

**Das Verhältnis von Universitäts-
und Anstaltspsychiatrie in Bonn zu Beginn des 20.
Jahrhunderts**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
Bonn

Anna Franziska Böhme, geb. Hötter
aus Siegburg

2011

Angefertigt mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz Schott
2. Gutachter: Priv.- Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. Franziska Geiser

Tag der Mündlichen Prüfung: 19. 07. 2011

Aus dem Medizinhistorischen Institut der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-
Universität Bonn

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Heinz Schott

Meiner Familie

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	8
1 Einleitung	9
1.1 Ziel der Arbeit	14
1.2 Zeitlicher Rahmen	14
1.3 Stand der Forschung	15
1.4 Fragestellungen	16
1.5 Aufbau der Arbeit	17
2 Historischer Hintergrund	19
2.1 Entwicklung der Universitätspsychiatrie in Deutschland	19
2.1.1 Datierung der Trennung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie	23
2.2 Besonderheiten in Bonn: Räumliche Konstellation und Personalunion	25
3 Verwendetes Material / Methode	28
4 Untersuchungsraum: Die Bonner Psychiatrie	31
4.1 Die Entwicklung der Bonner Psychiatrie im 19. Jahrhundert	31
4.1.1 Die Anfänge einer akademischen Psychiatrie in Bonn: Friedrich Nasse und Maximilian Jacobi	31
4.1.2 Die Gründung der Provinzialanstalt Bonn	36
4.1.3 Werner Nasse	40
4.1.4 Carl Pelman	43
4.1.5 Zusammenfassung der Geschichte der Bonner Psychiatrie im 19. Jahrhundert	46
4.2 Die Entwicklung der Bonner Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhundert	46
4.2.1 Alexander Westphal	46
4.2.2 Die Vertretung der Neurologie an der Bonner Universität	50
4.2.3 Die Gründung der Universitätsklinik	53
5 Die personellen und organisatorischen Verbindungen zwischen Nervenlinik und PHP	57
5.1 Die personellen Zusammenhänge	57
5.1.1 Ärzteschaft	57
5.1.1.1 Der klinische Assistenzarzt – Die Planungen vor der Klinikeröffnung	57
5.1.1.2 Entwicklung des ärztlichen Personals an Klinik und Anstalt	60
5.1.2 Pflegepersonal	65
5.1.3 Weitere Angestellte	66

5.2 Die Darstellung der Provinzialanstalt in den Chroniken der Universität Bonn	68
6 Vergleich der Patienten der Klinik und der Anstalt und daraus resultierende Aufgaben in der Patientenversorgung	70
6.1 Patientenzahlen	70
6.1.1 Größe der Häuser	70
6.1.2 Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten	71
6.2 Vergleich der in Anstalt und Klinik vergebenen Diagnosen	73
6.2.1 Die Krankheitsbezeichnungen in der Anstalt.....	73
6.2.2 Vergleich der in den Krankenakten gestellten Diagnosen	75
6.2.3 Exkurs: Die männliche Dominanz unter den Klinikpatienten und die Neurasthenie ..	82
6.3 Begutachtungen.....	83
6.4 Die Überweisungspraxis zwischen den zwei Häusern.....	85
6.4.1 Exkurs: Die Außendarstellung der Klinik, exemplarisch an einem Briefwechsel dargestellt	87
6.5 Soziale Herkunft der Patienten	88
6.5.1 Die Verteilung der Patienten auf die Versorgungsklassen.....	88
6.5.2 Die jeweiligen Kostenträger.....	92
6.5.3 Exkurs: Fallvorstellung	94
7 Die Behandlungsmethoden	96
7.1 Vergleich der Therapien an Nervenlinik und Anstalt	96
7.2 Die Rolle der Anstalt als Verwahranstalt.....	105
8 Die psychiatrische Lehre in Bonn	108
9 Die Forschung der Bonner Psychiatrie	112
9.1 Forschungsgebiete von Alexander Westphal	112
9.2 Veröffentlichungen der ärztlichen Mitarbeiter aus Nervenlinik und Provinzialanstalt ..	114
9.3 Dissertationen.....	115
10 Diskussion.....	118
11 Zusammenfassung	123
12 Anhang	125
12.1 Tabellen- und Graphikverzeichnis	125
12.2 Abbildungsverzeichnis	127
12.3 Tabellen.....	128

12.4 Wichtige Quellen	167
12.5 Abbildungen.....	178
13 Quellen- und Literaturverzeichnis.....	190
13.1 Archive.....	190
13.2 Literatur.....	191
14 Danksagung.....	199
15 Lebenslauf.....	200

Abkürzungsverzeichnis

RK	Rheinische Kliniken
LVR	Landesverband Rheinland
PHP	Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt
WS	Wintersemester
SS	Sommersemester
UA	Universitätsarchiv Bonn
MF	Medizinische Fakultät
PA	Personalakte
APG.....	Arbeitskreis Psychiatriegeschichte Bonn
VT.....	Verpflegungstage

1 Einleitung

„Alles das wäre nicht möglich, wenn nicht so ein umfangreiches Krankenmaterial zur Verfügung stände; gerade für diese Zwecke hat sich die Kombination von Anstalt und Klinik als äußerst segensreich erwiesen. Es wäre zu wünschen, daß sie der Universität noch lange erhalten bliebe.“¹

Mit diesen Worten beendete 1933 der damalige Ordinarius für Psychiatrie der Universität Bonn, Arthur HÜBNER, einen Bericht über die Bonner Nervenklinik.² Aus heutiger Sicht verwundert diese Aussage, da die medizinhistorische Literatur für den Zeitraum vom Ende des 19. Jahrhunderts bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein eine Trennung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie innerhalb der deutschen Psychiatrie hervorhebt. HÜBNER dagegen betont in dem oben angeführten Zitat eine Verbindung zwischen der Bonner Anstalt und der dortigen psychiatrischen Universitätsklinik.

Die beiden Begriffe Universitäts- und Anstaltspsychiatrie führte Karl JASPERS ein.³ Schon 1913 stellte er in seiner ersten Fassung der „Allgemeinen Psychopathologie“ die Besonderheiten und Unterschiede der Psychiatrie in Anstalten und Kliniken dar. An dieser Stelle beschrieb er kritisch die Folgen der Übernahme der psychiatrischen Wissenschaft, die ursprünglich in den Anstalten stattfand, durch die Universitätskliniken und die hieraus resultierenden Änderungen:

„Im Laufe des 19. Jh. wurde die wissenschaftliche Arbeit in der Psychiatrie zunehmend von den Psychiatern an Universitäten und deren Kliniken geleistet. Damit gewann die Wissenschaft eine neue Färbung. Sie wurde vorwiegend von Menschen gefördert, die nicht mehr von früh bis spät das Leben mit ihren Kranken teilten, sie geriet in Laboratorien, sei es für Hirnanatomie, sei es für experimentelle Psychopathologie, sie wurde herzloser, kleinlicher, unpersönlicher, ungebildeter, sie verlor sich in endlose Einzelheiten, Messungen, Zählungen, Befunde, verlor das Bildhafte und Gestaltete.“⁴

Der Wandel brachte seinen Äußerungen nach aber auch Vorteile, insbesondere die Erweiterung des psychiatrischen Arbeitsgebietes, welches nun auch leichtere psychische Erkrankungen und Studien über menschliches Normverhalten umfasse.⁵

¹ Hübner, 1933, S. 108.

² Das Wort „Klinik“, bzw. „Nervenklinik“ bezeichnet in diesem Zusammenhang eine universitäre Institution.

³ Vgl. Ackerknecht, 1985, S. 62.

⁴ Jaspers, 1913, S. 328.

⁵ Vgl. ebd.

Trotz der Dominanz der Universitätspsychiatrie betonte JASPERS weiterhin das wissenschaftliche Potential der Anstaltspsychiatrie.

„Was nach diesen umwälzenden Veränderungen der psychiatrischen Wissenschaft zukünftig aus dem Verhältnis der Universitäts- zur Anstalts- Psychiatrie wird, ist nicht zu sagen. Die Anstaltspsychiatrie ist ihren Mitteln und Material nach jedenfalls berufen zu einer wissenschaftlichen Arbeit, die an Bedeutung ihrer ruhmvollen Vorzeit nichts nachzugeben braucht; sie allein kann in dem engen, regelmäßigen Zusammenleben mit den Kranken durch lange Zeit hindurch die psychiatrischen Persönlichkeiten bilden, die auf Grund ihrer reichen Anschauung feiner beobachtete Biographien Kranker liefern, ein tiefer in die seelischen Zusammenhänge des Kranken eindringendes, nacherlebendes Einfühlen in sich entwickeln können.“⁶

Diese Bemerkungen verdeutlichen, dass JASPERS schon bei der Einführung der beiden Begriffe die Gegensätzlichkeit von Universitäts- und Anstaltspsychiatrie betonte. Zudem lässt sich erkennen, dass JASPERS schon zu diesem Zeitpunkt eine skeptische Einstellung gegenüber der divergierenden Entwicklung innerhalb der Psychiatrie hatte.

Im Gegensatz zu dieser kritischen Darstellung gehen andere zeitgenössische Publikationen vor allem auf die Vorzüge der Universitätskliniken ein. August CRAMER beispielsweise betonte die Anziehungskraft der Universitätskliniken auf die besser gestellten Bevölkerungsschichten und daraus resultierende Vorteile hinsichtlich Finanzen und Forschung. Zudem seien die Universitätskliniken besonders erfolgreich in der Publikation wissenschaftlicher Ergebnisse und Entwicklung neuer Behandlungsmethoden.⁷ Im Unterschied zu JASPERS beschreibt CRAMER allerdings nicht eine Trennung zwischen den beiden Richtungen.

Seit JASPERS Darstellungen finden sich in der Literatur zur Psychiatriegeschichte zunehmend Äußerungen zu den Unterschieden der beiden Psychiatrieformen, wobei die Konsequenzen einer zweigeteilten Psychiatrie jedoch unterschiedlich wahrgenommen werden.

Der Historiker Erwin Heinz ACKERKNECHT unterscheidet in seiner „Kurzen Geschichte der Psychiatrie“ zwar die beiden Begriffe Universitäts- und Anstaltspsychiatrie, er bezieht sich dabei aber ausschließlich auf die Übernahme der wissenschaftlichen Vorreiterstellung durch die Universitäten am Ende des 19. Jahrhunderts. So spricht er davon, dass die „deutsche ‚Anstaltspsychiatrie‘ von der deutschen ‚Universitätspsychiatrie‘ abgelöst“⁸ worden sei. Entschei-

⁶ Ebd.

⁷ Vgl. Cramer, 1910, S. 6.

