei war zu 58,7 Prozent „Delirium tremens“, zu 36,3 Prozent ein allgemein formulierter Eintrag wie „Alkoholismus“ und in 5,0 Prozent der Fälle eine Diagnose, die sich der Kategorie „dauernder Schwachsinn, dauernde Verrücktheit der Alkoholisten“ zuordnen ließ. Zu den alkoholbezogenen Diagnosen in der Würzburger Klinik vgl. auch Sichert 2017, S. 91.

³⁶⁰ Rieger 1889, S. 64.

³⁶¹ Vgl. Reichardt 1907, S. 172–173.

³⁶² Vgl. Weygandt 1902, S. 354–355.

Diagnose gestellt, wenn eine Person „zum verkehrten, ‚verrückten‘ Auffassen, Denken, Fühlen und Handeln disponirt ist“³⁶³.

Die Epilepsie machte 11,8 Prozent der Krankheitsbilder aus und war damit ebenfalls eine geläufige Diagnose in der Würzburger Klinik. Noch hinzu kamen 48 epileptische Pfründer*innen im Juliusspital, für welche die Klinik ebenfalls die ärztliche Zuständigkeit trug. Diejenigen, denen diese Erkrankung zugeschrieben wurde, nahmen hierbei „eine eigentümliche Mittelstellung ein zwischen gewöhnlichen Kranken [...] und eigentlichen Geisteskranken“³⁶⁴. Auch wenn die Epilepsie hier den nur symptomatisch beschreibbaren Erkrankungen zugeordnet ist, so waren Ende des 19. Jahrhunderts einzelne Ansätze zu Kenntnissen der Pathophysiologie vorhanden.³⁶⁵

Zu den Krankheiten welche nach Rieger als wesentliches Symptom „Störungen des Fühlens“³⁶⁶ aufwiesen, zählte insgesamt etwa ein Fünftel der in der Klinik gestellten Diagnosen. Im Einzelnen waren dies die Gemütsdepression, mit dem Synonym Melancholie,³⁶⁷ welche 11,5 Prozent der Krankheitszuschreibungen ausmachte, die zu 8,6 Prozent verzeichnete Gemütsexaltation beziehungsweise Manie und der in knapp jedem hundertsten Fall diagnostizierte zirkuläre Irrsinn, welcher sich durch Wechsel der beiden obigen Zustände auszeichnete.

Auch wenn, anders als in Riegers Schema ursprünglich vorgesehen, für die meisten Erkrankungen anhand der Standbücher nicht ermittelt werden konnte, ob diese von Kindheit an bestanden oder sich später entwickelten, war dies für die mit Schwachsinn assoziierten Diagnosen möglich. So wurden diese, bestanden sie als sogenannter originärer Schwachsinn von Geburt oder Kindheit an, als Idiotie verzeichnet, was 5,6 Prozent der Einträge ausmachte.

Im Gegensatz dazu „[verstand] man unter dem Namen ‚Dementia‘ den im späteren Leben erst entstandenen Schwachsinn oder Blödsinn“³⁶⁸. Hierbei wurde von Reichardt noch

³⁶³ Appel, Franz: Ueber die Entstehungsursachen des chronischen Alkoholismus und speziell über die Bedeutung des chronischen Alkoholismus in der Psychiatrie, Würzburg 1911, S. 32.

³⁶⁴ Rieger, Konrad: Ueber Epileptiker-Anstalten, in: Der Irrenfreund 27 (1885), S. 1.

³⁶⁵ Vgl. Schneble, Hansjörg: Heillos, heilig, heilbar. Die Geschichte der Epilepsie von den Anfängen bis heute, Berlin 2003, S. 103–104.

³⁶⁶ Rieger 1889, S. 24.

³⁶⁷ Rieger verwendete in seinem Schema den Begriff Gemütsdepression synonym mit Melancholie, während in den Standbüchern stets Melancholie verwendet wurde. In der historischen Verwendung waren diese Begriffe durchaus nicht immer deckungsgleich und veränderten sich beispielsweise mit den unterschiedlichen Auflagen des Krapelinschen Lehrbuchs in ihrer Bedeutung, vgl. Forster, Edgar J.: Unmännliche Männlichkeit. Melancholie - >Geschlecht< - Verausgabung, Wien 1998, S. 227–231.

³⁶⁸ Reichardt 1907, S. 163.

weiter unterschieden zwischen Dementia simplex (beziehungsweise praecox), Dementia paralytica und Dementia senilis, welche jeweils steigenden Lebensaltern zuzuordnen waren.³⁶⁹ Praktisch differenziert wurde unter Riegers Leitung jedoch nur zwischen nicht weiter bezeichneter Dementia auf der einen und Dementia senilis auf der anderen Seite, welche zusammen durch 10,9 Prozent der Einträge repräsentiert wurden.³⁷⁰

Die einen „Zustand abnormer Ruhe und Bewegungslosigkeit“³⁷¹ beschreibende Diagnose Stupor stellte weitere 2,3 Prozent der Diagnosen dar. Sonstige der Kategorie der bloß symptomatisch bestimmten Erkrankungen zuzuordnenden Diagnosen waren die des moralischen Irrsinns, der Verwirrtheit, der Zwangsgedanken, -gefühle und -impulse und die der Hysterie, welche jeweils zu weniger als einem Prozent unter den Einträgen vertreten waren.³⁷² Sonstige Einträge unter „Krankheitsform“, welche nicht im Schema enthalten waren, machten 12,8 Prozent der Diagnosen aus. Insbesondere Hypochondrie und Kata-tonie wurden dabei häufig notiert.

Die hier genannten Diagnosen waren in ihrem Gebrauch jedoch ungleich verteilt, sowohl im zeitlichen Verlauf als auch in Bezug bestimmte Gruppen, worauf im folgenden Abschnitt eingegangen werden wird. Zunächst sollen dabei unterschiedliche diagnostische Zuschreibungen in Bezug auf die beiden untersuchten Geschlechter betrachtet werden. Entsprechend auffällige Diskrepanzen sind in Abbildung 22 grafisch dargestellt.

Eine solche Diagnose, bei welcher eine geschlechtsspezifische Zuschreibungshäufigkeit deutlich ist, ist die der Melancholie, welche bei Frauen zu 16,7 Prozent gestellt wurde, bei Männern nur zu 6,7 Prozent. Auch die „Gegendiagnose“ der Manie wurde in der psychiatrischen Klinik vermehrt bei Patientinnen gestellt. Ein deutliches Beispiel für die Pathologisierung weiblicher Emotionsregung und Sexualität findet sich diesbezüglich im Leitfaden Riegers, wo Nymphomanie, als Sonderform der Manie mit sexuellen Inhalten,

³⁶⁹ Vgl. Reichardt 1907, S. 65.

³⁷⁰ Insbesondere der Terminus „Dementia praecox“ fand erstmals 1925 Erwähnung, also im Jahr der Übernahme der Klinikleitung durch Reichardt. Hierauf wird im Verlauf noch eingegangen werden.

³⁷¹ Vgl. Rieger 1889, S. 38.

³⁷² Konrad Rieger schrieb bezüglich der Diagnose Hysterie: „[I]ch woll[t]e das widerwärtige Wort „hysterisch“ allmählich mittelst ‚Gänsefüßchen‘ aus der pathologischen Terminologie gewissermassen hinauscomplimentiren, so habe ich seither gefunden, dass dies leichter gesagt als gethan ist.“, Rieger, Konrad: Zur Begriffsbestimmung der Hysterie, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 19 (1896), S. 445. Dieses Zitat verdeutlicht die Abhängigkeit von Diagnosen nicht nur von theoretisch-diagnostischen Erwägungen, sondern auch von Traditionen und diagnostischen Gewohnheiten.

als bei Frauen häufig vorkommend bezeichnet wird, während sie bei Männern kaum eine Rolle spielte.³⁷³

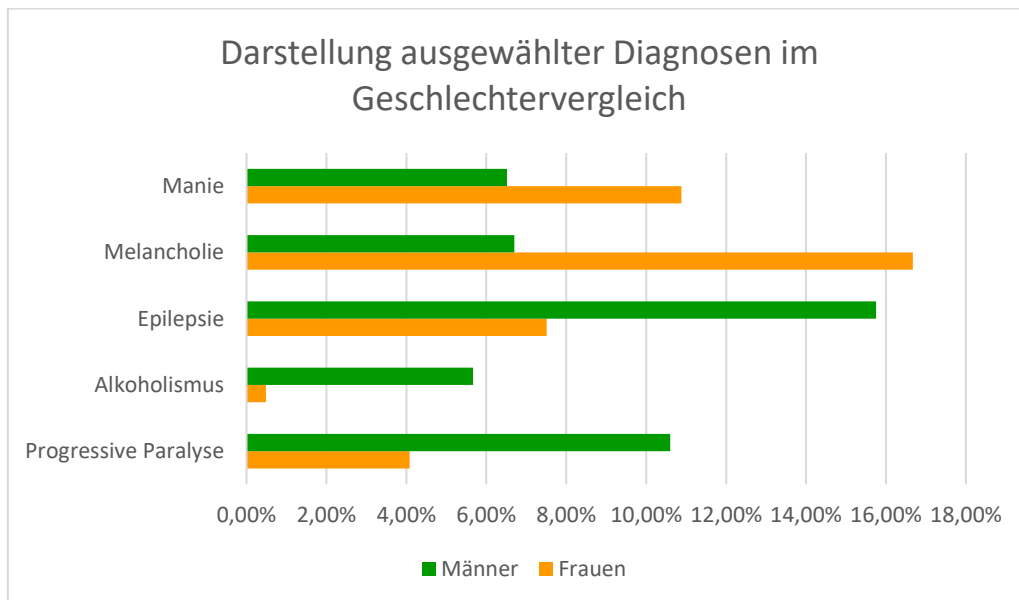


Abbildung 22 - Geschlechtsunterschiede einzelner Diagnosen in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, 1893-1925

Ein weiterer psychiatrischer Krankheitsbegriff, welcher eine historische Verknüpfung mit (weiblichem) Geschlecht und (weiblicher) Sexualität aufweist, ist der der Hysterie.³⁷⁴ Obwohl die Hysterie in der Würzburger Klinik zu den selteneren Diagnosen gehörte, ist es deshalb von Interesse diese hier zu betrachten.³⁷⁵ Bemerkenswerterweise existierte in Würzburg bei der Diagnose der Hysterie gerade kein Unterschied in der geschlechtsspezifischen Häufigkeit mit jeweils 0,4 Prozent. Dies deckt sich jedoch mit der These, dass sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Verknüpfung von Hysterie und Geschlecht teilweise löste.³⁷⁶

³⁷³ Vgl. Rieger 1889, S. 34.

³⁷⁴ Vgl. etwa Foucault 1973, S. 288–289.

³⁷⁵ Auch wenn von psychiatrischer Seite ein starkes Bedürfnis bestand, sich von als inhuman empfundenen, mit der Hysterie historisch verknüpften Praktiken zu distanzieren, so spielte diese doch auch in der universitären Psychiatrie um 1900 eine gewisse Rolle, vgl. Nolte 2003, S. 12–13; Böhme 2011, S. 80.

³⁷⁶ Vgl. Lerner, Paul Frederick: *Hysterical men. War, psychiatry, and the politics of trauma in Germany, 1890 - 1930*, Ithaca 2003, S. 36. Bemerkenswert ist in diesem Kontext noch, dass die Diagnose Hysterie in der psychiatrischen Klinik nach dem ersten Weltkrieg nicht anstieg, sondern sich fast ausschließlich in den frühen Jahren des Untersuchungszeitraums findet. Gerade nach Ende des Krieges war Hysterie jedoch andernorts eine geläufige Diagnose, um die Symptome zu beschreiben, welche aus dem Krieg heimkehrende Soldaten aufwiesen, vgl. Lerner 2003, S. 62.

Diagnosen, welche wesentlich häufiger bei männlichen Personen gestellt wurden, waren solche, welche mit Alkoholkonsum in Zusammenhang standen. Im Untersuchungszeitraum fanden sich Einträge wie „Alkoholismus“ oder „Delirium tremens“ mehr als zehnmal so häufig bei Männern wie bei Frauen. Diese deutliche Differenz deckt sich mit der von Verena Sichert in ihrer Arbeit über „Geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit Alkoholkranken an der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg“ festgestellten.³⁷⁷

Doch auch bei weiteren Diagnosen, bei welchen (historische) Geschlechterzuschreibungen weniger ausgeprägt waren, zeigten sich deutliche Diskrepanzen der Diagnosehäufigkeit. Dies waren vor allem die Epilepsie, welche bei Männern etwa doppelt so häufig notiert wurde wie bei Frauen und die progressive Paralyse, welche bei 4,1 Prozent der Frauen und 10,6 Prozent der Männer diagnostiziert wurde.

Betrachtet man, wie groß der Anteil von Diagnosen in einzelnen Jahren des Untersuchungszeitraums war, so blieb ein Teil der Diagnosen recht stabil, während ein anderer deutlich ab- oder zunahm.³⁷⁸ Eine gleichbleibende Tendenz mit (mehr oder weniger deutlichen) Schwankungen wiesen beispielsweise die Diagnosen Melancholie, Manie, Epilepsie, Stupor und Idiotie auf.

Ab nahm hingegen die Frequenz der Einträge im Zusammenhang mit Alkoholismus und Paranoia. Bezüglich der alkoholassoziierten Diagnosen ist möglich, dass im Laufe des Untersuchungszeitraumes vermehrt eine Umkehrung der Ätiologie zwischen Alkoholismus und Geisteskrankheit angenommen, also der Alkoholkonsum eher als Folge einer zuvor bestehender Krankheit betrachtet wurde.³⁷⁹ Exemplarisch können hierfür die Klinikaufenthalte von Max L. und Sigmund L. gesehen werden, welche zunächst wegen Delirium tremens beziehungsweise Alkoholismus in die Klinik aufgenommen wurden, denen bei späteren Aufenthalten jedoch Manie beziehungsweise Paranoia als Krankheitsform zugeordnet wurde.

Während die Diagnose Paranoia bis 1915 häufig einen jährlichen Anteil von über 20 Prozent ausmachte, so sank dieser in den letzten zehn Jahren des Untersuchungszeitraumes

³⁷⁷ Vgl. Sichert 2017, S. 88–90. Siehe dort auch für eingehende Untersuchungen zu den entsprechenden geschlechtsspezifischen Unterschieden.

³⁷⁸ Um eine Verzerrung durch geschlechtsspezifisch unterschiedliche Diagnosehäufigkeit zu vermeiden, wurden hier nicht die ersten fünf Jahre des Untersuchungszeitraums berücksichtigt, für welche Daten lediglich für die aufgenommenen Männer vorliegen.

³⁷⁹ Mit dieser Frage beschäftigte sich eine in der Klinik verfasste Dissertation, vgl. Appel 1911.

deutlich. Wie oben bereits erläutert, herrschten gerade zu dieser Diagnose sehr unterschiedliche Ansichten, wohl auch innerhalb der Klinik.³⁸⁰ Anzunehmen ist daher, dass im Laufe der Zeit von der offenen Verwendung des Krankheitsbegriffs für Zustände, welche als Verrücktheit in Handeln, Denken oder Fühlen aufgefasst wurden, abgesehen und die Diagnose selektiver gestellt wurde.

In seinem Lehrbuch von 1923 schrieb Martin Reichardt hierzu: „Die Diagnose auf Paranoia wurde früher ganz außerordentlich oft gestellt; [...] [i]nsbesondere wurde [...] die große Mehrzahl der Katatonien und der paranoiden Demenzen als ‚Paranoia‘ bezeichnet.“³⁸¹ Tatsächlich wurden in der psychiatrischen Klinik ab 1907 vermehrt Einträge mit dem Begriff „Katatonie“ gemacht.³⁸² Katatonie, beziehungsweise die katatonische Form, beschrieb Kraepelin bereits 1899 in der sechsten Auflage seines Lehrbuch als eine der Unterformen der *Dementia praecox*.³⁸³

Der Begriff der *Dementia praecox* fand in den Aufnahmebüchern der Klinik, ebenso wie die laut Kraepelin von Rieger bevorzugte Bezeichnung der *Dementia simplex*,³⁸⁴ keine Verwendung während Riegers Leitung.³⁸⁵ In der psychiatrischen Landschaft hatte der Begriff der *Dementia praecox* Ende der Nullerjahre des zwanzigsten Jahrhunderts mehr und mehr Akzeptanz gefunden und stellte einen wichtigen Bezugspunkt wissenschaftlicher Diskussionen dar.³⁸⁶ Diese führten ab 1908 zu einem weiteren Wandel und einer schrittweisen Umbenennung und -beschreibung dessen, was zuvor als *Dementia praecox* bezeichnet wurde, in Schizophrenie.³⁸⁷

³⁸⁰ Vgl. Appel 1911, S. 32. Im Gegensatz zur lange in der Klinik praktizierten breit angelegten Verwendung der Diagnose nutzte Martin Reichardt in seinem Leitfaden von 1907 die spezifischere Definition als „chronische[...] Geisteskrankheit [...], bei welcher die häufig ganz besonnenen, im Denken und Handeln sonst geordneten Kranken fixierte und gewöhnlich zu einem Wahnsystem verbundene Wahnideen produzieren“, Reichardt 1907, S. 172. Diese Definition stützt sich auf die Kraepelins, vgl. Feldmann 2005, S. 65–66.

³⁸¹ Reichardt, Martin: Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Jena 1923, S. 274.

³⁸² Da dieser Begriff nicht in Riegers Schema enthalten war, wurden diese Einträge unter „Sonstiges“ ausgewertet.

³⁸³ Vgl. Kraepelin 1899, S. 159–182. Allerdings herrschte auch hier große Uneinigkeit ob und wie der Begriff der Katatonie zu verwenden sei, da dieser recht unterschiedliche Anwendung fand, vgl. Feldmann 2005, S. 46.

³⁸⁴ Vgl. Kraepelin 1899, S. 137.

³⁸⁵ Lediglich für den Sommer 1925, als Rieger nach seiner Emeritierung noch die kommissarische Klinikleitung innehatte, fand sich der Begriff bei zwei Patientinnen, ist jedoch möglicherweise erst nach Riegers Weggang eingetragen worden.

³⁸⁶ Vgl. Feldmann 2005, S. 54–56.

³⁸⁷ Vgl. Bernet, Brigitta: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes um 1900, Zürich 2013, S. 9–15.

Es lässt sich insofern sagen, dass sich die aus den Standbüchern zu schließende diagnostische Praxis in den 32 Jahren des Untersuchungszeitraumes als erstaunlich stabil und wenig von den wissenschaftlichen Debatten der Zeit beeinflusst zeigte. Neben den Diagnosen der *Dementia praecox* und der Schizophrenie wurde auch die von Kraepelin vorgeschlagene Kategorie des manisch-depressiven Irreseins nicht übernommen, sondern die Begriffe zirkuläres Irresein, Manie und Melancholie beibehalten.³⁸⁸

Es verwundert, dass in Würzburg diese nosologischen Neuerungen keine größere Akzeptanz fanden, da sie sonst von psychiatrischer Seite als willkommene Linderung der diagnostischen Unsicherheiten des ausgehenden 19. Jahrhunderts gesehen wurden.³⁸⁹ Auch in Anbetracht der Bedeutung einer psychiatrischen Universitätsklinik als Ort der Wissensproduktion ist das Beibehalten der Diagnosen in der Würzburger Klinik bemerkenswert. Tatsächlich äußerte Rieger schon in der Diskussion nach Kraepelins Vortrag zur *Dementia praecox* 1898, dass ihm die Bezeichnung „weniger wichtig“ sei und ihn mehr die Frage der (Un-)Heilbarkeit interessiere.³⁹⁰ Eine mögliche Erklärung für das Nichtannehmen neuer diagnostischer Begriffe liefert auch ein Nachruf auf Konrad Rieger:

Zu den großen klinischen Fragen, die durch die Lebensarbeit seines Freundes Kraepelin in den Mittelpunkt der wissenschaftlichen Arbeit traten, hat Rieger wenig Stellung genommen. Hier war ihm eine gewisse lähmende Skepsis zu eigen. Er glaubte nie so recht an die Möglichkeit einer naturwahren Systematik der Geisteskrankheiten [...].³⁹¹

Nach der langjährigen Konstanz der Diagnosen unter Riegers Klinikleitung, ereignete sich nach dessen Weggang und der Übernahme durch Reichardt ein ausgesprochen deutlicher Umbruch. Dieser macht sich schon bei Betrachtung des Jahres 1925 bemerkbar. Nachdem im gesamten Untersuchungszeitraum fast 90 Prozent der eingetragenen Krankheitsbegriffe den in Riegers Schema verwendeten zugeordnet werden konnten, sank dieser Anteil 1925 auf nur noch knapp über 50. Unter den neu Eingang findenden Begriffen sind dabei besonders die der Schizophrenie, des manisch-depressiven Irreseins und der Psychopathie hervorzuheben.

³⁸⁸ Vgl. Kraepelin 1899, S. 359–361.

³⁸⁹ Vgl. Engstrom 2003b, S. 146.

³⁹⁰ Vgl. Kraepelin, Emil: Zur Diagnose und Prognose der *Dementia praecox*, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 56 (1899), S. 260.

³⁹¹ Gaupp, R.: Konrad Rieger, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 166 (1939), S. 311.

Festzuhalten ist, dass die im Untersuchungszeitraum verwendeten Krankheitsbegriffe im Wesentlichen konstant waren und sich zum Großteil dem von Rieger 1889 veröffentlichten Schema zuordnen ließen. Diskussionen und Neuerungen in Bezug auf die psychiatrische Nosologie schlugen sich nur sehr wenig in den Eintragungen unter „Krankheitsform“ nieder, sodass die Klinik sich als diagnostischer Mikrokosmos präsentierte. Bei der Rolle und dem Selbstbild psychiatrischer Kliniken als Produktions- und Anwendungsorten psychiatrischen Wissens³⁹² erstaunt diese Konstanz von Diagnosen, von welchen sich ein großer Teil der Fachdisziplin losgesagt hatte. Im Gegensatz zu wissenschaftlichen Diskussionen brachte der personelle Umbruch in der Klinik 1925 auch einen Wandel in der Verwendung von Diagnosen mit sich. Ab 1909 spielten außerdem neben den Krankheitsbegriffen im engeren Sinne Eintragungen bezüglich Begutachtungen eine größer werdende Rolle in der Klinik.

5.7 Exkurs: Therapeutische Konzepte

Auch wenn zu der Frage der in der Klinik angewandten Therapien keine Informationen in den Standbüchern enthalten sind, soll an dieser Stelle, nach der Betrachtung der diagnostischen Zuschreibungen, ein Exkurs zu der Behandlung erfolgen, welche Patient*innen in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg erfuhren.

Konrad Rieger versprach sich dabei in der Psychiatrie nur sehr selten durch das therapeutische Vorgehen Heilung im engeren Sinne zu ermöglichen. Hieraus leitete sich auch eine Ablehnung ab gegen das, was er als „furor therapeuticus“ bezeichnete, also Behandlungen, welche er als überzogen und vielleicht sogar schädlich betrachtete.³⁹³ So stehe gerade bei psychiatrischen Krankheiten die Pflege der Kranken im Vordergrund, bis die Erkrankung des Hirns, falls das in ihrer Natur liege, sich zurückbildet.³⁹⁴

Die Behandlungsgrundsätze, welche in der psychiatrischen Klinik zentral waren, waren Bettbehandlung, Beobachtung im Wachsaal und Arbeit, vor allem im klinikeigenen

³⁹² Vgl. Engstrom 2003b, S. 199.

³⁹³ Vgl. Rieger 1929b, S. 170–173; Rieger 1905b, S. 54–67.

³⁹⁴ Vgl. Rieger 1929b, S. 126–127. In diesen Aussagen spiegelt sich der „therapeutische Nihilismus“ der Psychiatrie der Jahrhundertwende, welcher in deutlichem Kontrast steht zu den ab dem ersten Weltkrieg aufschwung erfahrenden, nicht selten tödlich endenden, somatischen Therapien, vgl. Schmuhl, Hans-Walter; Roelcke, Volker: Einleitung, in: Schmuhl, Hans-Walter; Roelcke, Volker (Hrsgg.), "Heroische Therapien". Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918-1945, Göttingen 2013, S. 18–23.

Garten.³⁹⁵ Inwiefern diese Grundsätze sich schon in dem 1893 eröffneten Neubau niederschlugen, wurde in Kapitel 3 bereits erörtert.

Dem Grundsatz der sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts etablierenden Bettbehandlung folgend, sollten akut erkrankte Patient*innen mindestens nach ihrer Aufnahme, mitunter aber auch Wochen oder Monate Bettruhe halten.³⁹⁶ Die Adressat*innen dieser Neuerung waren mehrere. So wurde gehofft psychiatrische Kliniken und Anstalten (und die dort Untergebrachten) dem Bild somatischer Krankenhäuser anzupassen und so das Ansehen in der Öffentlichkeit aufzubessern. Den Patient*innen selbst sollte durch das Liegen im symbolisch aufgeladenen Bett deren Kranksein verdeutlicht werden.³⁹⁷

Schauplatz dieser in der Würzburger Klinik zentralen Methode und auch in therapeutischer Absicht eng mit ihr verknüpft war die Institution des Wachsaals. Dieser war um 1900 zum Zentrum der meisten psychiatrischen Kliniken geworden und sollte eine ständige Überwachung der Patient*innen ermöglichen, unter anderem mit der Absicht schnell in deren Verhalten intervenieren zu können. Doch auch die Felder der Lehre und Forschung waren eng mit dieser Beobachtung sämtlicher Handlungen verbunden.³⁹⁸

Die Absicht ebenjener Überwachung und auch der mit der Bettbehandlung verknüpfte Wunsch der Annäherung an somatische Disziplinen lässt sich aus einer Metapher Konrad Riegers herauslesen: „Wie in einer geburtshilflichen Klinik der Arzt jede Geburt, so muss er in der psychiatrischen Klinik jeden Aufregungszustand überwachen.“³⁹⁹

Als weiteres Therapeutikum hing mit dem Konzept von Wachsaal und Betttherapie die Hydrotherapie als „Unterstützungsmittel“ zusammen.⁴⁰⁰ Beim sogenannten Dauerbad sollten die Patient*innen eine längere Zeit – Stunden, Tage oder auch Wochen – in einer Badewanne verbringen, wovon sich ein Ruhigwerden der Patient*innen versprochen

³⁹⁵ Vgl. Rieger 1929b, S. 170.

³⁹⁶ Die Selbstverständlichkeit der langen Dauer dieses Liegenlassens zeigt sich etwa in dieser Äußerung Riegers über einen langjährigen Patienten der Klinik: „Er wird ganz stuporös. Und den sonst fleißigen Idioten muß man dann einige Wochen im Bett liegen lassen.“, Rieger 1929b, S. 129. Um diese Bettbehandlung zu gewährleisten, wurden verschiedene bauliche Anpassungen gemacht. So verbanden beispielsweise ebenerdige überdachte Verbindungsgänge die verschiedenen Gebäude, um Patient*innen samt ihren Betten bewegen zu können, vgl. Kapitel 3.2 dieser Arbeit.

³⁹⁷ Vgl. Ankele 2018, S. 49–55; Neisser, Clemens: Die Bettbehandlung der Irren, in: Berliner Klinische Wochenschrift 27 (1890).

³⁹⁸ Vgl. Engstrom 2003b, S. 132–135. Wie die ärztlich verordnete Bettruhe und das Fehlen der Privatsphäre im Wachsaal dabei von den Betroffenen aufgefasst und bewertet wurden, hing stark mit ihrer sozialen Schicht zusammen, vgl. Nolte 2003, S. 88–91.

³⁹⁹ Rieger 1894b, S. 407.

⁴⁰⁰ Vgl. Neisser 1890, S. 865.

wurde.⁴⁰¹ Als wie groß die Rolle dieser Bäder in der Würzburger Klinik eingeschätzt wurde, verdeutlicht die Tatsache, dass Konrad Rieger, als beim Neubau die Gelder für eine Warmwasserversorgung fehlten, eigene Mittel zu dieser beisteuerte.⁴⁰²

All jene Ende des 19. Jahrhunderts neu eingeführten Methoden sollten einen Kontrast zu den zuvor verbreiteten Zellen und offenen Zwangsmitteln, wie der Zwangsjacke und dem Zwangsstuhl, darstellen. Dieser Selbstanspruch auf Verzicht physischen Zwangs wurde in Deutschland im Rahmen der sogenannten Non-restraint-Bewegung ab den 1860er Jahren populärer.⁴⁰³ Konrad Rieger inszenierte das Abwenden von diesen als überkommen empfundenen Zwangsmitteln 1893 bildhaft, indem er fotografisch festhielt, wie er „einen paranoischen Schreiner die Axt an einen solchen Stuhl legen lassen“⁴⁰⁴ hat.

Die vermeintliche Abwesenheit oder zumindest Verringerung von körperlichem Zwang war jedoch stark durch die Sicht der zeitgenössischen Psychiatrie (und ein historisches Abgrenzungsbedürfnis) geprägt. Was sich aus ärztlicher Perspektive als vermeintlich humane Therapie darstellte, konnte aus Sicht der Patient*innen durchaus als Zwang und Strafe erfahren werden.⁴⁰⁵ Zum Charakter der insbesondere für unruhige Kranke vorgesehenen Dauerbäder muss ergänzt werden, dass ein erhebliches Risiko für körperliche Schäden bei Patient*innen bestand, welche auch an entstehenden Verbrühungen sterben konnten.⁴⁰⁶ Es handelte sich hierbei um therapeutisches Mittel und Disziplinierungsinstrument gleichermaßen.⁴⁰⁷

Eine Methode, welche ebenfalls mit dem Medium des Wassers arbeitete, bei der der Zwangscharakter jedoch wesentlich offener zutage trat, waren die in der Würzburger Klinik angewendeten „nassen Wickel“.⁴⁰⁸ Hierbei wurde der gesamte Körper der

⁴⁰¹ Vgl. Ankele 2020, S. 101–103.

⁴⁰² Vgl. Rieger 1916, S. 103–105. Im Grundriss der Klinik fanden sich entsprechend 6 Wannen verzeichnet, davon je Seitenbau zwei in einem abgetrennten Badezimmer und eine im Zentrum des WachsaaIs, vgl. Rieger 1894a, S. 16–17.

⁴⁰³ Vgl. Engstrom 2003b, S. 61–62; Sammet, Kai: Ökonomie, Wissenschaft und Humanität - Wilhelm Griesinger und das non restraint-System, in: Engstrom, Eric J.; Roelcke, Volker (Hrsgg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum, Basel 2003, S. 100–115.

⁴⁰⁴ Rieger 1905b, S. 55.

⁴⁰⁵ Vgl. Meier/Bernet/Dubach/Germann 2007, S. 87–88.

⁴⁰⁶ Vgl. Ankele 2020, S. 101–103. Auch im Bremer St. Jürgen-Asyl kam es zu Todesfällen durch zu heißes Wasser, vgl. Hermes 2012, S. 438. Anzunehmen ist entsprechend, dass nicht tödliche Verletzungen und Schmerzen noch wesentlich häufiger waren.

⁴⁰⁷ Vgl. Beyme/Hohnholz 2018, S. 65.

⁴⁰⁸ Vgl. Hirschfeld, Alfred: Zur Symptomatologie und Pathologie der traumatischen Hirnverletzungen, Würzburg 1908, S. 14.

Patient*innen in nasse Laken eingewickelt, Hals und Schlüsselbeingegend sollten frei bleiben. Dass auch hier, neben der psychischen Bedeutung, eine hohe Gefahr für körperliche Schäden bestand, wird dadurch ersichtlich, dass halbstündlich Pulse, Temperatur und Aussehen der behandelten Person kontrolliert werden sollten.⁴⁰⁹

Im Gegensatz zu diesen passiven und im Innenraum der Klinik verorteten Verfahren stand die Arbeitstherapie, welche hauptsächlich im Klinikgarten verrichtet wurde.⁴¹⁰ Durch diese geordnete Arbeit sollte auch eine innere Ordnung wiederhergestellt und zu einer Beruhigung der Patient*innen beigetragen werden.⁴¹¹ Gleichzeitig zielte die Arbeit in Klinik und Anstalt aber darauf ab die Kranken der kapitalistischen Leistungsgesellschaft (oder im ersten Weltkrieg ebendiesem) wieder verfügbar zu machen.⁴¹² Auch ökonomische Erwägungen für die einzelne psychiatrische Einrichtung waren hier von Belang.⁴¹³ In der psychiatrischen Klinik in Würzburg konnte so fast das gesamte Gemüse der Klinik selbst gezogen und Holz angepflanzter Bäume beispielsweise für Möbel verwendet werden.⁴¹⁴

Über die Anwendung von Medikamenten lassen sich nur wenige Informationen aus den vorliegenden Quellen gewinnen. In Riegers „therapeutischen Nihilismus“ reihte sich auch eine Skepsis gegenüber medikamentösen Heilversuchen ein.⁴¹⁵ Bei der Neueröffnung der Klinik sagte Rieger bezüglich Arzneigaben, es gebe einen „Ausschluss[...] aller pharmaceutischen Beruhigungsmittel, der seit Jahren hier mit wenigen Ausnahmen gewaltet hat“⁴¹⁶. Dennoch finden sich im Lehrbuch Reichardts, auch wenn er diese für meist entbehrlich hielt, Medikamente, welche sich „bewährt“ haben mit entsprechender Dosierungsempfehlung, etwa die Kombination aus Morphinum mit Scopolamin.⁴¹⁷ Auch Rieger lobte die Wirkung des letzteren, auch unter Hyoscin bekannten Stoffes.⁴¹⁸ Belegt ist außerdem

⁴⁰⁹ Vgl. Reichardt 1907, S. 89–90.

⁴¹⁰ Vgl. Rieger 1929b, S. 170; Sichert 2017, S. 119.

⁴¹¹ Vgl. Sammet, Kai: Neutralisierung "sozialer" Folgen psychischer Krankheit oder "die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen"? Arbeit und Irrenanstalt als Organisation, ca. 1830-1930, in: Ankele, Monika; Brinkschulte, Eva (Hrsgg.), Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit, Stuttgart 2015, S. 40–41.

⁴¹² Vgl. Ankele 2015, S. 11.

⁴¹³ Vgl. Schmiedebach, Heinz-Peter; Brinkschulte, Eva: Arbeit und Arbeitstherapie - historisch geleitete Assoziationen, in: Ankele, Monika; Brinkschulte, Eva (Hrsgg.), Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit, Stuttgart 2015, S. 23–24.

⁴¹⁴ Vgl. Rieger 1916, S. 75.

⁴¹⁵ Vgl. Rieger 1929b, S. 166.

⁴¹⁶ Rieger 1894a, S. 12.

⁴¹⁷ Vgl. Reichardt 1907, S. 90.

⁴¹⁸ Vgl. Rieger 1929b, S. 145.

die Anwendung von Injektionen mit Campher sowie die Gabe von Chloral.⁴¹⁹ Starke Ablehnung hingegen äußerte der Direktor gegen die aufkommende Psychoanalyse.⁴²⁰

In der psychiatrischen Klinik in Würzburg wurden im Untersuchungszeitraum also die zur damaligen Zeit gängigen Verfahren der Bettbehandlung, Dauerbäder und Arbeitstherapie eingesetzt, während neu aufkommenden Methoden gegenüber Skepsis bis Ablehnung herrschte. Diese Skepsis Riegers galt jedoch selbst den in der Klinik durchgeführten Verfahren wie der Arbeitstherapie und fand in folgendem Satz deutlichen Ausdruck: „[W]enn der [...] therapeutische Nihilismus auch Manchem befremdlich erscheinen mag, so ist er doch in der That gegenüber von einem Theil der Nervenkranken völlig gerechtfertigt“⁴²¹.

5.8 Alter

Nach obigem Exkurs zu in der Klinik durchgeführten Behandlungen widmet sich dieser Abschnitt dem Alter der aufgenommenen Patient*innen. Während des Untersuchungszeitraumes betrug das Durchschnittsalter der weiblichen Kranken 38,2, das der männlichen 39,1 und das aller Kranken 38,8 Jahre. Diese Werte sind denjenigen während Weimarer Republik und NS-Zeit mit 38,1 Jahren bei weiblichen und 39,1 Jahren bei männlichen Patient*innen sehr ähnlich.⁴²²

Im Gegensatz zu den Ergebnissen Andrea Müllers ließ sich von 1893 bis 1925 jedoch kaum eine relevante Veränderung des Durchschnittsalters erkennen. Dessen Werte schwankten für beide untersuchten Geschlechter unregelmäßig mit Werten zwischen 35,6 und 42,9 Jahren. Lediglich ein niedrigeres Durchschnittsalter der Frauen ab dem Jahr 1916 ist erwähnenswert.

Auch die prozentualen Anteile der Altersgruppen der Geschlechter wiesen nur mäßige Differenzen auf. Kinder unter zehn Jahren befanden sich lediglich sehr vereinzelt in der Klinik. Insgesamt gab es 45 solcher Aufnahmen, was einem Anteil von 0,6 Prozent

⁴¹⁹ Vgl. Appel 1911, S. 15; Arthen, Georg: Hirngeschwulst und psychische Störung. Ein kasuistischer Beitrag, Würzburg 1914, S. 11.

⁴²⁰ Vgl. Rieger 1929b, S. 172–173. Hierbei nutzte Rieger wiederholt eine sehr drastische, polemische bis beleidigende Wortwahl. So nannte er das Werk Freuds „Altweiber-Psychiatrie“, vgl. Rieger 1896, S. 451, und „Maulhurerei“, vgl. Rieger 1910, S. 64–65.

⁴²¹ Rieger 1896, S. 447.

⁴²² Vgl. Müller 2019, S. 32.

entspricht. Etwas größer war der Anteil der 10- bis 19-Jährigen, welcher insgesamt 7,8 Prozent der Patient*innen ausmachte, wobei der Anteil der männlichen Personen minimal höher war.

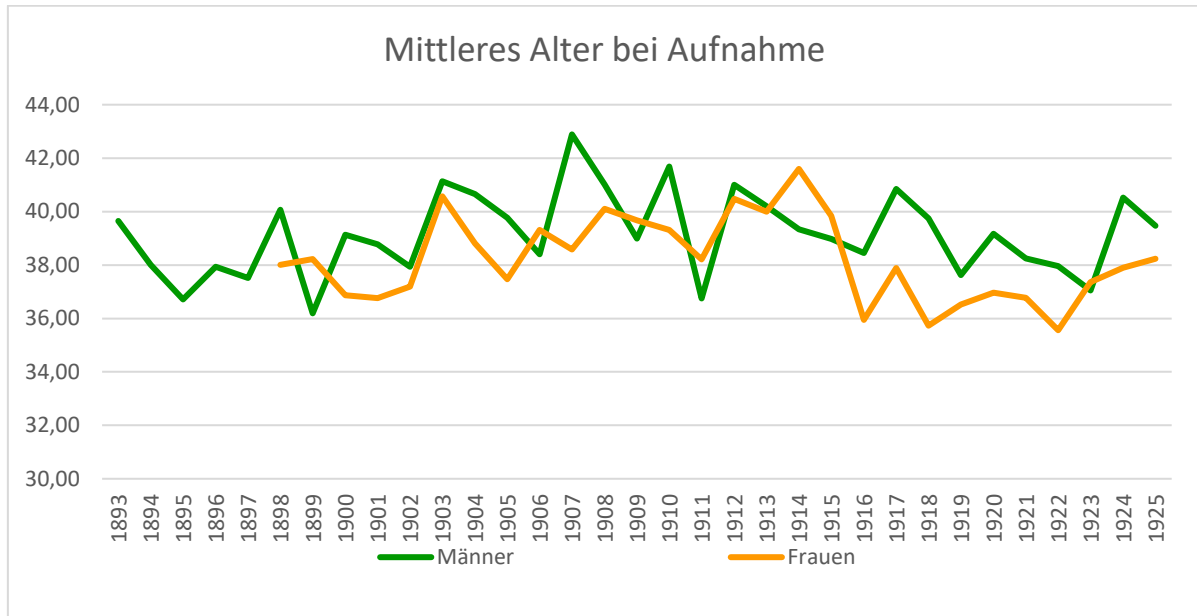


Abbildung 23 - Durchschnittliches Alter der aufgenommenen Patient*innen der psychiatrischen Klinik von 1893 bis 1925

Was die psychiatrische Versorgung von Kindern betrifft, so handelte es sich hierbei um einen der Schwerpunkte des in Würzburg tätigen Wilhelm Weygandt.⁴²³ Die speziellen Bedingungen der „Fürsorge für schwachsinnige Kinder in Bayern“ erörterte dieser im gleichnamigen 1903 veröffentlichten Aufsatz. In diesem plädierte er für eine Stärkung der Rolle von Ärzt*innen in sogenannten Idiotenanstalten und für die Errichtung von Hilfsschulen, in welchen auch ein psychiatrisch ausgebildeter Arzt vertreten sein sollte.⁴²⁴ In Würzburg existierten in den Jahren 1912 und 1913 Überlegungen zur Errichtung einer organisatorisch an die Klinik angegliederten Anstalt für als psychopathisch beurteilte Kinder, wofür unter anderem wissenschaftliches Interesse angeführt wurde. Nach den vorliegenden Quellen wurde dieses Projekt jedoch aufgrund fehlender Mittel nicht umgesetzt. Rieger erwähnte in diesem Zusammenhang außerdem, dass eine solche Fürsorge

⁴²³ Vgl. Weber-Jasper 1996, S. 119–165.

⁴²⁴ Vgl. Weygandt, Wilhelm: Die Fürsorge für schwachsinnige Kinder in Bayern, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 60 (1903).

in der psychiatrischen Klinik schon im Kleinen bestehe.⁴²⁵ Kinder unter zehn Jahren waren in der Klinik tatsächlich besonders häufig mit der Diagnose Idiotie untergebracht, nur übertroffen von der Epilepsie. Allerdings machten, wie oben beschrieben, Kinder und Jugendliche insgesamt nur einen geringen Teil der Patient*innen aus.

Der größte Anteil setzte sich stattdessen aus 20- bis 29- und 30- bis 39-Jährigen mit 23,3 und 23,6 Prozent der Aufnahmen zusammen.⁴²⁶ Mit steigendem Alter der Patient*innen nahm deren Anteil in der Klinik wieder kontinuierlich ab. So machte die Altersgruppe von 40 bis 49 noch 20,6 Prozent aus, die der 50- bis 59-Jährigen 14,4, die der 60- bis 69-Jährigen 6,6 Prozent und die von 70 bis 79 Jahren nur noch 2,5 Prozent. Nur 0,8 Prozent der in der Klinik behandelten Patient*innen befand sich jenseits des achtzigsten Lebensjahres. Damit entsprach die Altersverteilung weitgehend der in der deutschen Gesamtbevölkerung der Zeit mit einer deutlichen Unterrepräsentation der unter 20-Jährigen.⁴²⁷

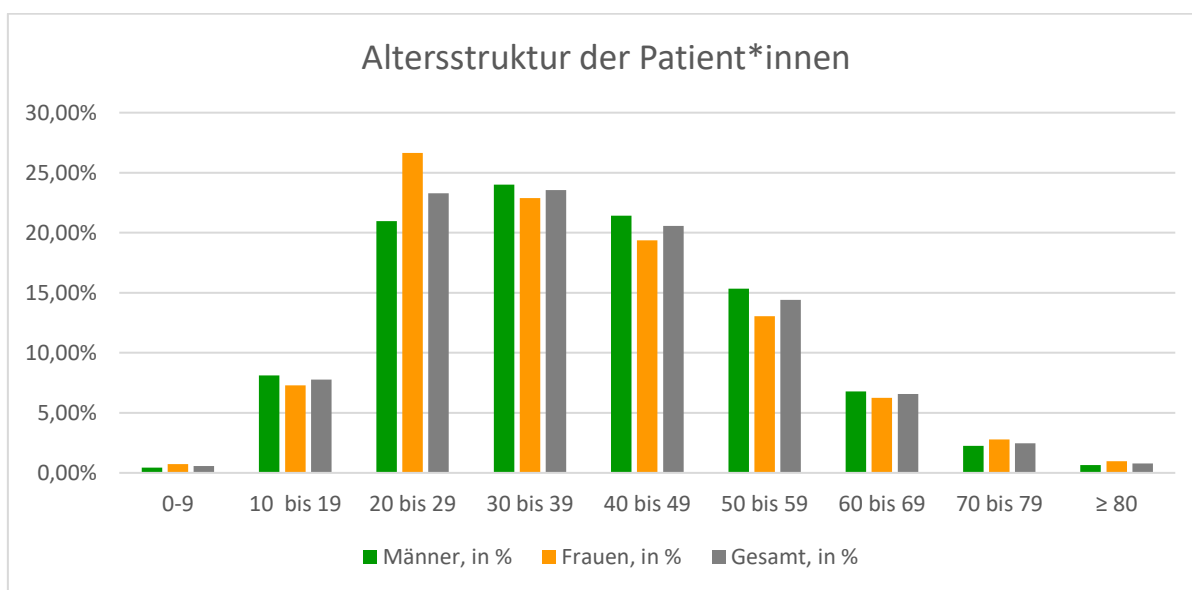


Abbildung 24 - Darstellung der Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg nach Altersdekaden

Die Verteilung der Geschlechter auf die verschiedenen Altersdekaden war im Untersuchungszeitraum in etwa gleich, der relative Anteil an Frauen überwog lediglich in der

⁴²⁵ Vgl. Psychiatrische Klinik an die Medizinische Fakultät, 27.02.1913, sowie Stadtmagistrat Würzburg an Kgl. Staatsministerium des Inneren, 02.04.1912, UAWü, ARS Nr. 3292.