⁸ Ackerknecht, 1985, S. 62.

dend ist für ACKERKNECHT, dass infolgedessen „die deutsche Psychiatrie internationale Geltung erreichte und immer mehr international führend wurde“⁹. Negative Konsequenzen aus dieser Entwicklung spricht er nicht an.

Ähnlich ist folgende Aussage von Hans-Heinz EULNER aus dem Jahr 1970 zu werten. Er nennt zwar die Nachteile der Anstalten, die Aufteilung der Psychiatrie an sich stellt er allerdings als sinnvoll dar:

„Seit etwa 1880 empfand man die Benutzung der Anstalten [durch die Anstalten, Anm. d. Verf.] als lästigen Kompromiß. Kompetenzkonflikte, der geringe Patienten- ‚Durchgang‘, die Belastung mit Unheilbaren, die Unmöglichkeit, Nervenranke in ihnen unterzubringen, ihre abseitige Lage führten allmählich zur Lösung der Personalunion: der Professor forderte und erhielt eine Universitätsklinik [...], die Anstalten fielen wieder in den alten Status abseits der Universitäten zurück und erwiesen sich künftig nützlich durch die Aufnahme abgeschobener, klinisch uninteressanter Dauerpatienten.“¹⁰

Als EULNER diesen Text verfasste, waren aber auch schon deutlich kritischere Stimmen in Bezug auf die Trennung von Anstalten und Universitäten laut geworden. Hier ist ein Kommentar des Psychiaters Walter SCHULTE aus den 1960ern zu nennen, in dem er hinsichtlich der zeitgenössischen Psychiatrie explizit von einer Kluft innerhalb der Psychiatrie spricht: „Wie immer man auch dazu [Namensgebung der Anstalten, Anm. d. Verf.] steht, sollte man es zum Anlaß nehmen, die aufgerissene Kluft zwischen Kliniks- und Anstaltspsychiatrie nicht nur institutionell, sondern vor allem auch von der Sache her zu überwinden.“¹¹

Ebenso wie SCHULTE hier die zeitgenössische Psychiatrie kritisiert, nehmen in der medizinhistorischen Forschung verschiedene Autoren die Folgen der Entstehung einer Universitätspsychiatrie als negativ wahr.

So beschreiben Heinz SCHOTT und Rainer TÖLLE die Situation innerhalb der Psychiatrie als „Graben zwischen Anstalt und Klinik“¹², einhergehend mit einer Zweiklassenpsychiatrie.¹³ Dies sei unter anderem daran spürbar gewesen, dass die Anstalten, welche unter einer ständigen Überfüllung gelitten hätten, zu einer Verwahrspsychiatrie mit kustodialeem Verwaltungsstil verkommen seien, in denen eine individuelle Therapie nicht mehr möglich gewesen sei.¹⁴ Die Universitätskliniken dagegen seien fortwährend gut ausgestattet gewesen und hätten an Bedeutung

⁹ A. a. O., S. 72.

¹⁰ Eulner, 1970, S. 282.

¹¹ Schulte, 1962, S. 3.

¹² Schott/ Tölle, 2006, S. 296.

¹³ Vgl. ebd.

¹⁴ Vgl. a. a. O., S. 269ff & S.298ff.

zugenommen.¹⁵ Aus dieser Zweiteilung seien für beide Seiten Nachteile entstanden. Durch die fehlende Teilnahme an der Regelversorgung hätten die Kliniken die Patienten mit chronischen Erkrankungen nicht mehr wahrgenommen. Dadurch seien weniger Erkrankungen in die Forschung und Lehre eingeflossen. In den Anstalten dagegen sei keine wissenschaftliche Arbeit mehr durchgeführt worden und damit auch keine neuen Ideen für die Patientenbetreuung entstanden. Schließlich hätten die Anstalten, vor allem die Großkrankenhäuser, bloß als zweitklassig gegolten. Dies habe sich unter anderem in ihrer geringeren personellen Ausstattung geäußert.¹⁶

Die Kluft zwischen Universitäten und Anstalten habe sich zudem darin gezeigt, dass es kaum Wechsel von Ärzten von einer Klinik zu einer Anstalt oder umgekehrt gegeben habe. Zudem sei es für die Anstalten durch die Lösung von der studentischen Ausbildung schwierig geworden, ärztlichen Nachwuchs zu finden.¹⁷

SCHOTT und TÖLLE legen auch dar, dass es sich bei dem Graben innerhalb der Psychiatrie um ein deutsches Phänomen gehandelt habe. Ganz anders sei zum Beispiel die Situation in der Schweiz gewesen, in der große Anstalten gleichzeitig als Universitätskliniken gedient hätten.¹⁸

Ebenso beschreibt Ulrich TRENCKMANN eine Loslösung der universitären Wissenschaft von der Patientenversorgung.

„Die Eingliederung in die allgemeine Medizinentwicklung hat ihren Preis. Die Psychiatrie hört auf, Seelenheilkunde zu sein. Sie wird zur ‚Nervenpathologie‘. Die neuerworbene wissenschaftliche Reputation kommt der Universitätspsychiatrie zugute. Die Versorgungspsychiatrie in der Anstalt wird von der Psychiatrieentwicklung abgekoppelt.“¹⁹

„Der Ort psychiatrischer Wissenschaft ist nicht mehr die Anstalt. Mehr und mehr getrennt von der Masse, vor allem der chronisch kranken Patienten, wird Hirnpsychiatrie in den neu entstehenden Universitätskliniken betrieben. Eine separierte Universitätspsychiatrie entsteht.“²⁰

Laut TRENCKMANN waren die Universitätskliniken, im Gegensatz zu den Anstalten, personell gut und mit vergleichsweise wenig Betten ausgestattet. Hier seien vor allem akut erkrankte Patienten schnell einer Diagnostik unterzogen und wieder entlassen worden. Patienten mit einer

¹⁵ Vgl. a. a. O., S. 296.

¹⁶ Vgl. a. a. O., S. 296f.

¹⁷ Vgl. a. a. O., S. 297.

¹⁸ Vgl. a. a. O., S. 295.

¹⁹ Trenckmann, 1988, S. 164.

²⁰ Vgl. a. a. O., S. 183.

langwierigen Erkrankung dagegen seien in eine Anstalt verlegt worden.²¹ Somit habe die Psychiatrische Universitätsklinik als eine „von der Anstalt stark geschiedenen Institution mit selektiertem Patientengut“²² bestanden.

Ebenso hebt der Historiker Dirk BLASIUS die Trennung von Universitäten und Anstalten und die daraus resultierenden Nachteile hervor.²³ Diese Trennung habe dazu geführt, dass es trotz ausgeprägt betriebener Wissenschaft keinerlei Fortschritt in der Patientenversorgung gegeben habe. BLASIUS beschreibt diese Situation folgendermaßen: „Die Anstaltsmalaise blieb, auch wenn die Präparationstechniken der Nervenbahnen im Gehirn immer ausgefeilter wurden.“²⁴

Genauso betont Bernd WALTER die fehlenden Zusammenhänge zwischen Forschung und praktischer Patientenversorgung. Die Universitätspsychiatrie sei attraktiv gewesen, da sie „der Psychiatrie das Image einer ‚Quasi‘ – Naturwissenschaft gab und den Makel der Zurückgebliebenen innerhalb der medizinischen Disziplinen abzustreifen erlaubte.“²⁵ Als Folge dessen sei die psychiatrische Praxis vernachlässigt worden, da sich die wissenschaftlichen Bemühungen auf hirnanatomische, physiologische und biologische Fragestellungen konzentriert hätten.²⁶

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass verschiedenste Autoren die Situation der Psychiatrie in Deutschland über weite Teile des 20. Jahrhunderts hinweg dahingehend charakterisieren, dass eine Kluft zwischen Anstalten und Universitäten mit Nachteilen für beide Institutionen bestanden habe.

Die Anstalten werden als Massenbetriebe dargestellt, in denen ein kustodialer Verwaltungsstil herrschte und aufgrund einer ständigen Überfüllung eine individuelle Behandlung nicht durchzuführen war. Außerdem werden Anstalten als Verwahranstalten, in denen vor allem chronische Patienten untergebracht waren, gesehen.

Die Universitätskliniken gelten dagegen als gut ausgestattete, kleine und damit überschaubare Forschungsstationen, in denen die Patienten nur eine kurze Verweildauer aufwiesen.

Zwischen den beiden Institutionen, so sind sich viele Autoren einig, habe eine Kluft geherrscht, die sich unter anderem durch fehlenden personellen Austausch zwischen Anstalten und Kliniken geäußert habe. Als Folge dieser Kluft seien die Anstalten, und damit auch die dort un-

²¹ Vgl. ebd.

²² A. a. O., S. 190.

²³ Vgl. Blasius, 1994, S. 86.

²⁴ A. a. O., S. 124.

²⁵ Walter, 1996, S. 61.

²⁶ Vgl. ebd.

tergebrachten Patienten, von den wissenschaftlichen Errungenschaften abgeschnitten gewesen. Auf der anderen Seite seien auch für die Universitäten Nachteile aus dieser Kluft entstanden, da sie den Bezug zur Praxis verloren hätten. Zudem sei ihr Spektrum für Forschung und Lehre deutlich eingeschränkt gewesen.

1.1 Ziel der Arbeit

Vor diesem Hintergrund stellt sich nun die Frage, warum HÜBNER in Bezug auf die Bonner Psychiatrie eine Kombination von Anstalt und Klinik anspricht, obwohl zu dieser Zeit eigentlich ein Graben zwischen Universitäten und Anstalten existierte. Aus oben genanntem Zitat lässt sich sogar der Anschein erwecken, als wolle HÜBNER eine Besonderheit der Bonner Psychiatrie hervorheben. Damit stellt sich die Frage, ob in Bonn ebenfalls eine Kluft bestand oder ob das Verhältnis von Anstalt und Klinik hier enger als in anderen Regionen Deutschland war.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das Verhältnis zwischen der Bonner Nervenlinik als universitärer Institution und der Bonner Provinzialanstalt genauer zu untersuchen und dadurch die gängige Meinung über das Verhältnis von Anstalts- und Universitätspsychiatrie anhand des lokalen Beispiels Bonn zu überprüfen. Dies erscheint viel versprechend, da, wie die Historiker Volker ROELCKE und Eric J. ENGSTROM betonen, „in unterschiedlichen Regionen, Institutionen oder auch Tätigkeitsfeldern [...] jeweils unterschiedliche Elemente und Aspekte von längerfristigen [...] und zeitspezifischen Mustern sich zu lokal spezifischen Konfigurationen zusammenfügten.“²⁷

1.2 Zeitlicher Rahmen

Als zeitlicher Untersuchungsrahmen wurde für diese Arbeit der Zeitraum von der Eröffnung des neuen Klinikbaus im Oktober 1908 bis zum Beginn des ersten Weltkrieges im August 1914 gewählt. Die Eröffnung des Klinikbaus erschien als Anfangspunkt des Betrachtungszeitraums sinnvoll, da die medizinhistorische Literatur spätestens ab der Institutionalisierung der Universitätspsychiatrie durch den Bau eigener Kliniken von einer Trennung ausgeht.²⁸ Der erste Weltkrieg

²⁷ Vgl. Engstrom/ Roelcke, 2003, S. 16.