⁴²⁶ Dies entspricht auch zeitgenössischen Beobachtungen: „Hinsichtlich des Lebensalters, in dem die Krankheit zuerst in Erscheinung tritt, findet sich allenthalben die bekannte Thatsache bestätigt, dass das rüftigste Alter, etwa vom 20. – 40. Lebensjahre, bevorzugt ist.“, Deiters 1902, S. 188.

⁴²⁷ Vgl. Hubert 1998, S. 138.

Altersgruppe von 20 bis 29 merklich. Durch die vergebenen Diagnosen der Klinik lässt sich dies mit zeitgenössischen Konzepten nur teilweise begründen. Reichardt nannte in seinem Leitfaden zwar die Manie, welche gehäuft bei Patientinnen diagnostiziert wurde, als typische Erkrankung des zweiten und dritten Lebensjahrzehnts, die in der Klinik ebenfalls vermehrt Frauen zugeschriebene Melancholie jedoch als Erkrankung höheren Lebensalters.⁴²⁸

5.9 Familienstand und Konfession

Nachdem beinahe alle in den Standbüchern verzeichneten Informationen ausgewertet wurden, folgt in diesem Kapitel die zusammenfassende Analyse der letzten beiden noch ausstehenden Kategorien, der des Familienstandes sowie der Konfession der Patient*innen der psychiatrischen Klinik in Würzburg.

In der Literatur findet sich die Hypothese, dass eine Wechselwirkung zwischen (psychischer) Krankheit und Familienstand in der Form bestehe, dass frühe Krankheit eine Heirat unwahrscheinlicher mache, umgekehrt familiäre Bindung in Form einer Heirat zu weniger (stationärer) Behandlung führen könne.⁴²⁹ Wie sich der Familienstand bei den in der Würzburger Klinik Behandelten darstellte und wie die Relation zur Gesamtbevölkerung war, wird im nun folgenden Abschnitt untersucht.

Im Untersuchungszeitraum waren insgesamt 48,0 Prozent der Patient*innen ledig, 44,7 verheiratet, 7,0 verwitwet und 0,3 geschieden. Hierbei überwog, wie in der Arbeit Andrea Müllers, der Anteil der Verheirateten bei den männlichen und der der Ledigen bei den weiblichen Kranken.⁴³⁰ Entsprechend waren 50,9 Prozent der Männer verheiratet, jedoch nur 35,8 Prozent der Frauen. Diese waren in 53,6 Prozent der Fälle ledig, während der entsprechende Anteil bei Männern nur bei 44,2 Prozent lag. Die Differenz der noch fehlenden Familienstände liegt an dem mit 10,2 Prozent bei Frauen rund doppelt so hohen Wert an Witwen.

In der bayrischen Gesamtbevölkerung⁴³¹ des Jahres 1910 stellte sich der Anteil von Verheirateten mit 60,3 Prozent deutlich höher, der von Ledigen mit 29,7 Prozent wesentlich

⁴²⁸ Vgl. Reichardt 1907, S. 66.

⁴²⁹ Vgl. Müller 2019, S. 61.

⁴³⁰ Vgl. Müller 2019, S. 62.

⁴³¹ Die hier und im Folgenden gemachten Angaben zur Gesamtbevölkerung beziehen sich auf eigene Berechnungen mit Stand 1910 auf folgender Grundlage: K. Statistisches Landesamt 1915, S. 25. Um eine

niedriger dar. Insofern kann die eingangs angeführte Hypothese durch die in der Würzburger Klinik gemachten Befunde gestützt werden. Ebenfalls auffällig ist, dass in der Allgemeinbevölkerung der Familienstand zwischen Männern und Frauen weniger differierte.⁴³²

Ein möglicher Ansatz zu erklären, dass mehr verheiratete Männer als Frauen in der Klinik behandelt wurden, liegt erneut in der Zahl der bei Männern durchgeführten Begutachtungen. So ist anzunehmen, dass begutachtete Personen zuvor berufstätig und dementsprechend häufiger sozial integriert waren, beziehungsweise seltener an Krankheiten litten, welche sie von frühem Alter an einschränkten.

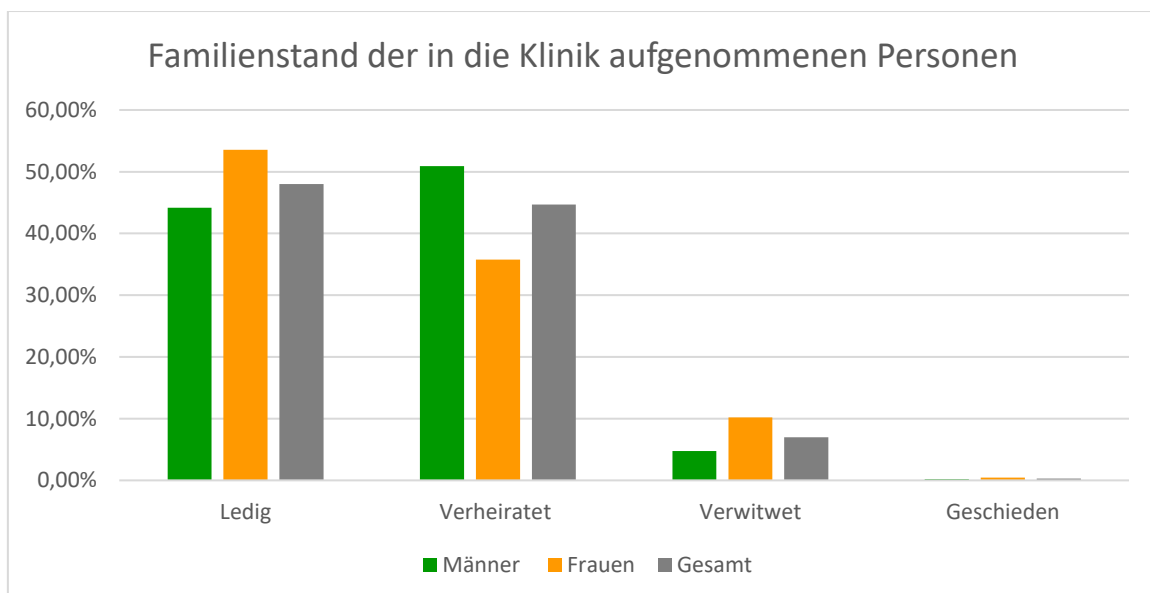


Abbildung 25 - Familienstand der in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg behandelten Personen nach Geschlecht

Neben diesen Befunden zeigten sich in den Entwicklungen des Familienstandes in der Klinik gesamtgesellschaftliche Veränderungen. Während der Anteil an Witwer*innen mit Schwankungen stabil blieb, stieg die Zahl der geschiedenen Patient*innen bis 1925 an. So gab es in den ersten zehn Jahren der Klinik nur einen geschiedenen Patienten, was 0,06 Prozent der angegebenen Familienstände entsprach, während in den letzten zehn

Verzerrung in Richtung Ledige durch Kinder und Jugendliche zu vermeiden, wurden hierbei nur Personen mit einem Alter von über 20 Jahren berücksichtigt.

⁴³² Diese Differenz des Anteils an verheirateten Männern und Frauen lag außerhalb der Klinik bei 3,8, in der Klinik bei 15,1 Prozent, der der ledigen in der Gesamtbevölkerung bei 4,0, bei den Patient*innen bei 9,4 Prozent.

Jahren des Untersuchungszeitraums dieser Anteil auf 0,45 Prozent anstieg. Simultan stieg auch in der Gesamtbevölkerung die Scheidungsrate, wobei unter anderem der erste Weltkrieg durch Effekte wie langes Getrenntsein der Ehepartner*innen und Wandel der traditionellen Geschlechterrollen zu einem „Scheidungsboom“ führte.⁴³³

Nach dem Familienstand soll noch die Konfession der in die Klinik aufgenommenen Personen betrachtet werden. Diese waren im Untersuchungszeitraum zu 72,8 Prozent katholisch, zu 23,6 Prozent evangelisch, zu 3,2 Prozent jüdisch und zu 0,4 Prozent keiner dieser Kategorien zuzuordnen. Dabei war bei männlichen Kranken der Anteil evangelischer Personen mit 26,1 höher als bei weiblichen mit 20,1 Prozent. Entsprechend war der Anteil von Katholikinnen mit 75,4 Prozent höher als der von Katholiken mit 70,9 Prozent.

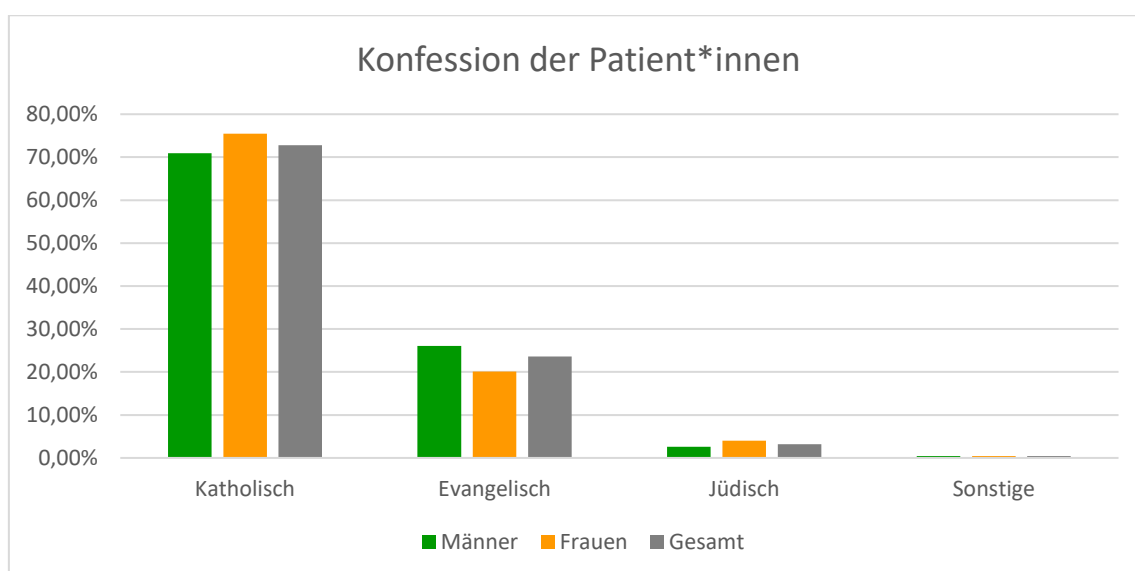


Abbildung 26 - Konfession der in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg behandelten Personen von 1893 bis 1925

Diese Differenz lässt sich, wie Andrea Müller in ihrer Dissertation ebenfalls anführt, dadurch erklären, dass männliche Kranke häufiger aus entfernteren Gebieten kamen als die weiblichen, bei welchen der Anteil aus Unterfranken stammender Personen höher war.⁴³⁴ Die Allgemeinbevölkerung Unterfrankens wies zum Vergleich mit 80,4 Prozent einen höheren Anteil an Katholik*innen, jedoch einen geringeren Anteil an

⁴³³ Vgl. Ehmer 2004, S. 48–51.

⁴³⁴ Vgl. Müller 2019, S. 65.

Protestant*innen und Jüd*innen auf, welche 17,7 Prozent beziehungsweise 0,8 Prozent der Bevölkerung ausmachten.⁴³⁵

Inwiefern Gottesdienste und Seelsorge in der Klinik und dem Betraum im Dachgeschoss des Haupthauses abgehalten werden sollten, war nach Eröffnung der Klinik Gegenstand von Diskussionen. Ein zwischenzeitlich angefertigtes Gutachten legte nahe, dass Seelsorge für katholische, protestantische und jüdische Gläubige sinnvoll sei. Realisiert wurden später wohl Seelsorge und Gottesdienste für die Angehörigen beider großer christlicher Konfessionen, nicht aber für Jüd*innen.⁴³⁶

Die Konfession und die damit einhergehenden Angebote waren also durch die christliche und vor allem katholische Dominanz der unterfränkischen Region geprägt. Der Familienstand der Patient*innen wiederum wurde einerseits durch klinikspezifische Bedingungen, wie die der Begutachtungen, bestimmt, war jedoch auch durch Entwicklungstendenzen in der Gesamtbevölkerung beeinflusst.

Insgesamt fiel bei der Auswertung der Standbücher auf, dass die wissenschaftlichen Interessen einzelner an der Universität tätiger Personen deutlichen Einfluss auf die Eintragungen der verschiedenen Kategorien nehmen konnten. So lässt sich mit Beginn der Vorlesungen Reichardts über Unfallbegutachtungen ein deutlicher Anstieg an der Klinik durchgeführter Begutachtungen feststellen. Diese wiederum führten tendenziell zu einer kürzeren Aufenthaltsdauer, damit einer höheren Frequenz an Patient*innen und einer höheren Gesamtzahl an männlichen Personen. Auch unabhängig von der höheren Zahl an Begutachtungen ließ sich jedoch eine längere Aufenthaltsdauer weiblicher Kranker bei gleicher Diagnose beobachten.

Diese in der Klinik verwendeten Diagnosen blieben über die 32 Jahre des Untersuchungszeitraums erstaunlich konstant und konnten zum weitaus größten Teil in einem vom Klinikdirektor entworfenen Schema eingeordnet werden. Auch hier zeigte sich also ein lokaler beziehungsweise persönlicher Blickwinkel als maßgeblich für die in den Standbüchern notierten Zuschreibungen. Fachwissenschaftliche Debatten der Zeit, welche nosologische Neuerungen mit sich brachten, wurden hier nicht aufgegriffen, etwa fanden die Diagnosen Schizophrenie oder manisch-depressives Irresein unter Rieger keinen Eingang

⁴³⁵ Vgl. K. Statistisches Landesamt 1915, S. 25.

⁴³⁶ Vgl. BHStA, MK 72542.

in die Standbücher. Für eine universitäre Psychiatrie wäre hier eine stärker an aktuellen Debatten und Neuerungen orientierte Diagnosepraxis naheliegend gewesen.

Der universitäre Charakter zeigte sich jedoch etwa bei der Aufenthaltsdauer der Patient*innen, welche meist recht kurz war, um einen möglichst hohen „Durchfluss“ an didaktischen und wissenschaftlichen Zwecken zuträglichen Kranken zu ermöglichen. Mitunter konnten genau diese Anliegen jedoch im Gegenteil auch zu langen Aufenthalten bei als interessant geltenden Kranken führen.

Auch bei der Schicht der aufgenommenen Personen konnte sich der universitäre Charakter widersprüchlich äußern. Einerseits sollten Stadtasyle gerade auch bürgerliche Schichten ansprechen, andererseits sollten besonders arme Kranke für didaktische Zwecke zur Verfügung stehen, was in Würzburg etwa über die hohe Zahl an Freiplätzen ermöglicht wurde. Dennoch fand sich allerdings keine Überrepräsentation von Personen aus unteren sozialen Schichten. Die Schicht wirkte sich jedoch auf die Folgen und die Bedeutung des stationären Aufenthaltes in der Würzburger Klinik aus. So war etwa die Wahrscheinlichkeit für besonders lange Klinikbehandlungen für arme Kranke höher und diese hatten ein höheres Risiko während des Aufenthalts zu sterben. Was die Todeszahlen in der Klinik betrifft, so ist bemerkenswert, dass dort, im Gegensatz zur Großzahl der Anstalten, im Ersten Weltkrieg kein Hungersterben nachzuweisen war.

6 Lehre an der psychiatrischen Klinik

In den vorangegangenen Kapiteln wurde ausgewertet, welche Patient*innen in der psychiatrischen Klinik in Würzburg Aufnahme fanden. Die Intention dieser Aufnahmen beschränkte sich dabei jedoch keineswegs auf die medizinische Versorgung. Dies zeigt ein Zitat Konrad Riegers zu den grundlegenden Fragen der Konzeption psychiatrischer Kliniken: „Für eine psychiatrische Klinik ist es selbstverständlicherweise erstes Erforderniss, dass sie über frisch erkrankte Arme verfügt, deren Benutzung zu Unterrichtszwecken nichts hindert“⁴³⁷. Auch die Bezeichnung der Institution als psychiatrische Klinik weist schon auf die Bedeutung der Lehre hin. So bezeichnet eine Klinik nach dem Brockhaus-Lexikon von 1894 „zunächst de[n] Unterricht in der praktischen Medizin am Krankenbett, dann auch eine Anstalt, in welcher die angehenden Ärzte in der Erkennung und Behandlung der Krankheiten unterwiesen werden“⁴³⁸. Aufgrund der entsprechenden Bedeutung der Lehre für eine universitäre psychiatrische Einrichtung wird sich das aktuelle Kapitel der Frage widmen, wie diese in der Würzburger Klinik ausgestaltet wurde.

Das räumliche Zentrum des Unterrichts und gleichzeitig des Gebäudekomplexes war der Hörsaal, in welchem 100 Studierende Platz fanden.⁴³⁹ Diese Zahl wurde aber wenigstens in den Anfangsjahren bei Weitem nicht erreicht. Die von Rieger abgehaltene Vorlesung zur psychiatrischen Klinik zählte in den ersten beiden Jahren nach der Neueröffnung kaum mehr als 40 eingeschriebene Zuhörer*innen. In den Vorjahren waren dies teils mehr, jedoch sank die Zahl derjenigen, welche die Vorlesung besuchten im Semesterverlauf typischerweise auf nur 10 bis 20 Personen.⁴⁴⁰ Das Phänomen, dass psychiatrische Vorlesungen Ende des 19. Jahrhunderts schlecht besucht waren, beschränkte sich dabei nicht auf Würzburg, sondern war ein weit verbreitetes Problem.⁴⁴¹

Diejenigen Studierenden, die im Hörsaal anwesend waren, wohnten einer Demonstration von Patient*innen bei, welche sich entsprechend dem therapeutischen Konzept oft in

⁴³⁷ Rieger 1894b, S. 467. Die Betonung der Bedeutung frisch erkrankter Patient*innen für psychiatrischen Unterricht war Ende des 19. Jahrhunderts typisch. Dieser Ansicht war jedoch ein Wandel vorausgegangen. Anfang des Jahrhunderts waren noch chronisch Kranke als angemessener für klinischen Unterricht angesehen worden, unter anderem, weil bei diesen durch Unterricht und Studierende weniger Schaden angerichtet werden könne, vgl. Engstrom 2003a, S. 130–131.

⁴³⁸ Brockhaus' Konversations-Lexikon. Vierzehnte vollständig neubearbeitete Auflage. In sechzehn Bänden. Zehnter Band, Leipzig, Berlin, Wien 1894, S. 419. Zum Begriff der Klinik vgl. auch Engstrom 2003b, S. 13–14.

⁴³⁹ Vgl. Rieger 1894a, S. 3.

⁴⁴⁰ Vgl. UAWü, PA 166, S. 73, 77.

⁴⁴¹ Vgl. Engstrom 2003a, S. 132.

ihren Betten befanden.⁴⁴² Um dies zu ermöglichen waren die erwähnten überdachten schwellenlosen Gänge entworfen worden, welche dafür sorgten, dass Patient*innen direkt aus dem Wachsaaal auf das Podium des Hörsaals gefahren werden konnten.⁴⁴³ Hier wurde also durch eine kleine bauliche Ergänzung zu einem Funktionieren der pädagogischen Abläufe beigetragen.⁴⁴⁴

Durch das so praktizierte Vorführen psychisch Erkrankter sollten Studierende sich an den Anblick von und den Umgang mit Patient*innen gewöhnen, sie sollten die psychiatrische Beobachtung und dem folgend die Diagnostik, Ätiologie, Pathogenese, Prognose und Therapie psychiatrischer Krankheitsbilder erlernen. Es fand hier der erste Schritt der psychiatrischen Sozialisation statt, welcher zugleich die Psychiatrie neben andere medizinische Fächer als Natur- beziehungsweise Bettwissenschaft stellte.⁴⁴⁵

Bei aller Bedeutung, welcher Patient*innen als „Unterrichtsmittel“ beigemessen wurde, gab es jedoch weitere Objekte die Studierenden die Psychiatrie näherbringen sollten. So existierte eine Skelettsammlung in der Klinik verstorbener Patient*innen, welche Martin Reichardt teils in seinem Lehrbuch zeigte, um damit seine Aussagen zu unterstreichen.⁴⁴⁶ Neben Skeletten wurden auch Hirnschnitte beziehungsweise Fotografien davon gesammelt und etwa für die Befragung von Studierenden genutzt.⁴⁴⁷

6.1 Abgehaltene Kurse und Vorlesungen

Wie der Unterricht an der psychiatrischen Klinik im Einzelnen ablief, lässt sich aus den vorliegenden Quellen nicht rekonstruieren. Die Vorlesungsverzeichnisse des Untersuchungszeitraums nennen jedoch Themen, Dozenten und zeitlichen Umfang der Unterrichtsveranstaltungen. Die Konstante hierbei war die von Rieger angebotene sogenannte psychiatrische Klinik, welche „privatim“ gehalten wurde, also nur für dafür vorgesehene Studierende geöffnet war. Diese Veranstaltung fand zunächst jeden Wochentag eine

⁴⁴² Hier wurden einerseits die Patient*innen beobachtet, andererseits waren in klinischen Kursen auch Studierende Objekte der Beobachtung durch Dozierende, vgl. Engstrom 2003a, S. 137.

⁴⁴³ Vgl. Rieger 1894a, S. 8.

⁴⁴⁴ Vgl. Engstrom 2003a, S. 136.

⁴⁴⁵ Vgl. Nellen 2012, S. 68. Rieger stellte die etymologische Bedeutung von Klinik als Bettwissenschaft heraus, womit er das Vorführen der Patient*innen in deren Betten begründete, vgl. Rieger 1894a, S. 8.