²⁸ Vgl. Kapitel 2.1.1.

brachte für die psychiatrische Arbeit so viele Änderungen²⁹, dass es sinnvoll erscheint, hier den Vergleich zu beenden.

1.3 Stand der Forschung

Bis heute sind kaum lokale Studien zu dem Verhältnis von Anstalts- und Universitätspsychiatrie entstanden. Insbesondere die Auswirkungen der Trennung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie auf die Patientenbetreuung sind noch weitestgehend unerforscht.³⁰

Dissertationen mit einem vergleichbaren Kontext wurden zu der Geschichte der Marburger Universitäts- und Anstaltspsychiatrie veröffentlicht. Diese befassen sich in erster Linie jedoch mit der Entstehungsgeschichte der Universitätsklinik und dem Schicksal der Akteure.³¹ Auf die Beziehung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie oder Auswirkungen auf Patientenversorgung wird hier nicht eingegangen. Ebenso verhält es sich bei einer Arbeit über die Psychiatrische Klinik der Universität München.³²

Als Ausnahme sind hier einige wenige Studien aus den 1960er Jahren anzuführen, die die zeitgenössischen Zustände der Patientenversorgung untersuchten und dabei Anstalten und Kliniken gegenüberstellten. Dabei soll zunächst eine Studie von Joachim-Ernst MEYER et al. aus dem Jahr 1964 genannt werden, welche die Therapie von psychotischen Patienten einer Universitätsklinik und einer Anstalt in dem Zeitraum von 1930 bis 1960 vergleicht.³³ Daneben existiert eine vergleichende Studie aus dem Jahr 1968 über die Besuchsfrequenz bei psychotischen Patienten.³⁴ In einer weiteren wissenschaftlichen Abhandlung beschrieb Joachim-Ernst MEYER 1968 die unterschiedliche Arzt-Betten-Relation an psychiatrischen Universitätskliniken und an Landeskrankenhäusern.³⁵

Außerdem ist an dieser Stelle noch eine Studie aus dem Jahr 1996 von KERSTING über die Anstaltspsychiatrie in Westfalen zu nennen, in der er unter anderem personelle Verbindungen zwischen der psychiatrischen Universitätsklinik in Münster und den umliegenden Provinzialanstalten in den 1920ern und 1930ern untersuchte. Hierbei konnte er feststellen, dass in Münster

²⁹ Vgl. Walter, 1996, S. 23f.

³⁰ Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 297.

³¹ Vgl. Gutberlet, 1981; Mazumdar, 2005; Pause, 1989.

³² Vgl. Hippus et al., 2005.

³³ Vgl. Schott/Tölle, 2006, S. 297.

³⁴ Vgl. Meyer, 1968, S. 5.

³⁵ Vgl. a. a. O., S. 9.

und dessen Umgebung tatsächlich personelle Wechsel zwischen der Universitätspsychiatrie und den regionalen Anstalten stattgefunden hatten.³⁶

1.4 Fragestellungen

Die Kluft zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie zeichnet sich, wie zuvor erörtert, durch verschiedene Kriterien aus. Hierzu zählen unter anderem fehlender personeller Austausch, unterschiedliche Schwerpunkte in der Patientenbetreuung oder alleinige Ausübung der Forschung durch die Kliniken. Um dieser Vielzahl an Kriterien gerecht zu werden, wurden im Rahmen dieser Arbeit verschiedene Fragestellungen entwickelt, die ein möglichst breites Spektrum der verschiedenen Aspekte des Verhältnisses zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie beleuchten sollen.

- 1) Zunächst stellt sich die Frage, welche Motivationen und Überlegungen bei der Gründung von Anstalt und Klinik eine Rolle spielten und inwiefern schon eine unterschiedliche Zielsetzung bei der Gründung der Institutionen eine eventuell später vorliegende Spaltung bedingte. Zur Beantwortung dieser Fragen dienen eine Darstellung der Entwicklung der Bonner Psychiatrie und eine Erörterung der jeweiligen Umstände der Anstalts- und der Klinikgründung. In diesem Rahmen sind zunächst die offiziell dargelegten Beweggründe für die Gründungen wichtig. Daneben versucht diese Arbeit, die persönlichen und berufspolitischen Beweggründe der jeweiligen Akteure, insbesondere des Klinikgründers Alexander WESTPHAL, darzustellen.

Diese Herangehensweise soll die Handlungen der Psychiater im Kontext ihres gesellschaftlichen Gefüges sehen, wie es unter anderem die Historiker ROELCKE und ENGSTROM fordern.³⁷

- 2) Weiterhin stellt sich die Frage, ob es organisatorische, räumliche und personelle Verbindungen zwischen Nervenlinik und Anstalt gab. Insbesondere der mangelnde Wechsel der Ärzte von Universitätskliniken zu Anstalten und umgekehrt stellt ein wichtiges Kriterium der Kluft zwischen den beiden Psychiatrieformen dar. Daher ist es ein Ziel dieser Arbeit, zu untersuchen, ob es in Bonn Arztwechsel zwischen den beiden Institutionen gab. Zudem sollen die

³⁶ Vgl. Kersting, 1996, S. 195ff. & S. 367.

³⁷ Vgl. Engstrom/ Roelcke, 2003, S. 18f.

Karrierewege der Bonner Privatdozenten der Psychiatrie beleuchtet und auf Schnittstellen zwischen Anstalt und Universität hin überprüft werden. Ebenso sollen die weiteren an Anstalt und Klinik tätigen Berufsgruppen, speziell die Pflegekräfte, hinsichtlich eventueller Verbindungen zwischen Anstalt und Klinik untersucht werden.

- 3) Die dritte Fragestellung beschäftigt sich mit der Überlegung, inwiefern die beiden Institutionen unterschiedliche Aufgaben in der Patientenversorgung wahrnahmen und ob in Anstalt und Klinik unterschiedliche Patientenklientel betreut wurden. Hierbei liegt ein Schwerpunkt auf der Frage, ob die Klinik Anteil an der Betreuung chronischer Patienten nahm.
- 4) Außerdem erscheint es interessant, welche Therapien in der Anstalt und in der Klinik jeweils Verwendung fanden und ob die Anstalt tatsächlich eine Verwahranstalt für chronische Patienten darstellte.
- 5) Schließlich stellt sich die Frage, inwiefern in Bonn die Anstaltspatienten Gegenstand wissenschaftlichen Interesses waren. Daher soll diese Arbeit ermitteln, ob die Anstaltspatienten in Lehre und Forschung Berücksichtigung fanden oder ob die Klinikärzte den Bezug zu ihnen verloren.

1.5 Aufbau der Arbeit

Anschließend an die Einleitung setzt sich die vorliegende Arbeit zunächst mit der Entwicklung der Universitäts- und Anstaltspsychiatrie deutschlandweit auseinander, wobei ein Schwerpunkt auf den Besonderheiten in Bonn liegt. Danach erfolgt eine Präsentation des in dieser Arbeit verwendeten Materials. Der anschließende Teil behandelt die Entwicklung der Bonner Psychiatrie vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts. Einzelne Kapitel behandeln dabei die Gründungen von Anstalt und Klinik und die Biographien der jeweiligen Psychiatrieprofessoren. Zudem erfolgt an dieser Stelle eine Darstellung der damaligen Situation der Neurologie in Bonn. Danach wird auf die Frage nach personellen und organisatorischen Verbindungen zwischen der Bonner Anstalt und Klinik eingegangen. Das folgende Kapitel vergleicht die Patientenklientel der Anstalt und der Nervenklinik. Hierbei stehen Faktoren wie Diagnosen, Aufenthaltsdauer und soziale Herkunft der Patienten im besonderen Blickfeld. Zudem wird die Ü-

berweisungspraxis zwischen den beiden Häusern dargestellt. Anschließend erfolgt eine Übersicht über die Therapiemöglichkeiten an Anstalt und Klinik. In diesem Rahmen wird außerdem die Behandlung von Langzeitpatienten angesprochen. Im Folgenden steht die Ausübung der akademischen Tätigkeiten innerhalb der Bonner Psychiatrie in Betrachtung. Zunächst werden hierzu die psychiatrischen Lehrveranstaltungen dargestellt und erörtert, inwiefern die Anstaltspatienten in der Lehre eine Rolle spielten. Danach erfolgt eine Darstellung der wissenschaftlichen Schwerpunkte der Bonner Psychiater, insbesondere von A. WESTPHAL. Außerdem wird auf die in dem Untersuchungszeitraum veröffentlichten Dissertationen eingegangen. Den Abschluss bildet die Diskussion der Ergebnisse.

2 Historischer Hintergrund

2.1 Entwicklung der Universitätspsychiatrie in Deutschland

In Deutschland entstand die Universitätspsychiatrie erst lange nach der Etablierung eines psychiatrischen Anstaltswesens. Daher ist die Entstehungsgeschichte der Universitätspsychiatrie eng mit den Anstalten verbunden, so dass in diesem Kapitel zunächst auf die Entwicklung der Anstalten eingegangen wird.

Das Anstaltswesen entstand in Deutschland in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Die damaligen Anstalten galten, trotz vorhandener Missstände, als fortschrittlich.³⁸ Teilweise bezeichnete man die neuen Anstalten sogar als „Musteranstalten“, wie zum Beispiel die Anstalten Sonnenstein, Siegburg und Illenau.³⁹

Die psychiatrische Forschung fand zu jener Zeit ebenfalls in den Anstalten statt.⁴⁰ In Folge dessen werden hier häufig die Wurzeln einer psychiatrischen Wissenschaft gesehen, wie zum Beispiel von Karl JASPERS: „Als *Anstaltspsychiatrie* hat sich unsere Wissenschaft im 19. Jahrhundert entwickelt. Anstaltsärzte waren ihre hervorragendsten Förderer.“⁴¹

Wie schon erwähnt, hatte sich die Universitätspsychiatrie zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch nicht etabliert. Dementsprechend existierten noch keine speziellen Lehrstühle für Psychiatrie.⁴² In den wenigen Fällen, in denen Psychiatrie an den Universitäten gelehrt wurde, geschah dies in der Regel von Vertretern der Inneren Medizin.⁴³ Diese konnten allerdings meistens nur theoretische Vorlesungen halten, da ihnen in der Regel keine psychiatrischen Patienten für einen klinischen Unterricht zur Verfügung standen.⁴⁴ Vereinzelt starteten Universitäten Versuche, diese Miss-

³⁸ Vgl. Schott/Tölle, 2006, S. 259f.

³⁹ Vgl. a. a. O., S. 259f.

⁴⁰ Vgl. a. a. O., S. 293 & S. 562.

⁴¹ Jaspers, 1913, S. 327.

⁴² Als einzige Ausnahme für einen psychiatrischen Lehrstuhlinhaber ist hier Johann Christian HEINROTH (1773-1843) zu nennen, der in Leipzig von 1811 bis 1843 einen Lehrstuhl für psychische Therapie innehatte. Dieser Lehrstuhl wurde allerdings nach seinem Tode nicht neu besetzt. (Vgl. Eulner, 1970, S. 273).

⁴³ Vgl. Eulner, 1970, S. 282.

⁴⁴ Vgl. Engstrom, 2003, S. 119; Eulner, 1970, S. 261. Eine Ausnahme stellte Carl Wilhelm Ideler (1795-1860) dar, der in Berlin als Leiter der Irrenabteilung der Charité ab 1832 klinische Übungen durchführen konnte. (Vgl. Eulner, 1970, S. 263) Auch der Internist Friedrich Nasse (1778-1851) gab während seiner Lehrtätigkeit in Halle Unterricht an Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. (Vgl. Eulner, 1970, S. 268f.; vgl. auch Kapitel 4.1.1).

stände zu beheben und den Studenten durch ein Praktikum in einer nahe gelegenen Anstalt eine praktische Ausbildung zu ermöglichen. Eine solche Konstruktion lag zum Beispiel an der Bonner Universität vor. Hier hielt der Internist Friedrich NASSE (1778-1851) theoretische Vorlesungen in Psychiatrie, ein Praktikum für Bonner Studenten fand in der Siegburger Anstalt unter Maximilian JACOBI (1775-1858) statt (vgl. Kapitel 5.1.1).⁴⁵ Ebenso wurde den Breslauern Studenten ab 1836 ein Praktikum in der Anstalt Leubus angeboten.⁴⁶

Dabei ist jedoch anzumerken, dass viele Absolventen der Medizin zu dieser Zeit nur über rudimentäre Kenntnisse der Psychiatrie verfügten.⁴⁷ Die Ausbildung in der Psychiatrie für die zukünftigen Psychiater erfolgte erst nach dem Studium in Form von Studienreisen von Anstalt zu Anstalt.⁴⁸

Abschließend lässt sich zur Situation der Psychiatrie in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts festhalten, dass die Anstalten sowohl in der Forschung als auch in der Lehre, wenn diese auch nicht flächendeckend stattfand und sich vor allem auf den Zeitraum nach dem Studium bezog, tätig waren und damit beide universitären Aufgaben übernahmen.

Ab der Mitte des 19. Jahrhunderts wuchs das Interesse der Universitäten an der Psychiatrie. Nach und nach wurden Professoren berufen, allerdings zunächst nur als außerordentliche Professoren oder Honorarprofessoren (vgl. Tabelle 1, Anhang).

Da zu dieser Zeit schon ein ausgeprägtes Anstaltswesen entstanden war, bot es sich an, die Anstalten mit den Lehrstühlen zu verknüpfen:

„Der zeitliche Vorsprung der öffentlichen Fürsorge vor der wissenschaftlichen Grundlagenforschung hatte dazu geführt, dass zur selben Zeit, als die Klassiker des Faches die systematische Bearbeitung [...] in Angriff nahmen, bereits öffentliche Anstalten mit vielen Hunderten von Patienten existierten. Es kam nun darauf an, die Verbindung herzustellen zwischen Asyl und Klinik, zwischen spezialistischer Praxis und universitätseigener Forschung und Lehre.“⁴⁹

Dementsprechend wurde nun an diversen Universitäten eine Personalunion von Anstaltsdirektor und Universitätsprofessor eingerichtet⁵⁰ und dadurch eine klinische Ausbildung der Stu-

⁴⁵ Vgl. Eulner, 1970, S. 264.

⁴⁶ Vgl. a. a. O., S. 266.

⁴⁷ Vgl. Engstrom, 2003, S. 119.

⁴⁸ Vgl. a. a. O., S. 119f; Pelman, 1912, S. 47f.

⁴⁹ Eulner, 1970, S. 261.

⁵⁰ Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 293 ff; Eulner, 1970, S. 282; Engstrom, 2003, S. 120.

dentem eingeführt. Meistens entstand die Personalunion dadurch, dass ein Anstaltsleiter zusätzlich eine Professur erhielt.⁵¹ Neu zu errichtende Anstalten wurden nun oft bewusst in einer Universitätsstadt gebaut, so zum Beispiel in Göttingen, Marburg und Bonn.⁵² In denjenigen Universitäten, in denen bereits eine Professur für Psychiatrie existierte, erhielt der Professor die Möglichkeit zu Patientenvorstellungen durch die Erlaubnis, in einer Anstalt zu unterrichten.⁵³ Somit lässt sich festhalten, „dass in den 1860er und 1870er Jahren der Psychiatrieunterricht an den meisten deutschen und österreichischen Universitäten durch eine Kooperation mit den bestehenden Anstalten geregelt wurde.“⁵⁴

Der Bau von eigenen psychiatrischen Universitätskliniken dagegen war in diesem Zeitraum noch unüblich, „teils weil die finanziellen Mittel nicht gewährt wurden, teils weil die medizinischen Fakultäten wenig interessiert waren.“⁵⁵

Die gängige Finanzierung bei einer Personalunion zeichnete sich dadurch aus, dass der Träger der Anstalt, zum Beispiel die jeweiligen Provinzialverbände, weiterhin den Direktor der Anstalt bezahlte. Die Universität dagegen übernahm die Kosten für Forschungsarbeiten, Unterrichtsmaterialien, Transport der Studenten zu den Anstalten und in manchen Fällen Stipendien.⁵⁶

Obwohl die Personalunionen dadurch eine Vielzahl finanzieller Vorteile für die Universitäten brachten, kamen von dieser Seite durchaus Einwände. Zum einen bemängelten die Universitäten, dass die Kooperation an die Person des Anstaltsleiters gebunden sei. Sobald dieser aufhöre als Anstaltsleiter zu arbeiten, müssten neue Verhandlungen mit den Trägern der Anstalten durchgeführt werden.⁵⁷ Außerdem hätten die Universitäten gerne mehr Einfluss auf die Auswahl der Kandidaten gehabt. Stattdessen mussten sie aber oft die von den Anstaltsträgern getroffene Wahl anerkennen und den ausgewählten Kandidaten akzeptieren.⁵⁸ Neben diesen Einschnitten in ihre

⁵¹ Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 293.

⁵² Vgl. a. a. O., S. 295.

⁵³ Vgl. a. a. O., S. 293.

⁵⁴ A. a. O., S. 295. Als Ausnahme ist hier Berlin anzuführen, da die dortige Universitätsklinik, die Charité, eine eigene Abteilung für Geistesranke besaß. Erstmals waren Geistesranke 1798 nach Abbrennen der ortständigen Irrenanstalt in die Charité, welche schon damals für Lehrzwecke genutzt wurde, überführt worden. Die später entstehenden Neubauten, die so genannte alte Charité, welche 1800 eröffnet wurde, und die neue Charité, 1835 eingeweiht, beinhalteten beide eine eigene Abteilung für Geistesranke. (Vgl. Cramer, 1910, S. 3f & S.8f).

⁵⁵ Schott/ Tölle, 2006, S. 295.

⁵⁶ Vgl. Engstrom, 2003, S. 120.

⁵⁷ Vgl. a. a. O., S. 120ff.

⁵⁸ Vgl. ebd. Als Beispiel für solche Widerstände ist die Bonner Universität anzuführen, in der es Widerstände gegen die vom Provinzialverband ausgewählten Professoren gab. So hatte der erste Psychiatrieprofessor Werner Nasse (1822-1889) bei seiner Berufung gegen universitäre Proteste zu kämpfen. (Vgl. Engstrom, 2003, S. 120f) Auch dessen Nachfolger Carl Wilhelm Pelman (1838-1916; vgl. Kapitel 5.1.4) berichtet in seinen „Erinnerungen“ davon, dass es bei seiner eigenen Berufung Widerstände gegeben habe. (Vgl. Pelman, 1912, S. 141f).

Autonomie kritisierten die Universitäten die üblicherweise langen Transportwege für die Studenten⁵⁹, da die Anstalten oft weit entfernt von den Universitätsstädten lagen. Diese langen Wege und die Tatsache, dass die Psychiatrie noch kein Prüfungsfach war, führten dazu, dass die Vorlesungen oft schlecht besucht waren.⁶⁰

Die Anstaltspsychiatern waren ebenfalls unzufrieden mit den Personalunionen. Sie beklagten eine hohe Arbeitsbelastung durch die Anstalten, die ihnen eigentlich keine Zeit für den zusätzlichen Unterricht ließe.⁶¹ Dennoch wurde die Personalunion an vielen Orten jahrzehntlang beibehalten.⁶²

Ende des 19. Jahrhunderts folgten schließlich die ersten Gründungen psychiatrischer Universitätskliniken (vgl. Tabelle 1, Anhang). Nach Aussage des Historikers ENGSTROM stellt das Jahr 1884 den entscheidenden Wendepunkt in der Politik des preußischen Unterrichtsministeriums in Bezug auf universitätseigene Kliniken dar.⁶³ In diesem Jahr entschied das Ministerium, dass in Halle, nachdem dort die Personalunion auseinander gebrochen war, eine psychiatrische Universitätsklinik gebaut werden solle. Als Begründung für den Bau einer Klinik gab das Ministerium an, dass die Kooperationen unpraktisch und Ziele von Provinz und Universität unvereinbar seien. Im Besonderen sei es schwierig, einen geeigneten Kandidaten zu finden, der sowohl die Anforderungen der Provinz wie auch der Universität erfülle.⁶⁴ Hieraus wird erkenntlich, dass das preußische Unterrichtsministerium zu dieser Zeit die Aufhebung der Personalunionen befürwortete.

Mit der Eröffnung der Klinik in Halle 1891 entstand „die erste, eigens zu diesem Zwecke gebaute und ausgestattete psychiatrische und Nervenklinik in Preußen“⁶⁵.

Parallel zu den Klinikgründungen erfolgte nach und nach eine Aufwertung der Lehrstühle, d.h. die Professoren wurden Ordinarien für Psychiatrie.⁶⁶ Zudem wurden in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts immer wieder Rufe laut, Psychiatrie als Prüfungsfach einzuführen.⁶⁷ Bis auf vorübergehende Regelungen in vereinzelt Ländern gelang dies aber nicht.⁶⁸ Erst 1901 wurde

⁵⁹ Vgl. Engstrom, 2003, S. 120f.

⁶⁰ Vgl. a. a. O., S. 132f.