⁴⁴⁶ Vgl. Reichardt 1907, S. 139.

⁴⁴⁷ Vgl. Rieger 1929b, S. 157–158.

Stunde, später dann an zwei Wochentagen jeweils zwei Stunden statt und sollte den Studierenden wohl die psychiatrischen Kernkenntnisse und -fähigkeiten vermitteln.⁴⁴⁸

Welche Herausforderungen hierbei bestanden, schilderte Reichardt im Vorwort seines auf diesen Veranstaltungstypus Bezug nehmenden „Leitfaden zur psychiatrischen Klinik“⁴⁴⁹:

Der Studierende soll sich aber auch darüber klar werden, daß die Psychiatrie ihn Anschauungen und Tatsachen lehrt, welche außerordentlich stark abweichen von dem, was er bisher gelernt hat. Mit dem ersten Schritt, welchen er in die psychiatrische Klinik tut, betritt er eine ihm völlig neue und fremde Welt.⁴⁵⁰

Was diese Welt der klinischen Psychiatrie für Studierende fremd erscheinen lassen musste, waren nach Reichardts Ansicht die besonderen psychiatrischen Untersuchungsmethoden, die ausgeprägte Dauer psychiatrischer Krankheiten, das häufige Fehlen äußerer Krankheitsursachen und anatomischer Krankheitskorrelate sowie notwendige Kritik gegenüber eigenen Worten von Patient*innen.⁴⁵¹ Diese Aspekte gehörten also zu dem, was Student*innen in der psychiatrischen Klinik in Würzburg erlernen sollten.⁴⁵²

Rieger selbst bot außer der psychiatrischen Klinik über einen längeren Zeitraum lediglich einen Kurs zum Arbeiten im Laboratorium der psychiatrischen Klinik an, welchen er ab dem Sommersemester 1907 gemeinsam mit Martin Reichardt organisierte.⁴⁵³ Als zwischen Sommersemester 1896 und Sommersemester 1897 keine weiteren Veranstaltungen von Privatdozenten angeboten werden konnten, existierte zusätzlich ein Kurs Riegers mit dem Titel „Übungen und Demonstrationen für die Hörer der Klinik“.⁴⁵⁴

Für das Sommersemester 1924 wurde außerdem eine Vorlesung über die Geschichte des Juliusspitals von Rieger angekündigt, es ist jedoch anzunehmen, dass diese nicht

⁴⁴⁸ Vgl. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1893-1918; Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1919-1925.

⁴⁴⁹ Diesen Titel übernahm Reichardt vom gleichnamigen Leitfaden Riegers, welchen dieser 1888 als Begleitung zu den klinischen Vorlesungen verfasste, vgl. Reichardt 1907, S. VI; Rieger 1889.

⁴⁵⁰ Reichardt 1907, S. III.

⁴⁵¹ Vgl. Reichardt 1907, S. III-IV.

⁴⁵² Zum Vergleich nannte der in Jena tätige Binswanger das Diskutieren der entsprechenden Forschung und das Erlernen praktischer Fähigkeiten in Beobachtung und Therapie von Patient*innen als wichtigste Aufgaben klinisch-psychiatrischer Kurse, vgl. Engstrom 2003b, S. 155.

⁴⁵³ Vgl. Sommersemester 1907. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1893-1918. Die Veranstaltung wurde später nur in den Sommersemestern gemeinsam von Rieger und Reichardt angeboten, in den Wintersemestern von Reichardt alleine. Die von Riegers Vorgänger Hubert Grashey angebotenen Veranstaltungen waren mit drei Stunden psychiatrischer Klinik, drei Stunden Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten, einer Stunde gerichtlicher Psychiatrie und drei Stunden psychiatrischem Untersuchungskurs deutlich umfangreicher, vgl. Hunze 2010, S. 180.

⁴⁵⁴ Vgl. Sommersemester 1896 bis Sommersemester 1897. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1893-1918.

stattfinden konnte. Es wurde wie erwähnt befürchtet, dass der frühere Konflikt zwischen Rieger und Juliuspsital neu aufflammen könnte, woraufhin das Staatsministerium für Unterricht und Kultus die Vorlesung untersagte.⁴⁵⁵

Welche Unterrichtsveranstaltungen noch von der psychiatrischen Klinik (meist jedoch nicht dort) angeboten werden konnten, hing im Untersuchungszeitraum stark von den jeweiligen Dozenten ab, welche neben Rieger an der Klinik oder in der Poliklinik tätig waren.⁴⁵⁶ Dabei änderten sich Vorlesungen teils sehr rasch wieder, einzelne bestanden nur in bestimmten Semestern.

Robert Sommer bot in der Anfangszeit der neu eröffneten Klinik bis zu seinem Weggang einen Kurs zur Diagnostik der Nervenkrankheiten (teils mit anatomischen und klinischen Demonstrationen) an. Ergänzt wurde dieser im Sommersemester 1893 und dem darauffolgenden Wintersemester durch eine Vorlesung über die „Stellung des Hypnotismus in der allgemeinen Psychopathologie“.⁴⁵⁷ Diese Vorlesung wurde ab dem Sommersemester 1894 jedoch durch eine zur allgemeinen Psychopathologie abgelöst, in welcher auch Vorstellungen von Patient*innen stattfanden.⁴⁵⁸ In den folgenden Semestern wurde aufgrund eines fehlenden Dozenten keine Lehrveranstaltung neben Riegers psychiatrischer Klinik angeboten, abgesehen von Riegers vorübergehenden Übungen und Demonstrationen, welche oben bereits genannt wurden.

Dies änderte sich wieder, als Gustav Wolff seine Tätigkeit als Dozent antrat. In den zwei Semestern, in welchen er noch in Würzburg verweilte, im Sommersemester 1898 und dem folgenden Wintersemester, hielt Wolff zunächst Vorlesungen über Allgemeine Psychologie, welche offen für alle Fakultäten waren und Psychiatrie. Hinzu kam eine Veranstaltung über die Anatomie des Nervensystems und erstmals das Angebot Studierende im wissenschaftlichen psychiatrischen Arbeiten anzuleiten. Im Wintersemester 1898/99 hielt er dann eine Vorlesung über biologische Psychiatrie und eine über gerichtliche Psychiatrie. Das Thema der letzteren sollte auch von seinen Nachfolgern fortgeführt werden.⁴⁵⁹

⁴⁵⁵ Vgl. Sommersemester 1924. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1919-1925; UAWü, PA 166, S. 46–48.

⁴⁵⁶ Dies gestaltete sich etwa in Bonn ähnlich, vgl. Böhme 2011, S. 109.

⁴⁵⁷ Auch Rieger publizierte zum Thema der Hypnose, vgl. Rieger, Konrad: Der Hypnotismus. Psychiatrische Beiträge zur Kenntniss der sogenannten hypnotischen Zustände, Jena 1884.

⁴⁵⁸ Vgl. Sommersemester 1893 bis Sommersemester 1895. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1893-1918.

⁴⁵⁹ Vgl. Sommersemester 1898 bis Wintersemester 1898/99. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1893-1918.

Die nächsten Lehrangebote eines Privatdozenten finden sich in den Vorlesungsverzeichnissen erst wieder ab dem Sommersemester 1900, in welchem die ersten Würzburger Vorlesungen Wilhelm Weygandts verzeichnet wurden. Interessant ist hierbei, dass diese nie im Hörsaal der psychiatrischen Klinik, sondern meist im medizinischen Kollegienhaus oder in der Neuen Universität stattfanden. Dies kann eventuell auf Querelen mit Rieger zurückzuführen sein, welche im Kapitel über das Personal erläutert wurden. Auf der anderen Seite waren viele von Weygandts Vorlesungen auch offen für andere Fakultäten, etwa für Jurist*innen und könnten auch deshalb an anderem Ort stattgefunden haben. Nach deren Eröffnung wurde auch insbesondere die von Weygandt geleitete Poliklinik für Kursangebote genutzt.

Die Inhalte der Unterrichtsveranstaltungen Weygandts wandelten sich teils stark und existierten mitunter nur in einzelnen Semestern. In der Mehrzahl der Semester bot er eine Veranstaltung zu gerichtlicher Psychiatrie an, welche neben Mediziner*innen Jurastudierende adressierte und führte damit das Vorlesungsthema von Wolff fort. Hinzu kamen des Öfteren einführende oder allgemeine Vorlesungen über Psychiatrie, teils spezieller zur „Therapie der Nerven- und Geisteskrankheiten“. Des Weiteren hielt Weygandt Kurse über Psychologie, in manchen Semestern als „Einführung in physiologische und pathologische Psychologie“, in manchen als „Kriminelle Psychologie und Anthropologie“.

Ab dem Wintersemester 1903/04 veranstaltete Weygandt regelmäßig den „Kurs der psychisch-nervösen Erkrankungen“ in der neu eröffneten Poliklinik, in dessen Rahmen auch Patient*innen vorgeführt und teils wohl Exkursionen an Anstalten unternommen wurden. Neben diesen dominierenden Themen existierten noch Vorlesungen, welche nur in einzelnen Semestern gehalten wurden, etwa eine solche über Alkoholismus oder solche mit den Titeln „Hirn und Seele“ und „psychisch abnorme Kinder“.⁴⁶⁰ Bei diesen Vorlesungen lassen sich die Schwerpunkte des Schaffens Weygandts wiederfinden, etwa die (experimentelle) Psychologie, welche er von seinem Lehrer Wilhelm Wundt übernahm, die forensische Psychiatrie und den psychiatrischen Zugriff auf Kinder- und Jugendliche.⁴⁶¹

Nach Weygandts Weggang übernahm Martin Reichardt die Poliklinik für psychisch-nervöse Erkrankungen und mit ihr den zuvor von Weygandt gehaltenen „Kurs der psychisch-nervösen Erkrankungen“. Allerdings nahm Reichardt eine entscheidende Ergänzung vor

⁴⁶⁰ Vgl. Sommersemester 1900 bis Sommersemester 1908. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1893-1918.

⁴⁶¹ Vgl. Weber-Jasper 1996, S. 29-43, 119-165, 175-197.

und betonte bereits im Titel der Veranstaltung den Schwerpunkt der traumatischen Neurosen und der Unfallbegutachtung. Ab dem Wintersemester 1910/1911 wurde der Kurs schließlich vollends umbenannt und trug dann den Titel „Kurs der Unfallkunde, Sozialgesetzgebung und Gutachtertätigkeit, einschliesslich der inneren und Nervenkrankheiten nach Unfällen, mit Krankendemonstrationen“, fand aber weiter in der Poliklinik statt. Diese Unterrichtsveranstaltung blieb, anders als die auch bei Reichardt sonst häufiger wechselnden Vorlesungsthemen, fast im gesamten Untersuchungszeitraum bestehen, wechselte sich jedoch ab dem Sommersemester 1920 mit dem Kurs „Unfall- und Invaliditätsbegutachtung“ ab. Inwiefern diese Betonung der Unfallbegutachtung in der Lehre auch mit einem Wandel in den behandelten Patient*innen einherging, wurde schon im entsprechenden Kapitel eingehend besprochen.

Ebenso konstant angeboten wurde der bereits erwähnte und teilweise gemeinschaftlich mit Rieger abgehaltene Kurs zum Arbeiten im Labor der psychiatrischen Klinik. Dieser fand täglich statt und ist insofern interessant, als er den Übergang zwischen Lehre und Forschung markierte und so gerade den wissenschaftlichen Anspruch der psychiatrischen Klinik betonen und an die nächste ärztliche Generation weitergeben konnte.

Insbesondere in den ersten Jahren von Reichardts Lehrtätigkeit kamen noch oft wechselnde Veranstaltungen hinzu, etwa neuroanatomischer Unterricht, recht kontinuierliche Kurse über allgemeine und gerichtliche Psychiatrie für Studierende aller Fakultäten, wie sie auch Weygandt gehalten hatte und eine Vorlesung zur Einführung in die Psychiatrie. Letztere fand ab dem Wintersemester 1913/14 immer regelmäßig im Wintersemester statt und ergänzte vermutlich die von Rieger abgehaltene psychiatrische Klinik. Später kam außerdem in einzelnen Semestern ein forensisch-psychiatrisches Praktikum hinzu, welches in der psychiatrischen Klinik stattfand und der Vorbereitung für die amtsärztliche Prüfung dienen sollte.⁴⁶² Auch bei Reichardt lässt sich zusammenfassend sagen, dass seine wissenschaftlichen Schwerpunkte, insbesondere der der Unfallbegutachtung, die Themen seiner Lehrtätigkeit prägten.⁴⁶³

⁴⁶² Vgl. Sommersemester 1907 bis Wintersemester 1918/19. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1893-1918; Sommersemester 1919 bis Sommersemester 1924. Würzburger Vorlesungsverzeichnisse 1919-1925.

⁴⁶³ Für einen Überblick zu Reichardts Arbeiten siehe auch Graml 1970, S. 67–79.

6.2 Psychiatrie als Examensfach

Entscheidend für die Weitergabe des in diesen Lehrveranstaltungen präsentierten psychiatrischen Wissens ist jedoch die Inanspruchnahme der Vorlesungen. Zu Beginn dieses Kapitels wurde erwähnt, dass es in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ein häufiges und bekanntes Problem darstellte, dass die Veranstaltungen schlecht besucht waren. Hierfür wurden verschiedene Gründe angeführt, etwa die teils schlechte Erreichbarkeit, wenn Kurse in Anstalten abgehalten wurden, ein Problem, welches in Würzburg nicht bestand. Insbesondere existierte jedoch lange keine Pflicht Psychiatrie als Fach zu belegen und es war kein Examensgegenstand, was es für Studierende wenig attraktiv machte.⁴⁶⁴ An dieser Stelle soll ein kurzer Abriss zur Psychiatrie als Examensfach erfolgen, da sich insbesondere Rieger stark dafür einsetzte, dass die Psychiatrie zu ebenjenem wurde.

So beanspruchte er in seiner Kurzautobiografie die Autorenschaft für zwei im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie abgedruckte Aufsätze, welche eine Ernennung der Psychiatrie zum Examensfach forderten.⁴⁶⁵ Der erste, 1892 verfasste und 1893 veröffentlichte, trug den Titel „Psychiatrie als Examensfach“ und beinhaltete einen Aufruf des Vereins der südwestdeutschen Irrenärzte an die Regierungen von Bayern, Württemberg, Baden, Elsass-Lothringen und Hessen, welchen Rieger mitverfasst hatte.⁴⁶⁶ Die Kernforderung war es, dass Psychiatrie als obligatorisches Prüfungsfach in die ärztliche Studien- und Prüfungsordnung aufgenommen werden solle. Betont wurde dabei insbesondere, dass dies in Bayern bereits der Fall gewesen war, bevor die dortige Prüfungsordnung von der des Gesamtreichs abgelöst wurde. Es sei aufgrund der zunehmenden Bedeutung der Geisteskrankheiten und auch der damit verbundenen Begutachtungen in Versicherungsfragen nicht mehr vertretbar, diesen Bereich in der medizinischen Ausbildung zu vernachlässigen. Auch gerade praktische Ärzte seien auf entsprechende Kenntnisse angewiesen.⁴⁶⁷ Neben diesen angeführten Gründen dürften aber auch standespolitische Erwägungen eine Rolle gespielt haben, ebenso wie der Wunsch nach besser besuchten Unterrichtsveranstaltungen. Der zweite Beitrag im Centralblatt, welcher

⁴⁶⁴ Vgl. Engstrom 2003a, S. 132–133.

⁴⁶⁵ Vgl. Rieger 1929b, S. 133.

⁴⁶⁶ Auch der Anstoß zu diesem Antrag ging wohl von Rieger aus, vgl. 24. Versammlung des Vereins südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe. 5. und 6. November 1892, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893), S. 200.

⁴⁶⁷ Vgl. Rieger, Konrad: Psychiatrie als Examensfach, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893).

bemerkenswerterweise nicht mit Riegers Namen unterzeichnet wurde, war deutlich polemischer gehalten als der erste. Darin forderte Rieger erneut, dass die Psychiatrie zum Examensfach ernannt werden solle, wie es in Bayern von 1858 bis 1872 bereits der Fall gewesen war.⁴⁶⁸

Auf die erste Eingabe, welche im Centralblatt veröffentlicht worden war, folgte 1893 noch eine weitere, welche von den Vorständen der psychiatrischen Kliniken des Deutschen Reiches verfasst und an das Reichsamt des Inneren adressiert worden war. Die darin vorgebrachten Argumente ähneln weitgehend denen der ersten Eingabe, es wurde die Bedeutung psychiatrischer Krankheitsbilder für praktische Ärzt*innen betont und die entscheidende Bedeutung korrekter Gutachten im Versicherungswesen.⁴⁶⁹

Tatsächlich wurden die Rufe nach Psychiatrie als Examensfach gehört und fanden Berücksichtigung in der Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901. In dieser wurde ein halbjähriger praktischer Unterricht an einer psychiatrischen Klinik verpflichtend gemacht und Psychiatrie zum Prüfungsfach in der ärztlichen Prüfung ernannt.⁴⁷⁰ Hierbei galt es für die Studierenden

einen Geisteskranken zu untersuchen, die Anamnese, Diagnose und Prognose des Falles sowie den Heilplan festzustellen [...] und hierauf in einer mündlichen Prüfung auch an anderen Kranken nachzuweisen, daß er die für einen praktischen Arzt erforderlichen Kenntnisse in der Irrenheilkunde besitzt.⁴⁷¹

Durch diese Aufwertung der Psychiatrie im Kontext des Medizinstudiums dürften die in Würzburg und andernorts bestehenden Sorgen über einen Mangel an Student*innen in psychiatrischen Kursen der Vergangenheit angehört haben. Tatsächlich verschwand dieses vor 1900 viel diskutierte Problem in der psychiatrischen Öffentlichkeit nach der Einführung der neuen Prüfungsordnung.⁴⁷² Konrad Rieger beanspruchte später unter der Überschrift „Der Kampf um das Examensfach“ für sich, dass dieser „Kampf“ „hauptsächlich aus [s]einer Klinik heraus [...] geführt worden ist“⁴⁷³, womit er sich und Robert Sommer meinte. Des Weiteren erwähnte er, dass er sich von der größeren

⁴⁶⁸ Vgl. Rieger, Konrad: Die Examensfrage, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 17 (1894).

⁴⁶⁹ Der Text der Eingabe wurde veröffentlicht bei Rieger, Konrad: Zusammenstellung einiger Begründungen, welche für die Notwendigkeit der Aufnahme der Psychiatrie in die medizinische Approbations-Prüfung des deutschen Reichs veröffentlicht worden sind, Jena 1896, S. 12–21. Zu den beiden Eingaben vgl. auch Engstrom 2003a, S. 142–146.

⁴⁷⁰ Vgl. Opitz, Kurt: Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901, in: Opitz, Kurt (Hrsg.), Leitfaden der Prüfungsordnungen für Ärzte und Zahnärzte, Berlin, Heidelberg 1921, S. 7–11.

⁴⁷¹ Opitz 1921, S. 11.

⁴⁷² Vgl. Engstrom 2003a, S. 149.

⁴⁷³ Rieger 1916, S. 96.

Aufmerksamkeit für die Psychiatrie auch eine Verbesserung der finanziellen Lage der Würzburger Klinik versprach, eine Hoffnung, welche sich jedoch nicht erfüllte.⁴⁷⁴

In der Gesamtschau lässt sich sagen, dass es durch die von Rieger mitgetragenen Bemühungen um die Anerkennung als Examensfach gelang, die Psychiatrie in ihrer Bedeutung anderen medizinische Fächer anzunähern. Diese Bemühungen zeigten sich im Unterricht in der psychiatrischen Klinik in Würzburg auch durch die Betonung des klinischen Unterrichts als „Bettwissenschaft“ und der Etablierung der Psychiatrie als Naturwissenschaft, was sich etwa im Angebot der Kurse im Labor der Klinik niederschlug. Das Kursangebot welches Studierenden zur Verfügung stand, schwankte im Laufe des Untersuchungszeitraums erheblich. Zu betonen sind neben Riegers psychiatrischer Klinik Vorlesungen zu gerichtlicher Psychiatrie, weitere einführende Vorlesungen zu Psychiatrie und durch Reichardt solche über Unfallbegutachtung. Diese zusätzlichen Vorlesungen hingen nicht zuletzt von den individuellen Schwerpunkten der jeweiligen Dozierenden ab.

⁴⁷⁴ Vgl. Rieger 1916, S. 96–97.

7 Forschung an der psychiatrischen Klinik

Neben der Lehre waren wissenschaftliche Tätigkeit und Forschung ausschlaggebend für das Selbstverständnis psychiatrischer Universitätskliniken. Diese Rolle wurde insbesondere zum Zeitpunkt der Klinikgründung in Würzburg immer wieder hervorgehoben. So betonte Rieger in seiner Beschreibung des Baus, dass „der Wissenschaft [...] fast ein ganzes Haus eingerichtet [ist]“ und bezeichnete die Klinik in Würzburg als die „zweite[...] aus rein wissenschaftlichen Motiven im deutschen Reiche gegründete[...]“⁴⁷⁵. Auch Kraepelin erwähnte bei seiner Festrede zur Eröffnung der Münchner Klinik die wissenschaftliche Forschung als höchste Aufgabe der Klinik, wobei diese „bis zu Riegers Vorgang in den psychiatrischen Anstalten nur ein bescheidenes Plätzchen fand“⁴⁷⁶.

Im folgenden Kapitel wird „Riegers Vorgang“ in Hinblick auf die Forschung der psychiatrischen Klinik in Würzburg genauer betrachtet werden. Hierbei wird untersucht, inwiefern sich diese anfängliche Euphorie auch in späteren Jahren der Klinik in wissenschaftlicher Tätigkeit niederschlug, welche Schwerpunkte dabei verfolgt wurden und wie die Ergebnisse der Forschung etwa in Dissertationen und Zeitschriftenpublikationen mit der Fachöffentlichkeit geteilt wurden.