⁶¹ Vgl. a. a. O., S. 121.

⁶² Vgl. Schott/Tölle, 2006, S. 295.

⁶³ Vgl. Engstrom, 2003, S. 125.

⁶⁴ Vgl. a. a. O., S. 124.

⁶⁵ Cramer, 1910, S. 4. Die schon zuvor existierende psychiatrische Universitätsklinik in Berlin war Teil der Charité und somit keine eigenständige Klinik. (Vgl. Cramer, 1910, S. 4 & S. 8f).

⁶⁶ Vgl. Roelcke, 2002, S. 117; Schott/Tölle, 2006, S. 296.

⁶⁷ Vgl. Engstrom, 2003, S. 138f.

⁶⁸ Vgl. Eulner, 1970, S. 261.

Psychiatrie als Prüfungsfach in die Approbationsordnung aufgenommen, die dann praktisch ab 1906 in Kraft trat.⁶⁹

Diese Faktoren, wie eigene Klinken, eigene Ordinarien und die Einführung als Prüfungsfach, zeugen davon, dass die Psychiatrie um die Jahrhundertwende „einen starken Institutionalisierungsschub“⁷⁰ erlebte.

Parallel zu der Entwicklung der Universitätspsychiatrie änderte sich auch der typische Karriereverlauf der Psychiatrieprofessoren. Bis zur Jahrhundertwende existierten zwei gleichwertige Wege, um eine Professur für Psychiatrie zu erlangen. Einerseits war eine Ausbildung an den Anstalten möglich. Als Beispiele hierfür sind die Berufswege von Carl PELMAN (1838-1916; vgl. Kap. 4.1.4), Anton BUMM (1849-1903), Peter Willers JESSEN (1793-1875) und Bernhard Alois VON GUDDEN (1824-1886) zu nennen. Andererseits konnte durch eine Ausbildung an den Universitäten⁷¹, wie sie zum Beispiel Wilhelm GRIESINGER (1817-1868), Eduard HITZIG (1838-1907), Carl WESTPHAL (1833-1890) oder Hermann EMMINGHAUS (1845-1908) absolvierten, eine Professur erreicht werden.⁷² Ab der Jahrhundertwende dagegen wurde es immer üblicher, dass ein Universitätsprofessor seine Ausbildung an Universitätskliniken erhalten hatte.⁷³

2.1.1 Datierung der Trennung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie

Wie sich aus dieser Darstellung erkennen lässt, entwickelte sich aus „der Anstaltspsychiatrie des 19. Jahrhunderts [...] in einem längeren Prozess die Universitätspsychiatrie.“⁷⁴ Aufgrund dieses langen Prozesses ist es im Nachhinein unmöglich, ein genaues Datum für die Entstehung der Universitätspsychiatrie zu benennen. Weder der Beginn der Forschungsarbeit noch der der Lehre eignen sich als Kriterium, da Lehre und Forschung lange Zeit an die Anstalten geknüpft waren.⁷⁵ Auch die Lehrstuhlgründungen bieten sich nicht als Kriterium an, „da mit einem neuen Lehrstuhl nicht immer Voraussetzungen für eine akademische Tätigkeit (Lehre und Forschung) verbunden

⁶⁹ Vgl. a. a. O., S. 261f.

⁷⁰ Kersting/ Schmuhl, 2004, S. 4; vgl. Roelcke, 2002, S. 116ff.

⁷¹ Hierbei ist anzumerken, dass zu jener Zeit teilweise noch keine Universitätskliniken vorhanden waren. In diesen Fällen erfolgte eine universitäre Ausbildung in Laboratorien. (Vgl. Trenckmann, 1988, S. 183).

⁷² Vgl. Engstrom, 2003, S. 121.

⁷³ Vgl. a. a. O., S. 120.

⁷⁴ Schott/Tölle, 2006, S. 293.

⁷⁵ Vgl. a. a. O., S. 293 & S. 562.

waren.⁷⁶ Die im ausgehenden 19. Jahrhundert entstehenden psychiatrischen Universitätskliniken helfen bei der Suche nach der Entstehungszeit der Universitätspsychiatrie ebenfalls nicht weiter. Schließlich erfolgten die Klinikgründungen „erst relativ spät, nachdem die akademische Arbeit bereits in Gang gekommen war.“⁷⁷

Dementsprechend finden sich in der Literatur auch unterschiedlichste Angaben zur Entstehung einer Trennung von Universitäts- und Anstaltspsychiatrie.

Als erstes Ereignis wird gerne der Konflikt zwischen dem Anstaltspsychiater Christian F. W. ROLLER (1802-1878) und der Heidelberger Universität genannt.⁷⁸ Allerdings spielten bei diesem Konflikt vor allem persönliche Beweggründe eine Rolle.⁷⁹

Des Weiteren gilt der Streit in den 1860er Jahren zwischen Wilhelm GRIESINGER (1817-1868) und verschiedenen Anstaltspsychiatern, vor allem Bernhard Heinrich LAEHR (1820-1905)⁸⁰, als Beginn der Trennung.⁸¹ Obwohl dieser Konflikt weiter reichende Folgen als der Streit zwischen ROLLER und der Heidelberger Universität für die deutsche Psychiatrie hatte, so kann er „jedoch kaum als ein Konflikt der Universitätspsychiatrie mit der Anstaltspsychiatrie gelten.“⁸² Stattdessen ist dieser Streit eher als eine Gegenüberstellung eines veralteten Anstaltswesens mit einer Reformpsychiatrie zu werten.⁸³

Andere Autoren machen die Trennung nicht an einzelnen Konflikten fest, sondern an den Auswirkungen der psychiatrischen Forschungsströmungen. Hierbei wird vor allem der Hirnpsychiatrie des ausgehenden 19. Jahrhunderts eine starke Bedeutung beigemessen, da mit ihr die wissenschaftliche Psychiatrie in Laboren und nicht mehr in den Anstalten stattfand und die da-

⁷⁶ A. a. O, S. 562.

⁷⁷ Ebd.

⁷⁸ Vgl. beispielsweise Luderer, 1998, S. 153f. Roller hatte gegen den Willen der Heidelberger Universität die Leitung der dortigen Anstalt übernommen. Als er 1842 die Anstalt Illenau gründete, verlegte er auch die Heidelberger Patienten in seine neue Anstalt und entfernte damit die Psychiatrie aus der Heidelberger Fakultät. (Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 553f).

⁷⁹ Vgl. Schott/Tölle, 2006, S. 563.

⁸⁰ Griesinger plante einige Reformen, wie zum Beispiel die Einrichtung von Stadtasylen, Abschaffung der Zwangsmaßnahmen und Einführung extramuraler Versorgungsformen wie Familienpflege. Mit diesen Forderungen stieß er auf heftigen Widerstand der Anstaltspsychiater (Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 286). Neben den fachlichen Fragen spielte in dieser Auseinandersetzung berufliche Konkurrenz eine Rolle. So unterlag Laehr Griesinger bei der Vergabe des Berliner Lehrstuhls 1865. (Vgl. a. a. O, S. 560) 1868 eskalierte der Konflikt: Nach einer heftigen Auseinandersetzung zwischen Laehr und Griesinger durch verschiedene Streitschriften wurden bei einer Versammlung der Sektion für Psychiatrie der „Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte“, bei der Griesinger krankheitsbedingt abwesend war, die Reformpläne abgewiesen. (Vgl. a. a. O, S. 289ff).

⁸¹ So betitelte z. B. Bernd Walter ein Kapitel in seiner 1996 erschienen Studie über die Geisteskrankenfürsorge in Westfalen folgendermaßen: „Die Loslösung der Universitätspsychiatrie von der Anstaltspsychiatrie: die Auseinandersetzung Griesinger- Laehr“.

⁸² Schott/Tölle, 2006, S. 563.

⁸³ Vgl. ebd.

durch entstehenden Forschungsergebnisse keinen Einfluss mehr auf die praktische Psychiatrie haben konnten.⁸⁴ Der Historiker TRENCKMANN beispielsweise beschrieb die Situation folgendermaßen: „Es wird in der Hirnpsychiatrie bereits deutlich, wie weit sich die ‚wissenschaftliche‘ Psychiatrie von den Alltagserfahrungen der Versorgungspsychiatrie entfernt hat.“⁸⁵

Der klinischen Psychiatrie KRAEPELINS dagegen wird eher ein zusammenführender Effekt auf Universität und Anstalten zugesprochen.⁸⁶

Als weiteres Kriterium für die Entwicklung einer zweigeteilten Psychiatrie ist die Entstehung der Universitätskliniken zu nennen:

„Seit der Gründung eigener psychiatrischer Universitätskliniken verliefen die Entwicklungen der Anstaltspsychiatrie und der Universitätspsychiatrie weitgehend getrennt voneinander. [...] So entstand also vom Ende des 19. Jahrhunderts an jene Kluft zwischen Anstaltspsychiatrie und Universitätspsychiatrie, die ‚Zweiklassenpsychiatrie‘ genannt wurde.“⁸⁷

Trotz dieser verschiedenen Herangehensweisen und Eckdaten bleibt festzuhalten, dass innerhalb der medizinhistorischen Literatur spätestens ab der Jahrhundertwende vom 19. zum 20. Jahrhundert von einer Trennung zwischen Anstalts- und Universitätspsychiatrie ausgegangen wird.

Eine Überwindung dieser Trennung wurde erstmals im Rahmen der Psychiatriereform in den 1970ern versucht.⁸⁸

2.2 Besonderheiten in Bonn: Räumliche Konstellation und Personalunion

Die Entwicklung der Bonner Psychiatrie entspricht teilweise der deutschlandweiten Psychiatrieentstehung. Beispielsweise war auch in Bonn ab 1882 die Professur für Psychiatrie mit der Direktion der Provinzialanstalt durch eine Personalunion verbunden und stellte damit eine typische Konstruktion jener Zeit dar. Dennoch unterschied sich die Bonner Situation in verschiedener Hinsicht von den Gegebenheiten an anderen Universitäten.

⁸⁴ Vgl. Trenckmann, 1988, S. 162ff; Walter, 1996, S. 130.

⁸⁵ Trenckmann, 1988, S.177.

⁸⁶ Vgl. Walter, 1996, S. 132. Emil Kraepelin entwickelte um 1900 die Forschungsrichtung der „klinischen Psychiatrie“, bei der er versuchte, die Krankheitsentitäten durch Verlaufsbeobachtungen zu erfassen. (Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 116ff).

⁸⁷ Schott/Tölle, 2006, S. 296f.

⁸⁸ Vgl. a. a. O, S. 298.

Zunächst ist auf die besondere räumliche Lage der Bonner Provinzialanstalt hinzuweisen. Im Gegensatz zu anderen Anstalten, welche oft fernab der Städte lagen und schwer zu erreichen waren⁸⁹, befand sich die Bonner Anstalt in der Nähe des Stadtzentrums. Außerdem war der Gebäudekomplex der Universitätskliniken, bestehend aus medizinischer, chirurgischer und gynäkologischer Klinik, nicht weit von der Provinzialanstalt entfernt.⁹⁰

Zudem wies die räumliche Situation in Bonn auch hinsichtlich der Lage von Anstalt und psychiatrischer Universitätsklinik eine Besonderheit auf. Der Neubau der psychiatrischen Universitätsklinik entstand nämlich zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf dem Anstaltsgelände, genauer gesagt

„am Rande des großen Gartens der Provinzial-Heilanstalt in der Nähe der Küchen, wie auch der Laboratorien und der Kapelle, so daß eine bequeme Verbindung der neuen Klinik mit dem großem Hauptgebäude in wirtschaftlicher, wie auch in wissenschaftlicher Weise gewährleistet ist.“⁹¹

Die Eröffnung der Bonner psychiatrischen Universitätsklinik im Jahre 1908 erfolgte, verglichen mit den anderen preußischen Universitäten, relativ spät (vgl. Tabellen 1 & 2, Anhang). Dass das preußische Unterrichtsministerium diese späte Klinikgründung schon 1889 beabsichtigte, zeigte sich in einem Gespräch zwischen Carl PELMAN und dem damaligen Minister, welches PELMAN in seinen „Erinnerungen eines alten Irrenarztes“ festhielt:

„Dem Minister gegenüber hatte ich darüber [Nachteile der Personalunion, Anm. d. Verf.] keinen Hehl gemacht und der hatte mir ohne weiteres recht gegeben und hinzugefügt, daß er dementsprechend verfahren und die Universitäten nach und nach mit eigenen psychiatrischen Kliniken ausstatten werde. In Bonn lägen indes die Verhältnisse für die Universi-

⁸⁹ Vgl. a. a. O., S. 299.

⁹⁰ Diese Universitätskliniken entstanden zeitgleich mit der Provinzialanstalt und wurden auf einem Grundstück zwischen Rhein und St. Johannes-Hospital erbaut. (Vgl. Burbach, 1977, S. 13ff) Hier befanden sie sich bis zu ihrer Zerstörung durch einen Bombenangriff im 2. Weltkrieg. (Vgl. a. a. O., S. 137; Höpfner, 2000, S. 22.) Betrachtet man die Entfernung von der heutigen Beethovenhalle, die auf dem alten Klinikgelände errichtet wurde, zu den heutigen Rheinischen Kliniken, die sich auf dem alten Anstaltsgelände befinden, so kann man diese schwerlich als große Distanz beschreiben. Trotz der objektiven Nähe beschrieb A. Westphal die Situation nach der Eröffnung der Anstalt folgendermaßen: „Ein Uebelstand, der sich anfangs sehr unangenehm bemerkbar machte, war die große Entfernung der Anstalt von der Universität und der Stadt. Dieser Umstand veranlaßte den Direktor schon 1 ½ Jahr nach Eröffnung des Instituts, das Kuratorium um eine Beihilfe von 300 M. zu bitten, mit der er den Studierenden eine Fahrgelegenheit von der Stadt zur Anstalt und zurück verschaffen wollte. Das Gesuch wurde jedoch abschlägig beschieden.“ (Westphal et al., 1911, S. 228).

⁹¹ Westphal et al., 1911, S. 233.

tät so überaus günstig, daß Bonn jedenfalls die letzte sei, wo man zu einer Trennung von Anstalt und Universität übergehen werde.“⁹²

Wie die weiteren Entwicklungen zeigten, führte in Bonn sogar der Bau einer eigenen psychiatrischen Klinik nicht zu einer Auflösung der Personalunion.⁹³ Dies war, wie aus Tabelle 1 (Anhang) zu entnehmen ist, ein unübliches Verfahren. Somit existierte in Bonn eine fast einzigartige Personalunion aus Klinikdirektor, Psychiatrieprofessor und Anstaltsdirektor. Vergleichbar mit der Bonner Situation waren allenfalls die Konstellationen in Göttingen und Marburg.⁹⁴

Diese Besonderheit war auch den Bonner Psychiatern bewusst, wie folgende Zitate WESTPHALS zeigen:

„Mit Rücksicht darauf, daß es sich um eine Neuerung handelt, die - abgesehen von Göttingen - sonst im ganzen Reiche nirgends besteht, sei es gestattet, mit einigen Worten auf die bisherigen Erfahrungen einzugehen.“⁹⁵

„Da nun eine ähnliche Stellung wie die meine in Preussen nur noch einmal vorhanden ist, nämlich in Göttingen, [...] möchte ich mir erlauben, über meinen Spezialfall besonders zu berichten.“⁹⁶

Statt eine Auflösung der Personalunion hervorzurufen, bestärkte der Neubau der Nervenklinik sogar vertraglich die Personalunion: Die Rheinprovinz stellte der Universität das Grundstück zur Erbauung der Klinik zwar kostenlos zur Verfügung, sie knüpfte daran allerdings die Bedingung, dass die Personalunion zwischen Psychiatrieprofessor und Anstaltsdirektor weiterhin bestehen blieb.⁹⁷

⁹² Pelman, 1912, S. 141.

⁹³ Vgl. Orth, 2007a, S. 22.

⁹⁴ Diese waren zur Gründungszeit der Bonner Klinik die beiden einzigen Orte in Preußen, in denen die Universitätskliniken noch in einem engeren Zusammenhang mit den Provinzialanstalten standen. (Vgl. Cramer, 1910, S. 8) In Marburg wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch das Prinzip des Unterrichts in einer Anstalt praktiziert, wobei allerdings schon frühzeitig ein Klinikneubau geplant war und 1910 bereits Verhandlungen über einen Bauplatz für eine Klinik liefen (Vgl. a. a. O., S. 37). Eröffnet wurde die Marburger Universitätsklinik für Psychiatrie 1920 (vgl. Tabelle 1, Anhang). In Göttingen bestand die Nervenklinik aus drei unterschiedlichen Häusern. Die Provinzialanstalt fungierte als psychiatrische Abteilung der Klinik, das Provinzial-Sanatorium Rasemühle galt als Teil der Klinik, in dem Nervenranke untergebracht wurden. Zudem gab es eine Nervenklinik in Göttingen, welche deutlich weniger Betten als die beiden anderen Klinikteile umfasste und für Nervenranke und leichte Fälle von Geisteskrankheit benutzt wurde. (Vgl. Cramer, 1910, S. 31f).

⁹⁵ Westphal et al., 1911, S. 244.

⁹⁶ UA Bonn, Personalakte Westphal 11629, Brief vom 6. Juli 1920 von Westphal an das Kuratorium der Universität Bonn.

⁹⁷ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 233; Archiv RK Bonn, Ne3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Uni Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, Abschnitt I, §1, §2, §5.

3 Verwendetes Material / Methode

Zur Beantwortung der Fragestellungen dieser Arbeit fanden unterschiedlichste Materialien Berücksichtigung.

Zunächst erfolgte eine Auswertung von relevanten, zeitgenössischen Publikationen der Bonner Psychiater. Insbesondere Veröffentlichungen über die Anstalts- und Klinikgebäude konnten wesentliche Informationen entnommen werden. Ebenso stellten zeitgenössische biographische Texte, wie zum Beispiel Nekrologe, eine wichtige Quelle dar.

Zudem fanden Quellen aus verschiedenen Archiven (Archiv der Rheinischen Kliniken Bonn, Stadtarchiv der Stadt Bonn, Universitätsarchiv der Universität Bonn und Archiv des Landesverbandes Rheinland in Brauweiler) Verwendung.

Hierbei bildete die Auswertung von Krankenakten der Nervenlinik und der Provinzialanstalt einen Schwerpunkt. Bei Patientenakten handelt es sich um eine bereits bewährte Informationsquelle der Medizinhistorik.⁹⁸

Bei der Bearbeitung der Krankenakten ist die Einschränkung zu beachten, dass diese die Perspektive ihrer Verfasser, also der Ärzte oder Pfleger, wiedergeben.⁹⁹ Diese Sichtweise, so betonen es ECKART und JÜTTE, sei „immer intentional auf Diagnose und Therapie gerichtet.“¹⁰⁰ Dadurch sei es schwierig, anhand von Krankenakten eine Patientengeschichte zu schreiben. Selbst die biographischen Informationen seien nur eingeschränkt verwendbar, da sie ebenfalls durch Ärzte aufgenommen worden seien. Eine Sicht des Patienten sei allenfalls durch Selbstzeugnisse, wie zum Beispiel Briefe, ermittelbar.¹⁰¹ Diese Einschränkung stellte allerdings für das Ziel dieser Arbeit, einen Vergleich zwischen den beiden Institutionen Nervenlinik und Provinzialanstalt durchzuführen, kein Hindernis dar. Schließlich war bei der Auswertung der Krankenakten für die Fragestellungen der Arbeit insbesondere eine Analyse der Diagnosen und der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patienten wichtig. Diese Faktoren sind durch das ärztliche Handeln beeinflusst. Ein Vergleich der beiden Institutionen aus Patientensicht könnte nur anhand von Ego-Dokumenten von Patienten, die in beiden Institutionen untergebracht waren, erfolgen. Solche Quellen konnten jedoch nicht gefunden werden.

⁹⁸ Vgl. Eckart/ Jütte, 2007, S. 223f.

⁹⁹ Vgl. ebd.

¹⁰⁰ Ebd.

¹⁰¹ Vgl. a. a. O., S. 223f & S. 183f; Raiser, 2007, S.1.

Eine Auswertung von Krankenakten kann sowohl qualitativ als auch quantitativ erfolgen.¹⁰² Für die Beantwortung der im Rahmen dieser Arbeit gestellten Fragen erfolgte eine quantitative Auswertung der Krankenakten und statistische Interpretation der gewonnenen Daten. Hierzu wurde zuvor ein Fragebogen zur einheitlichen Informationsgewinnung aus den Akten entwickelt und eine Zufallsstichprobe aus den Krankenakten entnommen.

Neben dieser quantitativen Analyse erfolgte in Einzelfällen eine qualitative Auswertung, wenn beispielsweise in den Krankenakten auf für die Fragestellungen relevante Ego-Dokumente oder Briefwechsel gestoßen wurde.

Sowohl die Akten der Anstalt als auch die der Klinik sind im Archiv des LVR in Brauweiler aufzufinden, wobei keine systematische Sortierung der Akten vorliegt. Aus diesen Beständen wurden entsprechende Akten aus dem Untersuchungszeitraum von Oktober 1908 bis August 1914 nach dem Zufallsprinzip entnommen. Dabei war das Ziel, von beiden Häusern ca. 3 % der Akten aus diesem Zeitraum auszuwerten. Bei einer Gesamtzahl der Anstaltakten von ungefähr 4.850¹⁰³ ergab sich damit, dass 146 Akten zu untersuchen waren. Bei der Klinik ergab sich bei einer Gesamtzahl von ungefähr 2.357¹⁰⁴ Akten aus dem Untersuchungszeitraum eine zu bearbeitende Anzahl von 71 Akten.