Prinzipiell mussten, um zum Objekt der Forschung werden zu können, aus Patient*innen Fälle konstruiert werden. Dies geschah zunächst durch das Aufeinandertreffen und Verbinden eines psychiatrisierten Individuums mit einem entsprechenden Aktenkorpus. Hierzu wurden verschiedene Daten über die einzelnen Personen gesammelt und verschriftlicht, etwa die Anamnese, der körperliche Status, klinische Beobachtungen und mitunter das Sektionsergebnis nach dem eingetretenen Tod.⁴⁷⁷

Das Sammeln von Daten vollzog sich in der Würzburger Klinik auf zweierlei Arten. Erstens wurde neben der klinischen Beobachtung der Patient*innen Wert auf messbare Werte gelegt, welche in Diagrammen aufgezeichnet wurden und so einer auch späteren

⁴⁷⁵ Rieger 1894a, S. 13. An selber Stelle zitierte Rieger einen psychiatrischen Kollegen mit den Worten: „Die psychiatrischen Institute sind in erster Linie Institute zur Förderung wissenschaftlicher Arbeit.“

⁴⁷⁶ Kraepelin, Emil: Festrede zur Eröffnung der Klinik am 7. November 1904, in: Die Königliche Psychiatrische Klinik in München, Leipzig 1905, S. 38.

⁴⁷⁷ Vgl. Nellen 2012, S. 70–71. Wie sich diese Fallwerdung mithilfe psychiatrischer Formulare vollzog, hat Brigitta Bernet anhand des Beispiels des Züricher Burghölzli nachgezeichnet, vgl. Bernet, Brigitta: »Eintragen und Ausfüllen«: Der Fall des psychiatrischen Formulars, in: Brändli, Sibylle; Lüthi, Barbara; Spuhler, Gregor (Hrsgg.), Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt am Main 2009.

vermeintlich objektiven Auswertung zur Verfügung standen. Zu nennen sind hier etwa den Akten beiliegende Gewichtskurven, Größentabellen oder das Messen der Körpertemperatur.

Als exemplarische Publikation, in welcher diese Aufzeichnungen wissenschaftlich ausgewertet wurden, kann eine Arbeit Martin Reichardts über Todesursachen und -arten bei in der Klinik vertretenen Krankheitsbildern betrachtet werden. Hierin veröffentlichte der Autor diverse Temperatur- und Körpergewichtskurven inklusive Notizen zum klinischen Zustand der jeweiligen Personen und versuchte einen Zusammenhang zwischen Krankheitsverlauf, Kurvenverlauf und dem Tod herauszuarbeiten.⁴⁷⁸ Gleichzeitig ermöglichte das Arbeiten mit diesen objektivierbaren Parametern einen Umgang mit Normwerten und den quantifizierbaren Nachweis eines Abweichens davon, was in der Psychiatrie sonst ohne Weiteres nicht möglich war.⁴⁷⁹ Auch die Untersuchung von Körperflüssigkeiten ermöglichte das Arbeiten mit Messdaten, wobei für die Würzburger Klinik insbesondere Liquorpunktionen erwähnenswert sind, aber auch dem Urin Aufmerksamkeit gewidmet wurde.⁴⁸⁰

Wurde die Abweichung des Individuums von einer Norm als fotografisch greifbar erachtet, so wurden Fotografien der Kranken angefertigt, welche beispielsweise deren Delirium, Paralyse, Mikrocephalie oder katatonischen Stupor belegen sollten.⁴⁸¹ Schriftstücke und Zeichnungen von Patient*innen wurden ebenso (ein)gesammelt, um Charakteristika der ihnen zugeschriebenen Krankheitsbilder herausarbeiten und belegen zu können.⁴⁸²

Den Wunsch nach mess- oder wenigstens aufzeichnenbaren Daten zeigt auch die Entwicklung verschiedener entsprechender Apparate, welche in der psychiatrischen Klinik

⁴⁷⁸ Vgl. Reichardt, Martin: Untersuchungen über das Gehirn. 1. Teil: Über Todesarten und Todesursachen bei Hirnkrankheiten, in: Reichardt, Martin (Hrsg.), Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Sechstes Heft, Jena 1911.

⁴⁷⁹ Wie mit entsprechenden Messtechniken „Grenzen zwischen dem Normalen und dem Abnormalen, zwischen dem Gesunden und dem Pathologischen oder zwischen der Regel und der Abweichung“ geschaffen und festgelegt werden konnten, hat Volker Hess am Beispiel des Fiebertmessens beschrieben, vgl. Hess, Volker: Die moralische Ökonomie der Normalisierung. Das Beispiel Fiebertmessen, in: Sohn, Werner; Mehrrens, Herbert (Hrsgg.), Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft, Opladen 1999.

⁴⁸⁰ Vgl. Rieger 1929b, S. 168–169; Strecker: Über einige physikalische Liquorprobleme. Vortrag auf der 48. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 69 (1923); Reichardt, Martin: Der Diabetes insipidus - Symptom einer Geisteskrankheit?, in: Reichardt, Martin (Hrsg.), Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Zweites Heft, Jena 1908; Krautwurst, Georg: Zur Aetiologie und Pathogenese des Diabetes Insipidus, Würzburg 1907.

⁴⁸¹ Vgl. Reichardt 1907, S. 98, 132, 136, 166.

⁴⁸² Vgl. Reichardt 1907, S. 99; Sommer 1894a, S. 264, 283-284.

stattfand.⁴⁸³ Zum genaueren zeitlichen Messen, etwa von Sprechvorgängen, ließ Rieger eine sogenannte „Tertien-Uhr“ konstruieren, welche die Sechzigstel einer Sekunde darstellen konnte.⁴⁸⁴ Eine raumgroße komplizierte Anordnung aus Gewichten, Gummisträngen und Messzylindern sollte es ermöglichen die Untersuchung von Muskelwiderständen zu objektivieren.⁴⁸⁵

Die zweite Form des Sammelns, welche für die Forschung an der psychiatrischen Klinik in Würzburg zentral war, war das Sammeln von Körpern und Daten in der Klinik Verstorbener. Im Laufe des 19. Jahrhunderts spielten Autopsien in der Psychiatrie eine zunehmende Rolle, in der Hoffnung so die „wahren Ursachen“ der Geisteskrankheiten entdecken und entziffern zu können.⁴⁸⁶ So versuchte man auch in Würzburg nach dem Ableben von Patient*innen in Sektionen Korrelate für während des Lebens festgestellte Symptome zu finden.⁴⁸⁷

Für die Körper der obduzierten Patient*innen endete der Klinikaufenthalt entsprechend oft auch mit dem Tod nicht und sie gingen über in die Sammlung der psychiatrischen Klinik. Insbesondere Schnitte der Hirne und die Skelette der Betroffenen wurden noch für die Erforschung als aufschlussreich befunden, konserviert und teils fotografisch festgehalten.⁴⁸⁸ Auch hier wurde versucht den körperlichen Überresten möglichst objektiv messbare Daten zu entringen, indem man Hirne genau wog und Schädel exakt vermaß.⁴⁸⁹ Passend hierzu ist auch die Bezeichnung Riegers der Klinik als „Institut für die Wissenschaft vom Hirn“⁴⁹⁰. Von Interesse waren hierbei offenbar jedoch nicht nur menschliche

⁴⁸³ Darüber hinaus war es eine allgemeine Entwicklungstendenz in der Psychiatrie auch Apparate und Mess-techniken aus der somatischen Medizin zu übernehmen, vgl. Engstrom 2003b, S. 130.

⁴⁸⁴ Vgl. Rieger, Konrad: Über Apparate in dem Hirn, in: Reichardt, Martin (Hrsg.), Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Fünftes Heft, Jena 1909, S. 1–4.

⁴⁸⁵ Vgl. Rieger, Konrad: Untersuchungen über Muskelzustände. Begrüßungs-Schrift dem zweiten Kongress für experimentelle Psychologie, Jena 1906.

⁴⁸⁶ Vgl. Engstrom 2003b, S. 96–98. Sektionen waren hierbei jedoch kein Alleinstellungsmerkmal universitärer Psychiatrien. Auch in Anstalten wurde die Körper Verstorbener in Autopsien untersucht, vgl. Beddies/Dörries 1999, S. 391–392.

⁴⁸⁷ Vgl. Rieger 1929b, S. 142. „Die in der hiesigen Klinik verstorbenen Personen sind sämtlich auch in der Klinik und von den Ärzten der Klinik sezirt worden.“, Reichardt, Martin: Über die Untersuchung des gesunden und kranken Gehirnes mittels der Wage, in: Reichardt, Martin (Hrsg.), Arbeiten aus der Königlichen psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Erstes Heft, Jena 1906, S. III.

⁴⁸⁸ Vgl. Rieger 1929b, S. 158; Reichardt 1907, S. 56, 113, 139, 148; Sommer 1894a, S. 64–65.

⁴⁸⁹ Vgl. Reichardt 1906; Rieger, Konrad: Eine exacte Methode der Craniographie, Jena 1885; Rieger, Konrad: Ein neuer Projections- und Coordinaten-Apparat für geometrische Aufnahmen von Schädeln, Gehirnen und anderen Objekten, in: Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie 9 (1886).

⁴⁹⁰ Rieger 1916, S. 98.

Hirne. Auch an Tieren wurde geforscht, was eine der häufigsten zeitgenössischen Forschungsarten in psychiatrischen Kliniken war.⁴⁹¹

Weniger groß war in Würzburg hingegen das Forschungsinteresse was mikroskopische Anatomie betraf.⁴⁹² Während ab den 1890er Jahren in psychiatrischen Kliniken insgesamt die Rolle anatomischer (und physiologischer) Forschungstätigkeit abnahm, blieb diese in Würzburg dominant und nahm insbesondere nach Reichardts Zugang als Dozent weiter zu.⁴⁹³

Um die Forschungsschwerpunkte der psychiatrischen Klinik genauer zu untersuchen, wurden zwei Quellentypen eingehender betrachtet, einerseits im Untersuchungszeitraum veröffentlichte Dissertationen, andererseits Artikel in psychiatrischen und neurologischen Fachzeitschriften. Bei Ersteren handelt es sich um eine besondere Art von Schriftstück, da sie am Übergang von Lehre und Forschung angesiedelt sind und ihnen ein psychiatrisch-forscherischer Sozialisierungseffekt zugeschrieben werden kann.

Der häufigste Aufbau war hier eine Kombination aus Fall- und Literaturstudien, wobei oft zunächst ein Überblick über den Kenntnisstand zu einem Krankheitsbild gegeben und dieses anhand von Beobachtungen aus der Klinik näher betrachtet wurde. Letztere setzten sich typischerweise zusammen aus Anamnese, unter anderem mit Schwerpunkt der „erblichen Belastung“, ausführlichen körperlichen, neurologischen, teils psychologischen Untersuchungsbefunden und dem klinischen Verlauf, häufig ergänzt um das Ergebnis der entsprechenden Sektion. Nur in Ausnahmefällen kamen Patient*innen selbst in ihren Fallgeschichten zu Wort.⁴⁹⁴ In späteren Klinikjahren wurde in den Arbeiten teils das

⁴⁹¹ Vgl. Engstrom 2003b, S. 102–103. Eine Dissertation verglich beispielsweise Gewichte verschiedener Tierhirne und lässt erkennen, dass an diesen in der Klinik geforscht wurde, vgl. Funk, Karl: Über das absolute und relative Hirngewicht bei Tieren, Würzburg 1911. Rieger beschrieb die Erforschung von Pupillenreaktionen an Katzen, vgl. Rieger 1929b, S. 12–15. Bereits vor Eröffnung der Klinik hatte Rieger im Rahmen seiner Beschäftigung mit Hypnose auch versucht Frösche und Enten zu hypnotisieren, vgl. Rieger 1884, S. 3–17.

⁴⁹² Vgl. Engstrom 2003b, S. 123–125; Rieger 1929b, S. 158–160.

⁴⁹³ Vgl. Engstrom 2003b, S. 125–126. Veröffentlichungen mit psychologischem Schwerpunkt fanden sich eher vor Beginn des Untersuchungszeitraums, etwa Riegers Auseinandersetzung mit Hypnose in den 1880er Jahren, einem Zeitraum in welchem diese populär war, vgl. Rieger 1884; Engstrom 2003b, S. 103, 124. Auch Weygandt publizierte als Privatdozent zu psychologischen Fragestellungen, allerdings ist hier nicht nachvollziehbar, ob die entsprechende Forschungstätigkeit an der psychiatrischen Klinik stattfand.

⁴⁹⁴ Geschahe dies doch, dann oft als Beleg für deren Abnormalität, vgl. Müller, Josef: Ein Beitrag zur Frage der Alopecia totalis neurotica, Würzburg 1911, S. 8. Eine Dissertation bot mehr Raum für eigene Symptomerklärungen, vgl. Krautwurst 1907.

entsprechende von Reichardt ausgefertigte Gutachten mitpubliziert.⁴⁹⁵ Dementsprechend fanden sich mehrere Fallgeschichten von Patient*innen mit Unfallfolgen, jedoch lässt sich in der vorliegenden Stichprobe keine eindeutige Häufung bestimmter Krankheitsformen erkennen, welche behandelt wurden.

Abgesehen von Fallgeschichten waren anatomische Arbeiten die größte Gruppe, wobei nur eine einzelne Arbeit mit mikroskopischer Herangehensweise vorliegt,⁴⁹⁶ während der Großteil sich mit makroskopischer Anatomie beschäftigte. Das Interesse der Promovierenden galt hierbei Hirnen und Schädeln, welche ausgiebig seziiert, vermessen und gewogen wurden.⁴⁹⁷ Bemerkenswert ist, dass die Promotionen, welche nach Reichardts Zugang als Privatdozent verfasst wurden, stets von ihm betreut wurden und keine Betreuung durch Rieger mehr nachzuweisen ist. So ist es wenig erstaunlich, dass auch Reichardts Schwerpunkte der Unfallbegutachten und der makroskopischen Anatomie, insbesondere des Schädels, sich in den Arbeiten niederschlugen.

Neben Dissertationen wurden als zweite Publikationsform mittels systematischer Stichproben Artikel aus Fachzeitschriften betrachtet, welche aus der psychiatrischen Klinik in Würzburg stammten. Psychiatrische (und neurologische) Zeitschriften hatten eine große Rolle bei der Herausbildung der psychiatrischen Fachwissenschaft gespielt und erleichterten Wissensaustausch, wissenschaftliche Debatten und die Veröffentlichung von lokal generiertem Wissen.⁴⁹⁸ Analysiert wurden hier zum einen Jahrgänge des Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, welches von Griesinger gegründet worden war und bis zum Ersten Weltkrieg die einflussreichste neuropsychiatrische Zeitschrift darstellte, zum anderen das Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (später Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie), welches ursprünglich für ein breiteres Publikum konzipiert war und auch praktische Ärzt*innen erreichen sollte.⁴⁹⁹ Als Kategorien fanden

⁴⁹⁵ Vgl. Siber, Joseph: Unfall und endogene Geisteskrankheiten, Würzburg 1919; Zwick, Joseph: Aus der Praxis der Haftpflicht-Begutachtung. Ein kasuistischer Beitrag, Würzburg 1919; Gessner, Hans: Ein Fall von traumatischer Geistesstörung, Würzburg 1913.

⁴⁹⁶ Vgl. Wolff, Gustav: Zur Histologie der Hypophyse des normalen und paralytischen Gehirns, Würzburg 1897.

⁴⁹⁷ Vgl. Dietz, Adolf: Weitere Beiträge zur Frage der sekundären konzentrischen Hyperostose am Schädel, Würzburg 1908; Deßloch, Joseph: Über das Volumen der Schädeldächer, Würzburg 1908; Dausend, Johann August: Über Störungen im Sprachlichen und Räumlichen bei einem alten Manne, Würzburg 1911; Arthen 1914; Wolz, Gertrud: Über die Lage des Ohrpunktes (der Ohrachse) in Beziehung zum Schädel und zum Gehirn, Würzburg 1918; Förtig, Hermann: Über das Gewicht der Hypophyse, Würzburg 1920. Eine der Arbeiten beschäftigte sich dabei wie erwähnt nicht mit dem menschlichen Hirn, sondern mit Gewicht und Dichte von Tierhirnen diverser Arten von Fledermäusen bis hin zu Pavianen, vgl. Funk 1911.

⁴⁹⁸ Vgl. Engstrom 2003b, S. 35–36.

⁴⁹⁹ Vgl. Engstrom 2003b, S. 38–39, 126.

sich in beiden Zeitschriften Originalpublikationen, Rezensionen zu veröffentlichten Schriften, Berichte zu Vereinssitzungen mit entsprechenden abgedruckten Vorträgen und teilweise weitere Abschnitte wie solche zur psychiatrischen Tagesgeschichte.

Aus Würzburg stammende Artikel wurden dabei bei weitem nicht nur von Autor*innen der psychiatrischen Klinik verfasst. Ebenso, teilweise sogar in größerem Umfang, fanden sich beispielsweise Artikel aus der medizinischen Klinik oder der Augenklinik. Auch stammten Beiträge aus außeruniversitären Einrichtungen, etwa der Kreisirrenanstalt in Werneck, sodass sich festhalten lässt, dass nicht ausschließlich die psychiatrische Universitätsklinik an der lokalen Produktion und Publikation psychiatrischen und neurologischen Wissens beteiligt war.⁵⁰⁰

Umfang und Themen der Veröffentlichungen aus der psychiatrischen Klinik schwankten im Untersuchungszeitraum deutlich und waren nicht zuletzt abhängig von den jeweils tätigen Dozenten. Während zum Beispiel das Centralblatt zu Beginn des Untersuchungszeitraums von Robert Sommer redigiert wurde, fanden sich dort entsprechend viele Artikel, wobei sich die meisten mit psychiatrischen Alltagsfragen beschäftigten.⁵⁰¹ Mitunter waren mehrere Jahrgänge jedoch auch frei von Beiträgen aus Würzburg und insgesamt waren andere Städte deutlich häufiger mit Artikeln vertreten, beispielsweise Königsberg, Dresden, Kiel, Bonn oder Halle. Während Weygandts Tätigkeit in Würzburg veröffentlichte dieser entsprechend seinen Schwerpunkten Vorträge und Rezensionen zu psychologischen und kinderpsychiatrischen Schwerpunkten. In den späteren Jahren des Untersuchungszeitraums nahmen dann Artikel und Rezensionen mit Fragestellungen makroskopischer Hirn- und Schädelanatomie und in Bezug auf Hirnschwellung zu.

In diesen Jahren stiegen auch die Zitierungen aus Arbeiten Reichardts an, wobei hier insbesondere seine Forschungen zu Hirnschwellung hervorgehoben wurden.⁵⁰² Wesentlich seltener Erwähnung fanden Arbeiten des Klinikdirektors selbst. Auch auf Fachtagungen beziehungsweise Vereinsversammlungen fällt meist das Fehlen Riegers auf, während andere Ärzte der Klinik etwa bei der Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte immer wieder vertreten waren und auch Vorträge hielten.

⁵⁰⁰ Vgl. etwa Lehmann: Kochsalz-Infusionen bei abstinirenden Geisteskranken, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893).

⁵⁰¹ Vgl. Sommer 1893; Sommer, Robert: Die Ausführung des Griesinger'schen Programms, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893); Sommer 1894b; Rieger 1893.

⁵⁰² Vgl. Blumenthal, Kurt: Psychosen bei Hydrocephalus, Meningitis serosa, Hirnschwellung und Pseudotumor, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 64 (1921), S. 308.

Diese Abwesenheit Riegers steht im Einklang mit einem Einstellungswandel, welcher sich bei ihm und in Bezug auf die Forschung an der von ihm geleiteten Klinik feststellen lässt. Während zum Eröffnungszeitpunkt 1893, wie am Anfang des Kapitels gezeigt, noch Euphorie vorherrschte, wandelte sich dies Lauf der Jahre. So schrieb er 1916, dass ihn aufgrund mangelnder Gelder für Forschung und adäquate Nutzung der wissenschaftlichen Räumlichkeiten „Kummer und Sorgen verbittert haben“ und er „immer mehr in Jammer und Klagen verfallen“ sei.⁵⁰³ Rudimentäre Möglichkeiten in psychiatrischen Laboratorien waren jedoch keine Besonderheit der Würzburger Klinik, sondern insgesamt weit verbreitet.⁵⁰⁴ Doch auch Riegers eigene publizistische Tätigkeit nahm im Laufe der Jahre ab und beschäftigte sich in den letzten Jahren der Klinik zunehmend mit psychiatriehistorischen Fragestellungen, weniger mit aktuellen Forschungsdebatten.⁵⁰⁵

Insgesamt ist die Forschung an der psychiatrischen Klinik also einzuordnen in einem Spannungsfeld zwischen Aufbruchsstimmung und Wissenschaftseuphorie sowie späterer Resignation des Klinikdirektors und zunehmender wissenschaftlicher Einflussnahme dessen Nachfolgers Martin Reichardt. Die Schwerpunkte der Tätigkeit verlagerten sich dann verstärkt in Richtung der makroskopischen Anatomie, insbesondere der Schädel- und Hirnforschung, was sich anhand von publizierten Promotionen und Zeitschriftenartikeln nachvollziehen lässt. Auch wenn es problematisch ist, aus einer quantitativen Unterrepräsentierung in Artikeln direkt auf die Forschungstätigkeit der Klinik zu schließen, fiel doch auf, dass andere Institute hier wesentlich mehr publizierten. Dies passt auch zu dem Rückgang der Publikationen des Klinikdirektors.

⁵⁰³ Rieger 1916, S. 100–101. Auch prägte ihn eine Skepsis bezüglich psychiatrischer Forschung, welche eher untypisch für einen Direktor einer psychiatrischen Klinik gewesen sein dürfte, vgl. Gaupp 1939, S. 310.

⁵⁰⁴ Vgl. Engstrom 2003b, S. 102.

⁵⁰⁵ Vgl. Graml 1970, S. 10–18.

8 Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Die Aufgabe der hier vorliegenden Arbeit war die exemplarische Untersuchung universitärer Psychiatrie um 1900 anhand des Beispiels der psychiatrischen Klinik in Würzburg. Hiermit sollte ein Beitrag zur Erforschung der akademischen Psychiatrie geleistet werden, welche im Gegensatz zur Anstaltsgeschichte in der deutschsprachigen Psychiatriegeschichtsschreibung bisher weniger Beachtung fand. Der Schwerpunkt galt dabei den Kernaufgaben universitärer Kliniken, nämlich Behandlung von Patient*innen, Forschung und Lehre.

Zunächst wurde jedoch die Entstehungsgeschichte der Klinik beleuchtet, wobei deren Wurzeln im Würzburger Juliusspital hervorzuheben sind. Dort waren irre Patient*innen bereits bei Eröffnung Ende des 16. Jahrhunderts fester Bestandteil und wurden von Beginn an mit Heilungsabsicht aufgenommen. Auch eine universitär-pädagogische Funktion hatte die Irrenabteilung mit dem Jahr 1833 relativ früh inne.

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts wurde jedoch vermehrt Kritik an den dortigen Missständen laut, etwa Platzmangel und Gewaltausübung wurden beanstandet. Bis eine alternative psychiatrische Versorgung in Würzburg etabliert werden konnte, sollte nichtsdestotrotz beinahe ein Jahrhundert und eine fünfjährige Zwischenphase mit einer provisorischen Klinik in der Rotkreuzstraße vergehen. Diese lange Zeitspanne, beziehungsweise der Umweg über ein Provisorium, kennzeichnete dabei nicht nur den Weg der Klinikgründung in Würzburg, wie ein vergleichender Blick nach Halle und Gießen zeigt.

Der Neubau der psychiatrischen Klinik in Würzburg konnte schließlich unter der Leitung des Klinikdirektors Konrad Rieger 1893 eröffnet werden und fiel damit in eine Zeit, in welcher es reichsweit zu einer Häufung von Neugründungen psychiatrischer Universitätsabteilungen kam. Auch die in Würzburg vorzufindende Lage des Gebäudes am Stadtrand stellte ein Charakteristikum dieser neugegründeten Institute dar und grenzte sich hier von den ländlich gelegenen Anstalten ab.

Insgesamt konnte das Motiv einer modernen Klinik entsprechen zu wollen, als zentral bei der Konzeption des Neubaus herausgearbeitet werden. Betont wurde die Bedeutung des Frontbaus, welcher Hörsaal und Forschungsräumlichkeiten beherbergte und den zur Unterbringung der Patient*innen vorgesehenen Bauten wie ein wissenschaftlich-universitärer Brückenkopf vorgelagert war. Im Grundriss spiegeln sich auch schon die zeitgenössischen, als fortschrittlich empfundenen Behandlungsverfahren der Dauerbäder und der

Bettbehandlung im Wachsaaal wider. Damit letztere nicht unterbrochen werden musste, wurden überdachte schwellenlose Gänge konstruiert, durch welche Patient*innen liegend zwischen den Gebäuden transportiert werden konnten. Diese Bettbehandlung kann als Versuch gesehen werden, sich somatischen Krankenhäusern anzupassen. In diesem Kontext ist auch die in der Klinik praktizierte Pflege durch Ordensschwwestern zu sehen, wobei die Würzburger Klinik hier in der Psychiatrie eine Vorreiterrolle innehatte.

Die Abkehr von Zwangsmitteln, welche sich etwa in dem Fehlen einer eigenen Tobabteilung ausdrückte, wurde ebenfalls immer wieder betont. Dennoch konnte eine Diskrepanz bestehen zwischen Wahrnehmung und Anspruch der Klinikleitung und der von Patient*innen erlebten Realität. So waren weiter einzelne, mit dem Euphemismus der „Seitenlogen“ bezeichnete, Zellen vorhanden. Auch wurden Verfahren wie Dauerbäder und nasse Wickel verwendet, welche von Patient*innen als Strafe oder Zwang empfunden werden und diesen Schaden zufügen konnten.

Der für universitäre Kliniken typischen und bereits im Bau angelegten Kombination aus Lehre, Forschung und Versorgung von Patient*innen widmete sich der größte Teil der vorliegenden Dissertation. Um über die in der Klinik Behandelten Informationen zu gewinnen, wurden in erster Linie die Aufnahmebücher der entsprechenden Jahre von 1893 bis 1925 herangezogen und quantitativ ausgewertet. Hierbei konnten teils widersprüchliche Befunde in Bezug auf die Rolle als universitär-psychiatrische Einrichtung erhoben werden.

So waren meist kurze Aufenthalte in der Klinik zu verzeichnen, wodurch ein für Kliniken typischer hoher Durchfluss an Patient*innen gewährleistet werden sollte. Hierdurch beabsichtigte man für Lehre und Forschung immer wieder neue interessante Fälle zur Verfügung zu haben. In Würzburg ist als Ursache für die kurzen Aufenthalte auch die Besonderheit der zahlreichen Begutachtungen anzuführen, welche unter Martin Reichardt als Privatdozent durchgeführt wurden. Bemerkenswert ist, dass auch bei gleicher Diagnose Frauen sich durchschnittlich länger in der Klinik aufhielten als Männer.

Für didaktische und wissenschaftliche Aufgaben wurden arme Patient*innen als besonders geeignet erachtet, andererseits sollten gerade Stadtasyle auch wohlhabendere Personen aufnehmen. In der psychiatrischen Klinik in Würzburg konnte trotz der vom Juliuspsital finanzierten Freiplätze keine Überrepräsentation unterer sozialer Schichten festgestellt werden. Die Schicht wirkte sich jedoch auf die Bedeutung des Aufenthalts aus. So

hatten arme Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit besonders lange in der Klinik zu bleiben oder dort zu versterben. Bei den Todeszahlen der psychiatrischen Klinik fiel außerdem auf, dass sich das Hungersterben, welches sich in der Zeit des Ersten Weltkriegs in Psychiatrien ereignete, nicht nachweisen ließ.

Betrachtet man die in der Klinik vergebenen Diagnosen, so blieben diese im gesamten Untersuchungszeitraum erstaunlich konstant und ließen sich zum größten Teil in ein von Rieger 1889 entworfenes Schema einordnen. Wissenschaftliche Diskussionen der Zeit und neu entstandene Diagnosen wie Schizophrenie oder manisch-depressives Irresein schlugen sich in den Standbüchern kaum nieder. Hier wäre für eine sich als modern begreifende universitäre Psychiatrie ein stärkerer Einfluss fachlicher Debatten naheliegend gewesen. Auch widerspricht dies den oben angeführten Bemühungen sich als fortschrittliche und den somatischen Fachrichtungen gleichwertige medizinische Institution darzustellen. Ein möglicher Erklärungsansatz ist hier eine (wissenschaftliche) Resignation und Skepsis des Klinikleiters in den späteren Jahren des Untersuchungszeitraums.

Auch was die Forschung an der 1893 gegründeten Klinik betraf, wandelte sich die anfängliche Euphorie Riegers im Laufe der Jahre und der Einfluss dessen Nachfolgers Reichardt wurde größer. Als zentral für diese an der Würzburger Klinik getätigte Forschung können dabei zwei Akte des Sammelns hervorgehoben werden. Der erste stellte das Anhäufen und Auswerten der Daten lebender Patient*innen dar. Besonderer Wert wurde hier auf die in der Psychiatrie raren objektivierbaren Parameter wie Körpergewicht, Temperatur oder später Liquorzusammensetzung gelegt. Die zweite Art des Sammelns betraf die Körper verstorbener Patient*innen und daraus zu gewinnende Informationen. Verstorbene wurden obduziert, Schädel und Hirne gemessen, gewogen und konserviert. Insbesondere in den späteren Klinikjahren dominierte die makroskopische Forschung an Schädel und Hirn deutlich. Diese Beschaffung greifbarer Daten und Sammlungsstücke kann als Gegenpol gesehen werden zu den in der Psychiatrie sonst massiven Unsicherheiten in Diagnostik und Nosologie.

Neben dem Generieren psychiatrischen Wissens war und ist eine zentrale Aufgabe von Kliniken dessen Weitergabe an die nächste Fachgeneration. Die räumliche Voraussetzung hierfür bot der Hörsaal mit Platz für 100 Studierende. In anderen psychiatrischen Kliniken mussten vor der Jahrhundertwende Vorlesungen teils unter deutlich schlechteren Bedingungen - etwa im Speisesaal - abgehalten werden, dennoch gelang es auch in der

Würzburger Klinik zunächst nicht annähernd die Kapazitäten des Hörsaals auszuschöpfen. Als Grund wurde hierfür unter anderem angeführt, dass Psychiatrie lange kein verpflichtender Bestandteil des Examens war. Dies änderte sich mit einer Überarbeitung der Prüfungsordnung 1901. Diesen Erfolg beanspruchte auch Konrad Rieger für sich, der in Fachartikeln auf die Anerkennung der Psychiatrie als Examensfach hingewirkt hatte.

Welche Inhalte Student*innen in den Vorlesungen der psychiatrischen Klinik vermittelt wurden, hing nicht zuletzt von den jeweiligen Schwerpunkten der verschiedenen Dozierenden ab und änderte sich im Untersuchungszeitraum häufig. Konstant blieb die von Rieger angebotene Veranstaltung mit dem Titel „Psychiatrische Klinik“. Ergänzt wurde diese meist durch weitere in die Psychiatrie einführende Vorlesungen der Privatdozenten, zusätzlich hielt etwa Martin Reichardt eine regelmäßige Vorlesung über Unfallkunde und Begutachtungen ab. Ziel der Kursangebote war es dabei, den Studierenden die von somatischen Fächern oft abweichenden Methoden und Krankheitsbilder nahezubringen und somit zu einer ersten psychiatrischen Sozialisation beizutragen.

Die vorliegende Arbeit konnte teilweise als typisch beschriebene Motive universitärer Psychiatrie anhand des Beispiels der Würzburger Klinik aufzeigen. Hier zu nennen sind vor allem neben der Versorgung von Patient*innen die Bemühung um Lehre und Forschung. Auch die Verwendung zeitgenössischer Therapieverfahren wie Dauerbad und Bettbehandlung, an welche der Bau angepasst wurde, sind hier als Versuch der modernen Klinikgestaltung und teils Anpassung an somatische Fachgebiete zu nennen. Dennoch nahm die Klinik insbesondere in den späteren Jahren erstaunlich wenig Anteil an Fachdebatten und war hier weniger präsent als andere Universitäten.

Wünschenswert wäre noch eine Erforschung weiterer universitärer Psychiatrien um 1900, um Ergebnisse dieser Arbeit untermauern oder mögliche Eigenheiten herausarbeiten zu können. Von Interesse wäre auch, inwiefern sich einzelne Befunde dieser Arbeit in Hinblick auf die aufgenommenen Patient*innen reproduzieren lassen. Nahm das Hungersterben des ersten Weltkriegs in anderen Kliniken ebenfalls ein geringeres Ausmaß an als an Anstalten? Ist die Würzburger Klinik dahingehend eine Ausnahme, dass untere soziale Schichten nicht überrepräsentiert waren? Waren Begutachtungen insgesamt eine zunehmende Aufgabe psychiatrischer Universitätseinrichtungen? Wie wirkte sich Geschlecht auf die Aufenthaltsdauer in anderen Institutionen aus?

Perspektivisch ebenfalls wünschenswert wäre eine Arbeit, welche die Befunde dieser Studie zum Anlass nimmt, einen Vergleich mit einer psychiatrischen Anstalt anzustellen, um die Eingangs angeführte These der zwei konträren Psychiatrien im Deutschen Reich zu untersuchen. Besonders naheliegend wäre hier eine Erforschung der Heil- und Pflegeanstalt Werneck, welche mit der Klinik in Würzburg räumlich und organisatorisch verbunden war, im Hinblick auf die dortigen Patient*innen, aber auch möglicherweise getätigte Forschung und Aus- und Weiterbildung.

Eine Besonderheit dieser Arbeit ist neben der Fokussierung auf universitäre Psychiatrie der quantitative Ansatz bei der Auswertung der Daten von Patient*innen. Erfreulich wäre, wenn diese gelegte Grundlage in einem weiteren Schritt als Anlass für eine qualitative Analyse dienen würde. Hierfür bieten sich die zahlreichen Krankenakten an, welche sich im Universitätsarchiv Würzburg befinden.

Es ist zu hoffen, dass diese Arbeit durch die exemplarisch Erforschung der psychiatrischen Klinik in Würzburg um 1900 einen Beitrag leisten kann zur Kenntnis universitärer Psychiatrie und die Ergebnisse eine weitere Auseinandersetzung mit der Geschichte psychiatrischer Kliniken fördern.

9 Literaturverzeichnis

9.1 Quellen

9.1.1 Archivgut

BHStA, OBB 8069/1 Ph315/XII.

BHStA, OBB 8069/2 Ph315/XIII.

BHStA, MK 11446.

BHStA, MK 11447: K. Universität Würzburg. Assistentenwesen. Vol. IV.

BHStA, MK 72542: K. Universität Würzburg. Psychiatrische Klinik. Seelsorge.

BHStA, MK 72541: K. Universität Würzburg. Psychiatrische Klinik. Verwaltungs-Personal. Diener-Stellen. Pflegepersonal. Schwestern.

BHStA, MK 11377: Universität Würzburg. Assistenten.

BHStA, MK 72539: Universität Würzburg. Psychiatrische Klinik. Direktor und ärztliches Personal.

StadtAWü, Nr. 10960: Bauakt Fuchsleinstraße 15.

UAWü, Psychiatrische Klinik. Männer. Vom 1. Januar 1891 bis 31. Dezember 1897.

UAWü, Psychiatrische Klinik. Frauen. Vom 1. Januar 1898 bis 31. Dezember 1904.

UAWü, Psychiatrische Klinik. Männer. Vom 1. Januar 1898 bis 31. Dezember 1904.

UAWü, Psychiatrische Klinik. Frauen. Vom 1. Januar 1905 bis 1. Januar 1925.

UAWü, Psychiatrische Klinik. Männer. Vom 1. Januar 1905 bis 31. Dezember 1924.

UAWü, Psychiatrische Klinik. 1925 bis 1930. Männer.

UAWü, Psychiatrische Klinik. 1925 bis 1935. Frauen.

UAWü, ARS Nr. 3015: Die Kliniken im Allgemeinen. Assistenten an d. klinischen Anstalten.

UAWü, ARS Nr. 3292: Psychiatrische Klinik. Sodann Assistenten an der juliusspitälischen Irrenklinik.

UAWü, ARS Nr. 3293: Project eines Neubaus für die juliusspitälische Irrenabtheilung und psychiatrische Klinik.

UAWü, ARS Nr. 3294: Poliklinisches Institut für psychisch-nervöse Erkrankungen.

UAWü, PA 166: Personalakt Dr. Rieger Konrad.

9.1.2 Gedruckt erschienene Quellen

24. Versammlung des Vereins südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe. 5. und 6. November 1892, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893), S. 198–204.

Blumenthal, Kurt: Psychosen bei Hydrocephalus, Meningitis serosa, Hirnschwellung und Pseudotumor, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 64 (1921), S. 307–342.

Brockhaus‘ Konversations-Lexikon. Vierzehnte vollständig neubearbeitete Auflage. In sechzehn Bänden. Zehnter Band, Leipzig, Berlin, Wien 1894.

Dannemann, Adolf: Die psychiatrische Klinik zu Gießen. Ein Beitrag zur practischen Psychiatrie, Berlin 1899.

Deiters: Der Stand des Irrenwesens innerhalb des deutschen Sprachgebiets im Jahre 1900/01. Nach den Anstalts-Jahresberichten kritisch dargestellt, in: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 16 (1902), S. 185–190.

Ed. Gaebler's Plan von Leipzig (um 1900). Online verfügbar unter https://www.landkartenarchiv.de/stadtplansammlung.php?q=gaeblers_plan_von_leipzig_u1900, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

Gaupp, R.: Konrad Rieger, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 166 (1939), S. 309–312.

Griesinger, Wilhelm: Gesammelte Abhandlungen. Erster Band. Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen, Berlin 1872.

Guttstadt, Albert: Krankenhaus-Lexikon für das Deutsche Reich. Die Anstaltsfürsorge für Kranke und Gebrechliche und die hygienischen Einrichtungen der Städte im Deutschen Reich am Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts, Berlin 1900.

Heilmann; Littmann: Baubeschreibung der Klinik, in: Die Königliche Psychiatrische Klinik in München, Leipzig 1905, S. 43–71.

Hofmann, F. E.: Würzburg Stadt. Meteorologische Verhältnisse und medizinische Statistik für die Jahre 1903 und 1904, in: Verhandlungen der physikalisch-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg 37 (1905), S. 339–425.

Horsch, Philipp Josef: Versuch einer Topographie der Stadt Würzburg, in Beziehung auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die dahin zielenden Anstalten, Arnstadt, Rudolstadt 1805.

K. Statistisches Landesamt: Gemeinde-Verzeichnis für das Königreich Bayern nach der Volkszählung vom 1. Dezember 1910 und dem Gebietsstand vom 1. Juni 1911, München 1911.

K. Statistisches Landesamt: Statistisches Jahrbuch für das Königreich Bayern. Dreizehnter Jahrgang, München 1915.

Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. I. Band. Allgemeine Psychiatrie, Leipzig 1899.

Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. II. Band. Klinische Psychiatrie, Leipzig 1899.

Kraepelin, Emil: Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 56 (1899), S. 254–263.

Kraepelin, Emil: Festrede zur Eröffnung der Klinik am 7. November 1904, in: Die Königliche Psychiatrische Klinik in München, Leipzig 1905, S. 7–42.

Lehmann: Kochsalz-Infusionen bei abstinirenden Geisteskranken, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893), S. 262–265.

Müller, Anton: Die Irren-Anstalt in dem Königlichen Julius-Hospitale zu Würzburg und die sechs und zwanzigjährigen ärztlichen Dienstverrichtungen an derselben, Würzburg 1824.

Neisser, Clemens: Die Bettbehandlung der Irren, in: Berliner Klinische Wochenschrift 27 (1890), S. 863–866.

Opitz, Kurt: Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901, in: Opitz, Kurt (Hrsg.), Leitfaden der Prüfungsordnungen für Ärzte und Zahnärzte, Berlin, Heidelberg 1921, S. 1–17.

Pelocke, Hermann: Petzolds Gemeinde- und Ortslexikon des Deutschen Reiches. Verzeichnis sämtlicher Gemeinden und Gutsbezirke, Post-, Bahn-, Kleinbahn- und Schiff-fahrtsstationen, Bischofswerda 1911.

Personalbestand der Königlich-Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg 1893-1918.

Personalstand der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg 1918-1920, 1925.

Plan der Stadt Jena 1:8.000 (1910). Online verfügbar unter https://www.landkartenarchiv.de/stadtplansammlung.php?q=plan_der_stadt_jena_1910, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

Reichardt, M.: Konrad Rieger, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 110 (1939), S. 165–168.

Reichardt, Martin: Über die Untersuchung des gesunden und kranken Gehirnes mittels der Wage, in: Reichardt, Martin (Hrsg.), Arbeiten aus der Königlichen psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Erstes Heft, Jena 1906, S. 1–101.

Reichardt, Martin: Leitfaden zur psychiatrischen Klinik, Jena 1907.

Reichardt, Martin: Der Diabetes insipidus - Symptom einer Geisteskrankheit?, in: Reichardt, Martin (Hrsg.), Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Zweites Heft, Jena 1908, S. 49–94.

Reichardt, Martin: Untersuchungen über das Gehirn. 1. Teil: Über Todesarten und Todesursachen bei Hirnkrankheiten, in: Reichardt, Martin (Hrsg.), Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Sechstes Heft, Jena 1911, S. 1–127.

Reichardt, Martin: Allgemeine und spezielle Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Jena 1923.

Rieger, Konrad: Der Hypnotismus. Psychiatrische Beiträge zur Kenntniss der sogenannten hypnotischen Zustände, Jena 1884.

Rieger, Konrad: Eine exacte Methode der Craniographie, Jena 1885.

Rieger, Konrad: Ueber Epileptiker-Anstalten, in: Der Irrenfreund 27 (1885), S. 1-9, 17-25, 33-38.

Rieger, Konrad: Ein neuer Projections- und Coordinaten-Apparat für geometrische Aufnahmen von Schädeln, Gehirnen und anderen Objekten, in: Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie 9 (1886), S. 449–460.

Rieger, Konrad: Leitfaden zur psychiatrischen Klinik, Würzburg 1889.

Rieger, Konrad: Psychiatrie als Examensfach, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893), S. 493–500.

Rieger, Konrad: Die Examensfrage, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 17 (1894), S. 275–276.

Rieger, Konrad: Die neue psychiatrische Klinik der Universität Würzburg, in: Guttstadt, A. (Hrsg.), Klinisches Jahrbuch, V. Band. Im Auftrage Seiner Excellenz des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, Berlin 1894a.

Rieger, Konrad: Ueber einige Fragen der Organisation und des Baues psychiatrischer Kliniken, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 17 (1894b), S. 406-408, 466-471, 513-519.

Rieger, Konrad: Zur Begriffsbestimmung der Hysterie, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 19 (1896), S. 445–452.

Rieger, Konrad: Zusammenstellung einiger Begründungen, welche für die Notwendigkeit der Aufnahme der Psychiatrie in die medizinische Approbations-Prüfung des deutschen Reichs veröffentlicht worden sind, Jena 1896.

Rieger, Konrad: Bericht für die Mitglieder des Vereins zum Austausch der Anstalts-Berichte aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Enthaltend Aufsätze von dem Vorstand der Klinik: Ueber die Psychiatrie in Würzburg seit dreihundert Jahren, Würzburg 1899.

Rieger, Konrad: Dritte Denkschrift (von Neujahr 1905) über die Belästigung der Nachbarschaft durch den Bahnhof. Unter Bezugnahme auf die erste Denkschrift vom September 1901 und die zweite vom Dezember 1903, Würzburg 1905.

Rieger, Konrad: Festschrift zu der Feier des fünfzigjährigen Bestehens der unterfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Werneck (1855-1905), Jena 1905a.

Rieger, Konrad: Zweiter Bericht (vom Jahre 1905) aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Würzburg 1905b.

Rieger, Konrad: Untersuchungen über Muskelzustände. Begrüssungs-Schrift dem zweiten Kongress für experimentelle Psychologie, Jena 1906.

Rieger, Konrad: Über Apparate in dem Hirn, in: Reichardt, Martin (Hrsg.), Arbeiten aus der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Fünftes Heft, Jena 1909, S. 1–197.

Rieger, Konrad: Beiträge zur Geschichte Unterfrankens, zur Literatur-Geschichte und Geschichte der Medizin aus dem Archiv der Psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Dritter Bericht (vom Jahre 1908) aus der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Würzburg 1910.

Rieger, Konrad: Über Ärztliche Gutachten im Strafrecht und Versicherungswesen. Vierter Bericht (vom Jahre 1911) aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Würzburg 1912.

Rieger, Konrad: Die Julius-Universität und das Julius-Spital. Fünfter Bericht aus den Jahren 1912 bis 1916 aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Würzburg 1916.

Rieger, Konrad: Der dreihundertjährige Todestag des Fürstbischofs Julius und Leben? oder Tod? seiner beiden großen Stiftungen. Sechster Bericht aus den Jahren 1916 bis 1920 aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Leipzig 1920.

Rieger, Konrad: Die Psychiatrie und die Armen in Würzburg. Und der Bischof Julius. Und das jüngste Gericht, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 90 (1929a), S. 310–336.

Rieger, Konrad: Konrad Rieger, in: Grote, L. R. (Hrsg.), Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen, Leipzig 1929b, S. 124–174.