¹⁰² Vgl. Dietrich-Daum/ Taddei, 2006.

¹⁰³ Diese Zahl ergibt sich aus den Angaben in den Verwaltungsberichten der PHP (Archiv LVR Brauweiler) und in den Chroniken der Universität (vgl. Tabelle 7, Anhang) mittels folgender Rechnung: In dem Zeitraum vom 01.04.1909 bis 31.3.1914 fanden 3650 Aufnahmen (Addition der „Zugänge“) statt. Für die fehlenden 4 Monate von 1914 wurde ein Drittel der Aufnahmen von 1914 gewertet (entspricht 308 Aufnahmen). Die noch fehlenden Werte für den Zeitraum von 15.10.1908 bis 31.03.1909 konnten durch eine Subtraktion der Angaben in der Chronik (Aufnahmen 01.04.1908 bis 15.10.08) von den Werten, die dem Verwaltungsbericht zu entnehmen sind (Aufnahmen 01.04.1908 bis 31.03.1909), ermittelt werden (115 Aufnahmen). Zudem wurde in diese Berechnung noch der „Bestand“ an Patienten am 15.10.08 hinzugefügt (781 Patienten; siehe UA Bonn, Chronik der Universität Bonn). Somit erhält man eine Anzahl von insgesamt ungefähr 4850 Patienten, die im Untersuchungszeitraum behandelt wurden und damit eine Zahl von 4850 Patientenakten. Anzumerken ist allerdings, dass diese Zahl als zu hoch angesehen werden dürfte. Schließlich waren (teilweise sogar mehrfache) Wiederaufnahmen üblich, die in den Statistiken zwar als „Aufnahme“ erschienen, bei denen aber keine neue Patientenakte angelegt wurden. Somit liegt die Anzahl der Patientenakten unter der Zahl der Aufnahmen.

¹⁰⁴ Diese Zahl lässt sich folgendermaßen aus den Angaben in den Chroniken der Universität Bonn ermitteln (vgl. Tabelle 6, Anhang): Zunächst erhält man durch eine Addition der „Zugänge“ die Anzahl der Aufnahmen für den Zeitraum vom 15.10.08 bis zum 31.03.1914 (2237 Aufnahmen). Für die zur Vervollständigung des Untersuchungszeitraumes noch fehlenden 4 Monate von 1914 wurde ein Drittel der „Zugänge“ von 1914 hinzugefügt (104 Aufnahmen). Zudem wurde dieser Wert noch mit dem „Bestand“ vom Eröffnungstag 1908 (16 Patienten) ergänzt. Somit erhält man den Wert von 2357 behandelten Patienten. An dieser Stelle ist ebenfalls darauf hinzuweisen, dass die Anzahl der Aufnahmen nicht mit der Anzahl der Krankenakten übereinstimmen kann, da auch hier Wiederaufnahmen die Regel waren.

Neben den Krankenakten lag in den Archiven weiteres informatives Material vor. Interessante Quellen stellten die jährlich erschienenen Verwaltungsberichte von PHP und Nervenlinik dar. Des Weiteren wurden die Personalakten der Ärzte und die Aufnahmebedingungen der beiden Häuser ausgewertet. Zudem fanden die Verwaltungsakten der Provinzialanstalt Verwendung. Von Seiten der Universität Bonn waren die jeweiligen Vorlesungs- und die Dissertationsverzeichnisse von Bedeutung. Außerdem standen die zwischen der Universität Bonn und der Rheinprovinz geschlossenen Verträge zur Verfügung.

4 Untersuchungsraum: Die Bonner Psychiatrie

4.1 Die Entwicklung der Bonner Psychiatrie im 19. Jahrhundert

4.1.1 Die Anfänge einer akademischen Psychiatrie in Bonn: Friedrich Nasse und Maximilian Jacobi

Im Bonner Raum waren in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit Friedrich NASSE (1778-1851) und Maximilian JACOBI (1775-1858) zwei Männer tätig, die die Psychiatrie jener Zeit nachhaltig prägten. Das folgende Kapitel stellt ihre Biographien und ihren Einfluss auf die Entwicklung der Bonner Psychiatrie dar.

Friedrich NASSE¹⁰⁵ begann seine Arbeit in Bonn 1819 an der neu gegründeten Bonner Universität als Direktor der medizinischen Klinik. Sein Tätigkeitsbereich war außerordentlich vielseitig. Neben der Inneren Medizin¹⁰⁶ beschäftigte sich NASSE mit Physiologie¹⁰⁷, Anthropologie¹⁰⁸ und Psychiatrie. Zudem erstellte er Arbeiten über den „thierischen Magnetismus“.¹⁰⁹

Zu der Zeit NASSES befand sich die Bonner medizinische Klinik in dem Südwestflügel des heutigen Universitätshauptgebäudes.¹¹⁰ Hier lehrte NASSE in einer Art und Weise, die „unserer heutigen Vorstellung von bedside-teaching ziemlich nahe“¹¹¹ kommt. Die Medizinstudenten wurden in einen Anfänger- und einen Fortgeschrittenenkurs eingeteilt und nahmen direkt an der

¹⁰⁵ Friedrich Nasse, geboren 1778 in Bielefeld als Sohn eines Kreisphysikus, wurde nach dem frühen Tod seiner Eltern von seinen Tanten groß gezogen und begann eine Ausbildung als Kaufmann, für die er mehrere Jahre in Handelsinstituten in Frankfurt, Offenbach und Hamburg verbrachte. Nachdem er sich entschlossen hatte, Arzt zu werden, erwarb er im Grauen Kloster in Berlin die Hochschulreife und begann um 1796 ein Medizinstudium in Halle. Sein Staatsexamen legte er 1800 in Berlin ab. Im selben Jahr promovierte er in Halle und kehrte nach Bielefeld zurück, wo er allerdings zunächst wenige praktische Tätigkeiten ausübte. Nach seiner Hochzeit 1805 mit Henriette Weber ließ er sich doch als Arzt nieder und leitete das städtische Armenhospital. 1814 verließ er Bielefeld, um Reisen nach Göttingen, Dresden und Weimar zu unternehmen. Während dieser Reisen wurde er nach Halle berufen, um dort die Leitung der medizinischen Klinik zu übernehmen. (Vgl. Sioli, 1921, S. 105ff; zu der Biographie Nasses siehe auch Albers, 1851 und Noorden, 1931).

¹⁰⁶ Er entdeckte unter anderem die gesetzmäßige Vererbung bei der Hämophilie und beschrieb den Morbus coeruleus. (Vgl. Noorden, 1931, S. 153).

¹⁰⁷ zu Nasses physiologischen Arbeiten vgl. Albers, 1851, S. 298f.

¹⁰⁸ Nasse gehörte zu denjenigen, die bestrebt waren, aus der Anthropologie eine eigene Wissenschaft zu machen. (Vgl. Albers, 1851, S. 303). Dementsprechend wird er heutzutage als „Wegbereiter der modernen medizinischen Anthropologie“ (Schott, 1993a, S. 25) bezeichnet.

¹⁰⁹ Nasse veröffentlichte mehrere Arbeiten zum „thierischen Magnetismus“ und war Mitherausgeber des 1817 gegründeten „Archivs für thierischen Magnetismus“. (Vgl. Schmiz, 1920, S. 5f; Noorden, 1931, S. 152).

¹¹⁰ Vgl. Schott, 1993a, S. 25.

¹¹¹ Ebd.

Krankenversorgung teil.¹¹² Die Praxisnähe der Ausbildung spiegelt sich in folgender Darstellung des Unterrichts für die Studenten des Fortgeschrittenenkurses wider:

„In diesem Kurs hatten die Studenten der Reihe nach einen Fall aus der stationären Klinik zu übernehmen. Sie hatten Diagnose und Prognose zu stellen, den Kurplan zu entwerfen, die Rezepte zu verfassen und da, wo es erforderlich war, die kleinen therapeutisch-technischen Eingriffe vorzunehmen, wie Aderlassen, Bougieren, Pflasterlegen.“¹¹³

Die Größe der Kurse war dabei relativ überschaubar. 1824 bestand ein Kurs beispielsweise aus 24 Studenten.¹¹⁴ Zudem führte NASSE die Diagnostik mittels neuartiger Untersuchungsmethoden ein, so dass seine Klinik „bereits in den zwanziger Jahren des 19. Jahrhunderts eine Pflegestätte der physikalischen Diagnostik“¹¹⁵ darstellte. NASSE wendete bei seinen Patienten beispielsweise die neuartigen Methoden Auskultation und Perkussion an und benutzte zur Diagnostik Thermometer, Spirometer und Spiegeluntersuchungen. Außerdem begann er mit Laboruntersuchungen und prüfte verschiedene Materialien unter dem Mikroskop.¹¹⁶ Zudem verfolgte er das Ziel, bei jedem verstorbenen Patienten eine Sektion durchzuführen.¹¹⁷ Dementsprechend ist die Bedeutung NASSES folgendermaßen zu bewerten: „In seiner Person vereinigte Nasse die wichtigsten Perspektiven der medizinischen Forschung und Lehre im 19. Jahrhundert.“¹¹⁸

Vor seiner Tätigkeit in Bonn hatte NASSE in Halle als Professor der „speciellen Pathologie und Therapie“¹¹⁹ und Leiter des dortigen Krankenhauses gearbeitet. Sein Studium hatte NASSE ebenfalls in Halle unter Johann Christian REIL (1759-1813)¹²⁰, als dessen Lieblingsschüler er gilt¹²¹,

¹¹² Vgl. Schmiz, 1920, S. 75.

¹¹³ A. a. O., S. 76.

¹¹⁴ Vgl. Schott, 1993a, S. 25.

¹¹⁵ Sioli, 1921, S. 110.

¹¹⁶ Vgl. Schmiz, 1920, S. 7ff; Sioli, 1910, S. 110; Noorden, 1931, S. 153.

¹¹⁷ Vgl. Schmiz, 1920, S. 7ff.

¹¹⁸ Schott, 1993a, S. 25.

¹¹⁹ Albers, 1851, S. 299.