Sommer, Robert: Die Ausführung des Griesinger'schen Programms, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893), S. 599–601.

Sommer, Robert: Die Wärterfrage, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893), S. 605–608.

Sommer, Robert: Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Ärzte und Studierende, Leipzig, Wien 1894a.

Sommer, Robert: Die Ausführung des Griesinger'schen Programms, in: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 17 (1894b), S. 105–112.

Stadtplan Gießen (1925). Online verfügbar unter https://www.landkartenarchiv.de/mobil/historischestadtplaene600.php?q=landkartenarchiv_giessen_2_1925, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

Stadtplan München. Juni 1909. Online verfügbar unter https://www.landkartenarchiv.de/historischestadtplaene600.php?q=landkartenarchiv_muenchen_gross_6_1909, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

Stadtplan von Halle an der Saale 1:10.000 (1904). Online verfügbar unter https://www.landkartenarchiv.de/historischestadtplaene.php?q=landkartenarchiv_halle_1920, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

Strecker: Über einige physikalische Liquorprobleme. Vortrag auf der 48. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 69 (1923), S. 623–624.

Weygandt, Wilhelm: Atlas und Grundriss der Psychiatrie, München 1902.

Weygandt, Wilhelm: Die Fürsorge für schwachsinnige Kinder in Bayern, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 60 (1903), S. 833-851.

Weygandt, Wilhelm: Conrad Rieger zum 70. Geburtstage, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 51 (1925), S. 530–531.

Woerl, Leo: Führer durch Würzburg und Umgebung. Mit Illustrationen, Plan der Stadt und einer Karte der Umgebung, Leipzig 1899.

Würzburger Vorlesungsverzeichnisse: Verzeichnis der Vorlesungen welche an der Königlich Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg gehalten werden, Würzburg 1893-1918.

Würzburger Vorlesungsverzeichnisse: Vorlesungen an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Würzburg 1919-1925.

9.1.2.1 Dissertationen der psychiatrischen Klinik Würzburg

Appel, Franz: Ueber die Entstehungsursachen des chronischen Alkoholismus und speziell über die Bedeutung des chronischen Alkoholismus in der Psychiatrie [Diss., Würzburg 1911].

Arthen, Georg: Hirngeschwulst und psychische Störung. Ein kasuistischer Beitrag [Diss., Würzburg 1914].

Auerbach, Hirsch B.: Hysterische Hemiplegieen [Diss., Würzburg 1898].

Blind, Reinhold: Über die Aetiologie der Porencephalie und die dabei beobachteten Wachstumsstörungen [Diss., Würzburg 1910].

Clingenstein, Otto: Zur Symptomatologie der Ponserkrankungen [Diss., Würzburg 1908].

Cramer, Max: Über hysterisches Stottern [Diss., Würzburg 1898].

Dausend, Johann August: Über Störungen im Sprachlichen und Räumlichen bei einem alten Manne [Diss., Würzburg 1911].

Deßloch, Joseph: Über das Volumen der Schädeldächer [Diss., Würzburg 1908].

Dietz, Adolf: Weitere Beiträge zur Frage der sekundären konzentrischen Hyperostose am Schädel [Diss., Würzburg 1908].

Drescher, Josef: Über Störungen des Hunger- und Durstgefühls bei Hirnkrankheiten [Diss., Würzburg 1913].

Dyminski, Sigmund von: Über Störungen im Hersagen geläufiger Reihen bei einem aphasischen Kranken [Diss., Würzburg 1908].

Förtig, Hermann: Über das Gewicht der Hypophyse [Diss., Würzburg 1920].

Funk, Karl: Über das absolute und relative Hirngewicht bei Tieren [Diss., Würzburg 1911].

Gessner, Hans: Ein Fall von traumatischer Geistesstörung [Diss., Würzburg 1913].

Halle, Max: Zur Symptomatologie des Delirium tremens alcoholicum [Diss., Würzburg 1911].

Herzog, Hermann: Über vasomotrisch-trophische Störungen bei Dementia praecox [Diss., Würzburg 1911].

Hirschfeld, Alfred: Zur Symptomatologie und Pathologie der traumatischen Hirnverletzungen [Diss., Würzburg 1908].

Kiggen, Heinrich Joseph: Die gegenwärtigen Ansichten über die Ätiologie der progressiven Paralyse [Diss., Würzburg 1907].

Krautwurst, Georg: Zur Aetiologie und Pathogenese des Diabetes Insipidus [Diss., Würzburg 1907].

Laudien, H.: Über Mikrocephalie [Diss., Würzburg 1898].

Müller, Josef: Ein Beitrag zur Frage der Alopecia totalis neurotica [Diss., Würzburg 1911].

Roderfeld, Maria: Über die optisch-räumlichen Störungen [Diss., Würzburg 1919].

Schick, Leo: Epilepsie und Unfallbegutachtung. V. Unklare und diagnostisch besonders schwierige Fälle [Diss., Würzburg 1919].

Schmidt, Heinrich: Die Behandlung der nervösen Zustände bei Soldaten am Reserve-Lazarett Würzburg, Abtlg. Münzschule, Neurotiker-Lazarett für das rechtsrheinische II. A.-K. [Diss., Würzburg 1919].

Schubert, Heinrich: Ueber die Lebensdauer bei Epilepsie [Diss., Würzburg 1911].

Siber, Joseph: Unfall und endogene Geisteskrankheiten [Diss., Würzburg 1919].

Wolff, Gustav: Zur Histologie der Hypophyse des normalen und paralytischen Gehirns [Diss., Würzburg 1897].

Wolz, Gertrud: Über die Lage des Ohrpunktes (der Ohrachse) in Beziehung zum Schädel und zum Gehirn [Diss., Würzburg 1918].

Zwicky, Joseph: Aus der Praxis der Haftpflicht-Begutachtung. Ein kasuistischer Beitrag [Diss., Würzburg 1919].

9.1.2.2 Zeitschriftenjahrgänge

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 27 (1895).

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 31-32 (1899).

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 36-37 (1903).

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 42 (1907).

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 48 (1911).

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 55 (1915).

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 60 (1919).

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 67-69 (1923).

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 16 (1893).

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 20 (1897).

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 24 (1901).

Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 28 (1905).

Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 32 (1909).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Referate und Ergebnisse 6-7 (1913a).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Originalien 14-20 (1913b).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Referate und Ergebnisse 13-14 (1917a).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Originalien 35-38 (1917b).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Referate und Ergebnisse 23-26 (1921a).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Originalien 61-73 (1921b).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Referate und Ergebnisse 39-41 (1925a).

Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Originalien 94-99 (1925b).

9.2 Forschungsliteratur

Angermeyer, Matthias C.; Steinberg, Holger (Hrsg.): 200 Jahre Psychiatrie an der Universität Leipzig. Personen und Konzepte, Heidelberg 2005.

Ankele, Monika: Ausdrucksbewegungen im Fokus des psychiatrischen Blicks um 1900. Aspekte einer „Diskursivierung des Alltäglichen“, in: Wernli, Martina (Hrsg.), Wissen und Nicht-Wissen in der Klinik. Dynamiken der Psychiatrie um 1900, Bielefeld 2012, S. 87–113.

Ankele, Monika: Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Eine Einführung in den Sammelband, in: Ankele, Monika; Brinkschulte, Eva (Hrsgg.), Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit, Stuttgart 2015, S. 10–18.

Ankele, Monika: Horizontale Szenographien. Das Krankenbett als Schauplatz psychiatrischer Subjektivierung, in: Friedrich, Lars; Harrasser, Karin; Kaiser, Céline (Hrsgg.), Szenographien des Subjekts, Wiesbaden 2018, S. 49–64.

Ankele, Monika: Sich aufführen. Rauminterventionen und Wissenspraktiken in der Psychiatrie um 1900, in: Ankele, Monika; Kaiser, Céline; Ledebur, Sophie (Hrsgg.), Aufführen – Aufzeichnen – Anordnen. Wissenspraktiken in Psychiatrie und Psychotherapie, Wiesbaden 2019, S. 71–89.

Ankele, Monika: Materielle Konfigurationen der Pflege und ihre ethischen Implikationen. Das Dauerbad in der Psychiatrie, in: European Journal for Nursing History and Ethics 2 (2020), S. 101–124.

Beddies, Thomas: Administrative, persönliche und soziale Informationen, in: Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsgg.), Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. 1919 – 1960, Husum 1999, S. 237–340.

Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsgg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. 1919 - 1960, Husum 1999.

Bernet, Brigitta: »Eintragen und Ausfüllen«: Der Fall des psychiatrischen Formulars, in: Brändli, Sibylle; Lüthi, Barbara; Spuhler, Gregor (Hrsgg.), Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt am Main 2009, S. 62–91.

Bernet, Brigitta: Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes um 1900, Zürich 2013.

Beyme, Ingrid von; Hohnholz, Sabine: Vergissmeinnicht - Psychatriepatienten und Anstaltsleben um 1900. Aus Werken der Sammlung Prinzhorn, Berlin, Heidelberg 2018.

Blasius, Dirk: „Einfache Seelenstörung“. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945, Frankfurt am Main 1994.

Bleker, Johanna: Die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse am Juliuspsital 1821 - 1829, in: Bleker, Johanna; Brinkschulte, Eva; Grosse, Pascal (Hrsgg.), Kranke und Krankheiten im Juliuspsital zu Würzburg 1819 – 1829, Husum 1995, S. 92–124.

Böhme, Anna Franziska: Das Verhältnis von Universitäts- und Anstaltspsychiatrie in Bonn zu Beginn des 20. Jahrhunderts [Diss., Bonn 2011].

Böning, Jobst: Psychiatrie in Würzburg. Vom Mittelalter bis zur Moderne, in: Hippius, H. (Hrsg.), Universitätskolloquien zur Schizophrenie, Darmstadt 2004.

Braunschweig, Sabine: Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 1886–1960, Zürich 2013.

Brink, Cornelia: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 - 1980, Göttingen 2010.

Bührmann, Andrea Dorothea: Die Verweiblichung von Erwerbstätigkeit um 1900 - konstruktionslogische und normalismustheoretische Überlegungen zur Transformation der ‚natürlichen‘ Geschlechterordnung, in: Sohn, Werner; Mehrrens, Herbert (Hrsgg.), Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft, Opladen 1999, S. 141–160.

Bundesarchiv: Namen von Opfern der NS-„Euthanasie“, zu denen im Bundesarchiv-Bestand R 179 Patientenakten vorliegen. Online verfügbar unter https://www.bundesarchiv.de/DE/Content/Downloads/Aus-unserer-Arbeit/liste-patientenakten-euthanasie.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

Castel, Robert: Die psychiatrische Ordnung. Das goldene Zeitalter des Irrenwesens, Frankfurt am Main 1983.

Dörner, Klaus: Bürger und Irre, Hamburg 1995.

Dörries, Andrea: Medizinische Informationen, in: Beddies, Thomas; Dörries, Andrea (Hrsgg.), Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. 1919 – 1960, Husum 1999, S. 341–398.

Dörries, Andrea; Vollmann J.: Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen. Dargestellt am Beispiel des „Würzburger Schlüssels“ von 1933, in: Fortschr. Neurol. Psychiat. 1997 (65), S. 550–554.

Ehmer, Josef: Bevölkerungsgeschichte und historische Demographie 1800-2000, München 2004.

Engstrom, Eric J.: Assembling Professional Selves: On Psychiatric Instruction in Imperial Germany, in: Engstrom, Eric J.; Roelcke, Volker (Hrsgg.), Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum, Basel 2003a, S. 117–152.

Engstrom, Eric J.: Clinical psychiatry in imperial Germany. A history of psychiatric practice, Ithaca, NY 2003b.

Enke, Ulrich: Die ersten Jahre der Psychiatrischen Universitätsklinik Gießen unter ihrem Direktor Robert Sommer, in: George, Uta (Hrsg.), Psychiatrie in Gießen. Facetten ihrer Geschichte zwischen Fürsorge und Ausgrenzung, Forschung und Heilung 2003, S. 59–92.

Falkenstein, Dorothee: „Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel...“. Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf, Frankfurt am Main 2000.

Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Freiburg im Breisgau 1998.

Feldmann, Silke: Die Verbreitung der Kraepelinischen Krankheitslehre im deutschen Sprachraum zwischen 1893 und 1912 am Beispiel der Dementia praecox [Diss., Gießen 2005].

Forster, Edgar J.: Unmännliche Männlichkeit. Melancholie - ›Geschlecht‹ - Verausgabung, Wien 1998.

Foucault, Michel: Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, Frankfurt am Main 1973.

George, Uta (Hrsg.): Psychiatrie in Gießen. Facetten ihrer Geschichte zwischen Fürsorge und Ausgrenzung, Forschung und Heilung, Gießen 2003.

Graml, Werner: Personalbibliographien von Professoren und Dozenten der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde der Psychiatrie und Neurologie an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg im ungefähren Zeitraum von 1900 - 1945. Mit kurzen biographischen Angaben und Überblick über die wichtigen Arbeitsgebiete [Diss., Erlangen-Nürnberg 1970].

Habermann, Karl Joachim: Bautypologische Entwicklungslinien des psychiatrischen Krankenhauses. Versuche therapeutischer Umweltgestaltung [Diss., München 1977].

Haenel, Thomas: Zur Geschichte der Psychiatrie. Gedanken zur allgemeinen und Basler Psychiatriegeschichte, Basel 1982.

Hermes, Maria: Krankheit: Krieg. Psychiatrische Deutungen des Ersten Weltkrieges, Essen 2012.

Hess, Volker: Die moralische Ökonomie der Normalisierung. Das Beispiel Fiebertessen, in: Sohn, Werner; Mehrrens, Herbert (Hrsgg.), Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft, Opladen 1999, S. 222–243.

Hippius, Hanns; Möller, Hans-Jürgen; Müller, Norbert; Neundörfer-Kohl, Gabriele: The University Department of Psychiatry in Munich. From Kraepelin and his predecessors to molecular psychiatry, Berlin, Heidelberg 2008.

Hohendorf, Gerrit: Ideengeschichte und Realgeschichte der nationalsozialistischen „Euthanasie“ im Überblick, in: Fuchs, Petra; Rotzoll, Maike; Müller, Ulrich; Richter, Paul; Hohendorf, Gerrit (Hrsgg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“. Lebensgeschichten von Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie“, Göttingen 2014, S. 36-52.

Hubert, Michel: Deutschland im Wandel. Geschichte der deutschen Bevölkerung seit 1815, Stuttgart 1998.

Hunze, Michael: Die Entwicklung der Psychiatrie als akademisches Lehrfach an der Ludwig-Maximilians-Universität München bis zur Eröffnung der Psychiatrischen Universitätsklinik 1904, Berlin 2010.

Jetter, Dieter: Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses, Darmstadt 1981.

Kaelble, Hartmut; Federspiel, Ruth (Hrsg.): Soziale Mobilität in Berlin 1825 - 1957. Tabellen zur Mobilität, zu Heiratskreisen und zur Sozialstruktur, St. Katharinen 1990.

Kaschke, Lars: Nichts als „Bettelgelder“? Wert und Wertschätzung der Alters- und Invalidenrenten im Kaiserreich, in: Historische Zeitschrift 270 (2000), S. 345-388.

Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, Frankfurt am Main 2015.

Koerner, Marianne: Auf fremdem Terrain. Studien- und Alltagserfahrungen von Studentinnen 1900 bis 1918, Bonn 1997.

Kreuter, Alma: Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts, München 1996.

Kruse, Wolfgang (2012): Industrialisierung und moderne Gesellschaft. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/geschichte/deutsche-geschichte/kaiserreich/139649/industrialisierung-und-moderne-gesellschaft>, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

Ledebur, Sophie: Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien, Wien, Köln, Weimar 2015.

Lerner, Paul Frederick: Hysterical men. War, psychiatry, and the politics of trauma in Germany, 1890 - 1930, Ithaca 2003.

Liedloff, Julia: Föderalismus in historisch vergleichender Perspektive. Band 4: Föderale Mitwirkung an den Unfallversicherungsgesetzen im Kaiserreich (1884–1911), Baden-Baden 2017.

Lutz, Caspar: Aufnahme und Verpflegung von Geisteskranken und Epileptikern im Juliushospitale. Vom Jahre 1580 bis 1888, in: Rieger, Konrad (Hrsg.), Bericht für die Mitglieder des Vereins zum Austausch der Anstalts-Berichte aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Enthaltend Aufsätze von dem Vorstand der Klinik: Ueber die Psychiatrie in Würzburg seit dreihundert Jahren, Würzburg 1899.

Malich, Lisa: Eine Zukunft der Wissenschaftsgeschichte liegt in der Institution, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 41 (2018), S. 395–398.

Martin, Michael; Fangerau, Heiner; Karenberg, Axel: Zu viel der Ehre? Ehrenmitglieder der DGN von 1954 bis 1982, in: Der Nervenarzt 91 (2020), S. 119–127.

Meier, Marietta; Bernet, Brigitta; Dubach, Roswitha; Germann, Urs: Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970, Zürich 2007.

Mettenleiter, Andreas: Das Juliusspital in Würzburg. Band III - Medizingeschichte, Würzburg 2001.

Müller, Andrea: Die Patienten der Universitätsnervenklinik Würzburg zwischen 1919 und 1945 [Diss., Würzburg 2019].

Müller, N.: Historische und aktuelle Bauprinzipien psychiatrischer Kliniken, in: Der Nervenarzt 68 (1997), S. 184–195.

Nellen, Stefan: Klinische Verwaltungsakte. Kulturtechniken der Aktenführung und der Wille zum Nicht-Wissen in der Psychiatrie vor 1900, in: Wernli, Martina (Hrsg.), Wissen und Nicht-Wissen in der Klinik. Dynamiken der Psychiatrie um 1900, Bielefeld 2012, S. 67–86.

Nolte, Karen: Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900, Frankfurt/Main 2003.

Porter, Roy: The patient's view. Doing Medical History from Below, in: Theory and Society 14 (1985), S. 175–198.

Posamentier, Raoul: Heil- und Pflegeanstalt Lohr am Main, in: Siemen, Hans-Ludwig; Cranach, Michael (Hrsgg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus*, München 2012, S. 55–88.

Ralsler, Michaela: *Das Subjekt der Normalität. Das Wissensarchiv der Psychiatrie: Kulturen der Krankheit um 1900*, München 2010.

Rieger, Konrad: Bericht für die Mitglieder des Vereins zum Austausch der Anstalts-Berichte aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg. Enthaltend Aufsätze von dem Vorstand der Klinik: Ueber die Psychiatrie in Würzburg seit dreihundert Jahren, Würzburg 1899.

Ritter, Gerhard A.: Sozialpolitik im Deutschen Kaiserreich, in: *Historische Zeitschrift* 282 (2006), S. 97–147.

Röckl, Helmut: Die Universitätskliniken im Staatlichen Luitpoldkrankenhaus zu Würzburg, in: Baumgart, Peter (Hrsg.), *Vierhundert Jahre Universität Würzburg. Eine Festschrift*, Neustadt an der Aisch 1982, S. 975–984.

Sammet, Kai: Ökonomie, Wissenschaft und Humanität - Wilhelm Griesinger und das non restraint-System, in: Engstrom, Eric J.; Roelcke, Volker (Hrsgg.), *Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum*, Basel 2003, S. 95–116.

Sammet, Kai: Neutralisierung „sozialer“ Folgen psychischer Krankheit oder „die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen“? Arbeit und Irrenanstalt als Organisation, ca. 1830-1930, in: Ankele, Monika; Brinkschulte, Eva (Hrsgg.), *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*, Stuttgart 2015, S. 29–47.

Sänger, Konrad: *Zur Geschichte der Psychiatrie und Neurologie an der Leipziger Universität* [Diss., Leipzig 1963].

Schmelter, Thomas; Meesmann, Christine; Walter, Gisela; Praxl, Herwig: Heil- und Pflegeanstalt Werneck, in: Siemen, Hans-Ludwig; Cranach, Michael (Hrsgg.), *Psychiatrie im Nationalsozialismus*, München 2012, S. 35–54.

Schmiedebach, Heinz-Peter; Brinkschulte, Eva: Arbeit und Arbeitstherapie - historisch geleitete Assoziationen, in: Ankele, Monika; Brinkschulte, Eva (Hrsgg.),

Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag. Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit, Stuttgart 2015, S. 21–28.

Schmuhl, Hans-Walter; Roelcke, Volker: Einleitung, in: Schmuhl, Hans-Walter; Roelcke, Volker (Hrsgg.), „Heroische Therapien“. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918-1945, Göttingen 2013, S. 9–28.

Schneble, Hansjörg: Heillos, heilig, heilbar. Die Geschichte der Epilepsie von den Anfängen bis heute, Berlin 2003.

Schott, Heinz; Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006.

Schrappe, Otto: Psychiatrie in Würzburg und Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg in den letzten 5 Jahrzehnten, in: Schrappe, Otto; Nissen, Gerhardt (Hrsgg.), Universitäts-Nervenklinik Würzburg. Beiträge anlässlich der Inbetriebnahme des Neubaus, Würzburg 1982.

Schumacher, W.: Konrad Rieger und Robert Sommer. Gemeinsamkeiten der Psychiatriegeschichte Würzburgs und Gießens, in: Keil, Gundolf; Nissen, Gerhardt (Hrsgg.), Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft. Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der „Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg“, Stuttgart, New York 1985, S. 42–47.

Schüren, Reinhard: Soziale Mobilität. Muster, Veränderungen und Bedingungen im 19. und 20. Jahrhundert, St. Katharinen 1989.

Sichert, Verena Sabine: Geschlechtsspezifische Unterschiede im Umgang mit Alkoholkranken an der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg in den Jahren 1888 bis 1944 [Diss., Würzburg 2017].

Soder von Güldenstübbe, Erik: Die Schwestern des Erlösers (Congregatio Sororum a Sancto Redemptore). Geschichte einer Schwesterngemeinschaft 1849-2016 [Diss., Valendar 2017].

Spoerri, Th.: Konrad Rieger, in: Kollé, Kurt (Hrsg.), Grosse Nervenärzte. 21 Lebensbilder, Stuttgart 1956, S. 236–244.

Sticker, Georg: Entwicklungsgeschichte der Medizinischen Fakultät an der Alma Mater Julia, in: Buchner, Max (Hrsg.), *Aus der Vergangenheit der Universität Würzburg. Festschrift zum 350 jährigen Bestehen der Universität*, Berlin 1932, S. 383–799.

Stolberg, Michael (2012): *Möglichkeiten und Grenzen einer retrospektiven Diagnose*. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/268211444_Moglichkeiten_und_Grenzen_einer_retrospektiven_Diagnose, zuletzt geprüft am 31.07.2022.

Topp, Leslie: *Freedom and the cage. Modern architecture and psychiatry in Central Europe, 1890-1914*, University Park, Pennsylvania 2017.

Urbach, Anna: *Wie politisch darf „Irrenpflege“ sein? Die Geschichte gewerkschaftlicher Organisierung von psychiatrischen Pflegekräften im Deutschen Reich am Beispiel der preußischen Landesanstalt Uchtspringe 1900–1933*, in: *European Journal for Nursing History and Ethics* 2 (2020), S. 25–60.

Vanja, Christina: *Madhouses, Children’s Wards and Clinics. The Development of Insane Asylums in Germany*, in: Finzsch, Norbert; Jütte, Robert (Hrsg.): *Institutions of confinement. Hospitals, asylums, and prisons in Western Europe & North America, 1500-1900*, Cambridge 1996, S. 117-132.

Weber-Jasper, Elisabeth: *Wilhelm Weygandt (1870-1939). Psychiatrie zwischen erkenntnistheoretischem Idealismus und Rassenhygiene*, Husum 1996.

Wendehorst, Alfred: *Das Juliusspital in Würzburg. Band I - Kulturgeschichte*, Würzburg 1976.

Zimmermann, Heike: *Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg am Wendepunkt deutscher Geschichte bis zur Gegenwart [Diss., Halle-Wittenberg 1991]*.

10 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1 - Gebäude in der Rotkreuzstraße 13, in: Rieger, Konrad: Die Julius-Universität und das Julius-Spital. Fünfter Bericht aus den Jahren 1912 bis 1916 aus der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, Würzburg 1916, S. 71 (gemeinfrei).....30
- Abbildung 2 - Zeitgenössischer Plan der Stadt Würzburg, Lage der Klinik durch Pfeil markiert, in: Brockhaus' Konversations-Lexikon. Vierzehnte vollständig neubearbeitete Auflage. In sechzehn Bänden. Sechzehnter Band, Leipzig, Berlin, Wien 1894, S. 875a (mit freundlicher Genehmigung des Cornelsen Verlags).....33
- Abbildung 3 - Grundriss der psychiatrischen Klinik, in: Rieger, Konrad: Die neue psychiatrische Klinik der Universität Würzburg, in: Guttstadt, A. (Hrsg.), Klinisches Jahrbuch, V. Band. Im Auftrage Seiner Excellenz des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten, Berlin 1894a, S. 16-17 (mit freundlicher Genehmigung von Springer Nature).....41
- Abbildung 4 - Frontansicht der psychiatrischen Klinik, in: BHStA, OBB 8069/1 Ph315/XII (mit freundlicher Genehmigung des Bayerischen Hauptstaatsarchivs).....45
- Abbildung 5 - Entwicklung der jährlichen Aufnahmezahlen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....57
- Abbildung 6 - Zahl der jährlich in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg behandelten Personen, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....60
- Abbildung 7- Mittlerer Aufenthalt von Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 - 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik....62
- Abbildung 8 - Aufenthaltsdauer der Patientinnen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg in Perzentilen, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....64
- Abbildung 9 - Aufenthaltsdauer der Patienten der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg in Perzentilen, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....65
- Abbildung 10 - Entlassorte von Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der

psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik	70
Abbildung 11 - Als „weggelaufen“ oder „entlaufen“ verzeichnete Patient*innen der psychiatrischen Klinik Würzburg, 1893 - 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	72
Abbildung 12 - Entlassorte und Todesfälle der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	73
Abbildung 13 - Anteil der Weggänge und Todesfälle an den jährlich entlassenen Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	74
Abbildung 14 - Entlassorte der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg nach Geschlecht, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik	75
Abbildung 15 - Jährliche Sterberate in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	76
Abbildung 16 - Anteil von Neuaufnahmen männlicher Patienten aus außerdeutschen Staaten von 1893 bis 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik	82
Abbildung 17 - Entwicklung der Herkunft der Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	82
Abbildung 18 - Soziale Schichtung der in die psychiatrische Klinik der Universität Würzburg aufgenommenen Patient*innen, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik	85
Abbildung 19 - Berufliche Stellung der Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	89

Abbildung 20 - Wirtschaftsbereich der Tätigkeit von Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	90
Abbildung 21 - Anteil von Begutachtungen an allen unter Krankheitsform notierten Aufnahmeanlässen in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg von 1893 bis 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	94
Abbildung 22 - Geschlechtsunterschiede einzelner Diagnosen in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg, 1893-1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	100
Abbildung 23 - Durchschnittliches Alter der aufgenommenen Patient*innen der psychiatrischen Klinik von 1893 bis 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	109
Abbildung 24 - Darstellung der Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg nach Altersdekaden, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	110
Abbildung 25 - Familienstand der in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg behandelten Personen nach Geschlecht, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	112
Abbildung 26 - Konfession der in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg behandelten Personen von 1893 bis 1925, eigene Berechnung auf Basis der Standbücher der psychiatrischen Klinik, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.....	113

11 Tabellenverzeichnis⁵⁰⁶

Tabelle 1 - Geschlechtsabhängige durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen bei häufig in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg gestellten Diagnosen	66
Tabelle 2 - Vergleich der Aufenthaltsdauern der Patient*innen von Wittenauer Heilstätten und psychiatrischer Klinik in Würzburg	67
Tabelle 3 - Sterbeziffern in der psychiatrischen Klinik Würzburg, der Heil- und Pflegeanstalt Werneck sowie 30 öffentlichen und privaten Anstalten Bayerns von 1914 bis 1918	77
Tabelle 4 - Vergleich der Sterbeziffern in der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg und 31 Anstalten in Bayern in den Nachkriegsjahren bis 1925	79
Tabelle 5 - Verteilung der bei Patient*innen aus Bayern angegebenen Heimatorte auf die bayrischen Regierungsbezirke	80
Tabelle 6 - Verteilung der angegebenen Heimatorte auf inner- und außerdeutsche Staaten	81
Tabelle 7 - Vergleich der sozialen Schichten der Patient*innen der psychiatrischen Klinik in Würzburg mit der der Gesamtbevölkerung exemplarischer Städte im Jahr 1907.....	86
Tabelle 8 - Entlassorte der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg in Abhängigkeit von der Schichtzugehörigkeit der Patient*innen	88
Tabelle 9 – Verteilung von Diagnosen nach sozialer Schicht bei Patient*innen der psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg	88

⁵⁰⁶ Sofern nicht anders angegeben basieren die Daten auf eigenen Berechnungen auf Grundlage der Standbücher der psychiatrischen Klinik in Würzburg, UAWü: Aufnahmebücher der psychiatrischen Klinik.

12 Anhang

12.1 Diagnoseschema in Konrad Riegers „Leitfaden zur Psychiatrischen Klinik“⁵⁰⁷

Eintheilung der Krankheitsformen

- A. Organische, anatomisch nachweisbare Hirnkrankheiten.
 - I. Entwicklungshemmungen des Hirns, angeboren oder im Kindesalter entstanden:
 - a) Mikrocephalie,
 - b) Porencephalie,
 - c) Hydrocephalie.
 - II. Im erwachsenen Leben erworbene Veränderungen:
 - a) Diffuse: Progressive Paralyse,
 - b) Herdartige: Neoplasmen, Blutungs- und Erweichungsherde.
- B. Aetiologisch bestimmte Krankheitsbilder.
 - 1. Alkoholismus:
 - a) Anfälle von Delirium tremens,
 - b) Dauernder Schwachsinn, dauernde Verrücktheit der Alkoholisten.
 - 2. Morphinismus, Cocainismus, Ergotinismus, Atropinismus, etc.
 - 3. Cretinismus, Pellagra u. dergl. Geistesstörungen nach Exstirpation der Schilddrüse. (Basedow'sche, Addison'sche Krankheit.)
 - 4. Lyssa humana u. dergl.
 - 5. Geistesstörungen in Folge von Vergiftungen des Hirns durch im Körper selbst erzeugte Gifte (Urämie, Cholämie, Melanämie).
 - 6. Geistesstörungen bei akuten Infektionskrankheiten.
 - 7. Geistesstörungen in Folge von Hirnerschütterungen.
 - 8. Durch Hypnotisiren künstlich herbeigeführte Geistesstörung.
- C. Bloss symptomatisch bestimmte funktionelle Geistesstörungen ohne anatomischen Befund und ohne äussere Ursache. [...]

⁵⁰⁷ Rieger 1889, S. 63–67.

- I. Psychische Entwicklungsstörungen und von Geburt oder Kindheit an bestehende Abnormitäten:
 1. Originärer Schwachsinn (Idiotie).
 2. Originäre Verrücktheit (Paranoia).
 3. Originärer moralischer Irrsinn.
- II. Im späteren Leben ausbrechende Störungen: [...]
 - a) solche, die von ihrem ersten Beginne an lebenslänglich bestehen bleiben; in der Regel mit stürmischen Erscheinungen beginnend, dann in ein ruhigeres Stadium tretend und stationär bleibend; spätere Wiederholungen akuter Steigerungen jedoch nicht ausgeschlossen.
 1. Lebenslängliche Verwirrtheit,
 - α) mit Sinnestäuschungen,
 - β) ohne Sinnestäuschungen.
 2. Lebenslängliche Verrücktheit (Paranoia),
 - α) mit Sinnestäuschungen,
 - β) ohne Sinnestäuschungen.
 3. Lebenslänglicher Schwachsinn und Blödsinn. [...]
 4. Lebenslängliche Zwangsgedanken, Zwangsgefühle, Zwangsimpulse. [...]
 5. Lebenslänglicher moralischer Irrsinn.
 - b) solche, die nach ihrem ersten vorübergehenden Auftreten sich lebenslänglich oder wenigstens einen grossen Theil des Lebens hindurch mit längeren oder kürzeren Zwischenräumen periodisch wiederholen.
 1. Die mit epileptischen Anfällen verbundenen Geistesstörungen, welche unter den allerverschiedensten Formen sich periodisch wiederholen, in der Regel mit kurzer Dauer des Anfalls (Stunden oder Tage).
 2. Die periodischen Geistesstörungen ohne Epilepsie – in der Regel mit längerer Dauer des Anfalls (Wochen oder Monate).
 - aa) Periodische Verwirrtheit,
 - α) mit Sinnestäuschungen,
 - β) ohne Sinnestäuschungen.

- bb) Periodische Verrücktheit (Paranoia),
 - α) mit Sinnestäuschungen,
 - β) ohne Sinnestäuschungen.
 - cc) Periodische Anfälle von Zwangsgedanken, Zwangsgefühlen, Zwangsimpulsen.
 - dd) Periodische Anfälle von moralischem Irrsinn.
 - ee) Periodische Anfälle von Gemüthsdepression (Melancholie) und melancholischen Wahnideen.
 - ff) Periodische Anfälle von Gemüths-Exaltation (Manie) mit Delirien und Ideenflucht.
 - gg) Periodisch abwechselnde Zustände von Depression (Melancholie) und Exaltation (Manie), sogenannter circularer Irrsinn.
 - hh) Periodische Anfälle von Erinnerungslosigkeit (doppeltes Bewusstsein).
- c) solche, die nur als einmalige vorübergehende Anfälle auftreten und deren Dauer schwankt von einigen Stunden bis zu mehreren Jahren, nach welchen aber Restitution auf den früheren Zustand eintritt ohne bleibende psychische Veränderung.
1. Anfall von Gemüthsdepression (Melancholie) mit melancholischen Wahnideen,
 - α) mit normalem Verhalten der Körperbewegungen, Melancholia simplex,
 - β) mit motorischer Erregung bis zur Tobsucht, Melancholia activa,
 - γ) mit Starrsucht, Melancholia attonita (Stupor, Katalepsie).

Der als „Stupor“ bezeichnete Zustand kann auch so auftreten, dass eine melancholische Gemüthsverstimmung dabei gar keine Rolle mehr spielt, vielmehr der „stuporöse“ Zustand als solcher allein besteht, ohne dass über die Gemüthsstimmung etwas bestimmtes ausgesagt werden kann.
 2. Anfall von Gemüthsexaltation (Manie) mit Delirien und Ideenflucht,
 - α) ohne heftige motorische Erregung,

- β) mit Tobsucht.
 - 3. Anfall von Verwirrtheit,
 - α) mit Sinnestäuschungen,
 - β) ohne Sinnestäuschungen.
 - 4. Anfall von Verrücktheit (Paranoia),
 - α) mit Sinnestäuschungen,
 - β) ohne Sinnestäuschungen.
 - 5. Anfall von Schwachsinn und Blödsinn.
 - 6. Anfall von Zwangsgedanken, Zwangsgefühlen, Zwangsimpulsen.
 - 7. Anfall von moralischem Irrsinn,
 - 8. Anfall von Bewusstseinsverlust (ohne Epilepsie und Hysterie).
- d) Hysterischer Irrsinn.

12.2 Modifiziertes Diagnoseschema zur Auswertung der Standbücher der psychiatrischen Klinik

- A. Organische, anatomisch nachweisbare Hirnkrankheiten
 - a. Entwicklungshemmungen des Hirns, angeboren oder im Kindesalter entstanden (Mikrocephalie, Porencephalie, Hydrocephalie)
 - b. Im erwachsenen Leben erworbene Veränderungen
 - i. Diffuse (Progressive Paralyse)
 - ii. Herdartige (Neoplasmen, Blutungs-, Erweichungsherde)
- B. Ätiologisch bestimmte Krankheitsbilder
 - a. Alkoholismus
 - i. Nicht näher bezeichnet
 - ii. Anfälle von Delirium tremens
 - iii. Dauernder Schwachsinn, dauernde Verrücktheit der Alkoholisten
 - b. Morphinismus, Cocainismus, Ergotinismus, Atropinismus etc.
 - c. Geistesstörungen in Folge von Vergiftungen des Hirns durch im Körper selbst erzeugte Gifte (Urämie, Cholämie, Melanämie)
 - d. Geistesstörungen bei akuten Infektionskrankheiten
 - e. Geistesstörung in Folge von Gehirnerschütterung

- C. Bloss symptomatisch bestimmte funktionelle Geistesstörungen ohne anatomischen Befund und ohne äußere Ursache
- a. Originärer Schwachsinn (Idiotie)
 - b. Schwachsinn und Blödsinn (Dementia)
 - c. Verrücktheit (Paranoia)
 - d. Moralischer Irrsinn
 - e. Verwirrtheit
 - f. Zwangsgedanken, Zwangsgefühle, Zwangsimpulse
 - g. Epilepsie und damit verbundene Geistesstörungen
 - h. Gemütsdepression (Melancholie)
 - i. Gemütsexaltation (Manie)
 - j. Circulärer Irrsinn
 - k. Stupor
 - l. Hysterischer Irrsinn
- D. Sonstige Erkrankungen
- E. Begutachtung/Beobachtung

12.3 Ärzte der Klinik⁵⁰⁸

Assistenten

	1. Assistent	2. Assistent	Koassistent
SoSe 1893	Dr. Robert Sommer		
WiSe 1893/94	Privatdocent Dr. Robert Sommer	vacat.	
SoSe 1894	Privatdocent Dr. Robert Sommer	Dr. Max Zanke	
WiSe 1894/95	Privatdocent Dr. Robert Sommer	Dr. Max Zanke	
SoSe 1895	Dr. Max Zanke	vacat.	
WiSe 1895/96	Dr. Max Zanke	Dr. Gustav Wolff	
SoSe 1896	Dr. Max Zanke	Dr. Gustav Wolff	
WiSe 1896/97	Dr. Max Zanke	Dr. Gustav Wolff	
SoSe 1897	Dr. Gustav Wolff	Dr. Sigmund Steinheil	
WiSe 1897/98	Privatdozent Dr. med. et. phil. Gustav Wolff	vacat.	Dr. med. Johann Baptist Aumüller

⁵⁰⁸ Vgl. Personalbestand der Königlich-Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1893-1918; Personalstand der Julius-Maximilians-Universität Würzburg 1918-1920, 1925.

SoSe 1898	Privatdozent Dr. med. et. phil. Gustav Wolff	Dr. med. Johann Baptist Aumüller	
WiSe 1898/99	vacat.	Dr. med. Johann Baptist Aumüller	and. med. Ernst Gros
SoSe 1899	Dr. med. Johann Baptist Aumüller	vacat.	and. med. Otto Schöllhammer
WiSe 1899/1900	Dr. med. Johann Baptist Aumüller	vacat.	and. med. Jo- hannes Mertens
SoSe 1900	Dr. med. Johann Baptist Aumüller	Dr. Wilhelm Braunwart	
WiSe 1900/01	Dr. med. Johann Baptist Aumüller	Dr. Wilhelm Braunwart	
SoSe 1901	Dr. med. Johann Baptist Aumüller	Dr. Theodor Zahn	
WiSe 1901/02	Dr. Theodor Zahn	Dr. Theodor Buder	
SoSe 1902	Dr. Theodor Zahn	Dr. Theodor Buder	
WiSe 1902/03	Dr. Theodor Zahn	Dr. Theodor Buder	
SoSe 1903	Dr. Martin Reichardt	Dr. Harry Bayon	
WiSe 1903/04	Dr. Martin Reichardt	Dr. Harry Bayon	
SoSe 1904	Dr. Martin Reichardt	Dr. Harry Bayon	
WiSe 1904/05	Dr. Martin Reichardt	Dr. Harry Bayon	
SoSe 1905	Dr. Martin Reichardt	Dr. Georg Dreyfuss	
WiSe 1905/06	Dr. Martin Reichardt	Dr. Georg Dreyfuss	
SoSe 1906	vakat.	Dr. Dr. Friedrich Beck	
WiSe 1906/07	vakat.	appr. Arzt Dr. Edmund Kistenfeger	
SoSe 1907	vakat.	and. med. Josef Entres	
WiSe 1907/08	vakat.	Dr. Josef Entres	
SoSe 1908	Privatdozent Dr. Martin Reichardt	Dr. Alfred Röhl	
WiSe 1908/09	Privatdozent Dr. Martin Reichardt	Dr. Alfred Röhl	
SoSe 1909	Privatdozent Dr. Martin Reichardt	Dr. Alfred Röhl	
WiSe 1909/10	Privatdozent Dr. Martin Reichardt	Dr. Alfred Röhl	
SoSe 1910	Privatdozent Dr. Martin Reichardt	appr. Arzt Alfred Röhl	
WiSe 1910/11	Privatdozent Dr. Martin Reichardt	vakat.	
SoSe 1911	Privatdozent Dr. Martin Reichardt	In Vertretung Medizinalpraktikant Heinrich Dessloch	
WiSe 1911/12	Prof. Dr. Martin Reichardt	In Vertretung Medizinalpraktikant Heinrich Dessloch	
SoSe 1912	Prof. Dr. Martin Reichardt	vakat.	
WiSe 1912/13	Prof. Dr. Martin Reichardt	vakat.	
SoSe 1913	Prof. Dr. Martin Reichardt	zurzeit erledigt	
WiSe 1913/14	Prof. Dr. Martin Reichardt	zurzeit erledigt	
SoSe 1914	Prof. Dr. Martin Reichardt	zurzeit erledigt	
WiSe 1914/15	Prof. Dr. Martin Reichardt	zurzeit erledigt	
SoSe 1915	Prof. Dr. Martin Reichardt	zurzeit erledigt	
WiSe 1915/16	Prof. Dr. Martin Reichardt	zurzeit erledigt	
SoSe 1916	Prof. Dr. Martin Reichardt	zurzeit erledigt	
WiSe 1916/17	Prof. Dr. Martin Reichardt	zurzeit erledigt	
SoSe 1917	Prof. Dr. Martin Reichardt	zur Zeit erledigt	

WiSe 1917/18	Prof. Dr. Martin Reichardt	zur Zeit unbesetzt
SoSe 1918	Prof. Dr. Martin Reichardt	zur Zeit unbesetzt
WiSe 1918/19	Dr. Martin Reichardt	Förtig Hermann
SoSe 1919	Dr. Martin Reichardt	Dr. Förtig Hermann
Für WiSe 1919/20 bis WiSe 1924/25 keine Personalverzeichnisse vorhanden		
SoSe 1925	Dr. Kroiss Otto	Dr. Strecker Herbert

Volontärärzte

SoSe 1893	Dr. Rudolph Götze	Dr. Bruno Bernhard
WiSe 1893/94	Dr. Emmanuel Scheiber	Max Zanke
SoSe 1894	Dr. Wilhelm Schaumann	Dr. J. B. Unkelhäuser
WiSe 1894/95	Dr. J. B. Unkelhäuser	Dr. Alfred Peipers
SoSe 1895	cand. med. Georg Pütterich	cand. med. Ernst Gleiwitz
WiSe 1895/96	Dr. med. et phil. Sommer	Dr. Lilienstein Dr. Alber
SoSe 1896	Dr. med. et phil. Georg Sommer	Dr. Ernst Lutz
WiSe 1896/97	Dr. med. et phil. Georg Sommer	Dr. Sigmund Steinheil
WiSe 1900/01	Dr. Theodor Zahn	
SoSe 1925	Dr. Schütz Arthur	

Leitung der Poliklinik für psychischnervöse Krankheiten

SoSe 1904 bis SoSe 1908	Wilhelm Weygandt
ab WiSe 1908/09	Martin Reichardt

Danksagung

Zunächst gilt mein Dank Frau Prof. Dr. Karen Nolte, welche mich zu diesem Forschungsprojekt anregte, mir als Betreuerin zur Seite stand und mich mit vielen hilfreichen Anmerkungen unterstützte. Auch Herrn Prof. Dr. Jürgen Deckert möchte ich danken, für die Übernahme der Zweitbetreuung und für das Zurverfügungstellen der Standbücher aus dessen Klinik. Zu danken habe ich auch den Archiven, aus deren Fundus ein bedeutender Teil der verwendeten Quellen stammt.

Ein besonderer Dank gilt meinen Eltern. Danke für all eure Unterstützung und die Möglichkeit mein Leben und mein Werden nach meinen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten. Auch möchte ich meinen Großeltern danken, die mit dazu beigetragen haben, dass mein Studium in der entsprechenden Form stattfinden und auch diese Dissertation angefertigt werden konnte. Ihr hättet euch sicher gefreut diese Arbeit in den Händen zu halten. Vielen Dank außerdem an Valentin für die hilfreichen Gedanken und Ratschläge. Nicht zuletzt gilt mein Dank natürlich auch Laura: Danke für die immer liebevolle Unterstützung und dein Glauben an mich und mein Tun.