¹²⁰ Johann Christian Reil (1759-1813) arbeitete ab 1787 als ordentlicher Professor der Medizin in Halle und dortiger Klinikdirektor. 1810 übernahm er den Lehrstuhl für klinische Medizin in Berlin. Bekannt wurde er durch die Entwicklung seines neurophysiologischen Konzeptes der Lebenskraft, welches er 1795 veröffentlichte. Hierin vertritt er die These, dass eine Kraft über das Nervensystem die Organe steuert und bei übermäßiger Ansammlung, bzw. Verarmung in einem Organ zu Erkrankung führt. (Vgl. Schott, 1993b, S. 613) Mit den 1803 von ihm veröffentlichten „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrütungen“ kann der Beginn einer wissenschaftlichen Psychiatrie in Deutschland markiert werden. (Vgl. Eulner, 1970, S. 258) In dieser Schrift griff Reil erneut das Konzept der Lebenskraft auf, indem das Seelenorgan, also das Gehirn, einer spezifischen Reiz- und Reizentziehungstherapie unterworfen wird (Vgl. Schott/Tölle, 2006, S. 330). 1807 erweiterte Reil sein Konzept, indem er dem sogenannten „Cerebral-System“, welches dem heutigen Zentralnervensystem entspricht, ein „Ganglien-System“ gegenüberstellte, welches anatomisch ungefähr mit dem heutigen vegetativen Nervensystem übereinstimmt. (Vgl. ebd.) Diesem Ganglien-System schrieb er unbewusste Funktionen zu und entwarf damit schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts ein Modell des Unbewusstseins. (Vgl. a. a. O., S. 571). Die Wirkung Reils auf Nasse stellte

absolviert. REIL war es auch, der NASSE als seinen eigenen Nachfolger vorschlug, so dass dieser 1816 das Klinikum in Halle übernehmen konnte.¹²²

Während seiner Tätigkeit in Halle leitete NASSE unter anderem das dortige Krankenhaus für Geistesranke.¹²³ Dies nutzte er für den studentischen Unterricht, indem er täglich eine Stunde lang seinen Studenten psychisch kranke Patienten vorstellte.¹²⁴ Damit kann er als ein Vorreiter des klinischen Unterrichts innerhalb der Psychiatrie bezeichnet werden (vgl. Kap. 2.1).

In Bonn dagegen musste sich NASSE mit theoretischen Vorlesungen über die Psychiatrie begnügen.¹²⁵ Obwohl er vereinzelt psychiatrische Patienten in die Klinik aufnahm¹²⁶, konnte kein regelmäßiger klinischer Unterricht mit psychiatrischen Patienten stattfinden, was NASSE folgendermaßen kritisierte: „Soll die Universität die höchste ärztliche Bildungsstufe sein, so muß auch gerade das höchste Geschäft des Arztes, die Kunst, psychisch Kranke zu erkennen und zu heilen, auf ihr und nicht außer ihr gelehrt werden.“¹²⁷

Eine praktische Ausbildung der Bonner Studenten in der Psychiatrie wurde erst möglich, als 1825 im nahe gelegenen Siegburg eine Provinzial-Irrenanstalt eröffnete.¹²⁸ Diese neue Anstalt stand unter der Leitung von Maximilian JACOBI¹²⁹ und war damit die erste Anstalt Deutschlands unter

der Historiker Schmiz folgendermaßen dar: „Auf Reils Einfluss geht wohl Nasses Neigung zur Naturphilosophie zurück, aber Reils Traditionen sind es auch gewesen, durch die Bonn den Ruhm erwarb als eine der ersten Pflegestätten der physikalischen Diagnostik zu gelten.“ (Schmiz, 1920, S. 7) Naturphilosophischen Einfluss erhielt Nasse sicherlich auch von der Bonner Universität, die zu ihrer Gründungszeit eine Hochburg der Naturphilosophie darstellte. (Vgl. Schmiz, 1920, S.3f; Sioli, 1921, S. 113).

¹²¹ Vgl. Sioli, 1921, S. 105.

¹²² Albers, 1851, S. 299.

¹²³ Vgl. Albers, 1851, S. 302. Während der Zeit in Halle gründete Nasse 1818 die „Zeitschrift für psychische Ärzte“ und damit die erste psychiatrische Zeitschrift in ärztlicher Hand (Vgl. Sioli, 1921, S. 111). Diese Zeitschrift entwickelte sich zum „Kristallisationskern für die Diskussion leib-seelischer Zusammenhänge und die Fragen anthropologischen Krankheitsverständnisses“ (Hahn, 1976, zit. n. Kreuter, 1996, S. 1015). Ab 1820 erschien diese Zeitschrift unter dem Titel „Zeitschrift für psychische Ärzte mit besonderer Berücksichtigung des Magnetismus“, ab 1823 hieß sie „Zeitschrift für Anthropologie“. Der letzte Band erschien 1826. (Vgl. Sioli, 1921, S. 111).

¹²⁴ Vgl. Sioli, 1921, S. 106.

¹²⁵ Vgl. Schmiz, 1920, S. 79.

¹²⁶ Vgl. Eulner, 1970, S.264.

¹²⁷ Sioli, 1921, S. 115.

¹²⁸ Vgl. Pelman, 1912, S. 17ff.

¹²⁹ Carl Wigand Maximilian Jacobi wurde 1775 in Düsseldorf geboren. Sein Vater war der Dichter und Philosoph Friedrich Heinrich Jacobi (1743-1819). Als Maximilian Jacobi 1793 sein Medizinstudium in Jena begann, konnte er durch die Freundschaft seines Vaters mit Goethe zeitweise bei diesem unterkommen. 1795 verließ Jacobi Jena und studierte in Göttingen und Edinburgh weiter, bis er 1797 an der Universität Erfurt promovierte. Ein Jahr später heiratete er Anna Claudius, die Tochter des Dichters Matthias Claudius. Nach kurzer ärztlicher Tätigkeit in Aachen und Eutin wanderte er mit seiner Familie 1802 nach London aus, kehrte aber schon bald wieder nach Eutin zurück. Schließlich folgte er seinem Vater, der zwischenzeitlich in die Akademie der Wissenschaften in München berufen worden war, nach Bayern. Dort trat er in den Staatsdienst ein und organisierte als Obermedizinalrat das bayerische Sanitätswesen. 1811 bis 1813 übernahm Jacobi die Leitung des St.-Johann-Spitals in Bayern. Hier dürfte er auch seine ersten Erfahrungen im Umgang mit psychisch Kranken gemacht haben, da in diesem Krankenhaus ein Zimmer mit sechs Betten für Geistesranke vorhanden war. Drei Jahre später erhielt er eine Stelle als Regierungs- und Medi-

ärztlicher Leitung.¹³⁰ Bald galt sie als Musteranstalt¹³¹ und war „die förmliche Hochschule für alle deutschen Ärzte, welche sich der Irrenheilkunde widmen wollten, ein Stelldichein für alle Fachgenossen, die hier Anregung und Belehrung fanden.“¹³²

Schon 1822 war JACOBI nach Bonn gezogen und hatte dort NASSE kennen gelernt, als dieser ihn 1823 wegen einer Meningitis behandelte.¹³³ Aus dieser Bekanntschaft heraus entstand eine rege Zusammenarbeit. Gemeinsam entwickelten NASSE und JACOBI ein Konzept, wie die Studenten eine praktische Ausbildung in der Psychiatrie erhalten konnten. Sie führten das so genannte „Siegburger Hauspraktikum“ ein¹³⁴, welches erstmals im Semester 1831/32 nachgewiesen werden kann¹³⁵ und für die nächsten Jahrzehnte bestehen blieb.¹³⁶ Dieses Praktikum stellte einen vierwöchentlichen Kurs während der Ferien in der Siegburger Anstalt dar, an dem anfangs zwei, später drei Studenten aus Bonn teilnehmen konnten. Als Bedingung hierfür mussten die Studenten zuvor eine Prüfung absolvieren und erhielten dafür für die Zeit ihres Praktikums einen finanziellen Zuschuss von Seiten der Universität.¹³⁷ Viele der späteren Psychiater des Rheinlandes hatten hier erstmals Kontakt mit psychiatrischen Patienten¹³⁸, wie zum Beispiel C. PELMAN, der in seinen „Erinnerungen“ von seinem Praktikum in Siegburg berichtet (vgl. Kap. 4.1.4).

zinalrat in Düsseldorf und erbat 1820, nachdem er zu Studienzwecken acht deutsche Irrenanstalten besucht hatte, die Leitung der neu zu errichtenden rheinischen Irrenanstalt. Auch weiterhin konnte er verschiedene Studienreisen unternehmen, wie eine Reise zu mehreren deutschen Anstalten kurz vor Eröffnung der Siegburger Anstalt und eine Reise nach England im Jahr 1834. (Vgl. Herting, 1921, S. 83f) Dementsprechend brachte er neuartige Ansätze mit: „Er war vom Geist der Moralphilosophie und der moral treatment geprägt, hatte die Quäker-Reformanstalt im englische York und andere fortschrittliche Einrichtungen besucht, stützte sich insbesondere auf die französische Schule und übersetzte Esquirol ins Deutsche, weshalb er der ‚deutsche Esquirol‘ genannt wurde.“ (Schott/ Tölle, 2006, S. 260).

¹³⁰ Vgl. Pelman, 1912, S. 18.

¹³¹ Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 260.

¹³² Herting, 1921, S. 88.

¹³³ Vgl. Kreuter, 1996, S. 634; Kastner, 1977, S. 37. JACOBIS Wertschätzung gegenüber NASSE zeigt sich im folgenden Zitat aus dem Jahre 1825: „Daß ganz Deutschland in ihm [Nasse, Anm. d. Verf.] einen der geistreichsten und glücklichsten Förderer der Irrenheilkunde anerkenne.“ (Jacobi, zit. n. Herting, 1921, S. 88).

¹³⁴ Vgl. Kastner, 1977, S. 34.

¹³⁵ Vgl. Schmitz, 1920, S. 79f. Laut Eulner ist dieses Praktikum spätestens ab 1841 in den Vorlesungsverzeichnissen aufzufinden, wo unter der Rubrik „Anstalten“ ein „Practischer Cursus für die Erkenntniß und Behandlung der Gemüthskranken in der Irrenheilanstalt in Siegburg während der jedesmaligen Ferienzeit“ (Eulner, 1964, S. 264) aufgeführt wurde.

¹³⁶ Das Praktikum in Siegburg ist bis zum Semester 1878/79 nachweisbar. (Vgl. Schmitz, 1920, S. 79f) In diesem Jahr wurde die Siegburger Anstalt geschlossen. (vgl. Kap. 4.1.2) Nun wurde das Praktikum auf die Bonner PHP übertragen und endete erst mit der Eröffnung der psychiatrischen Uniklinik. (Vgl. Sioli, 1921, S. 15).

¹³⁷ Vgl. Schmitz, 1920, S. 79f; Pelman, 1912, S. 13f; Sioli, 1921, S. 115.

¹³⁸ Vgl. Kastner, 1977, S. 34.

Bei ihrer Arbeit vertraten NASSE und JACOBI ein ähnliches Krankheitsverständnis. Sie gingen beide davon aus, dass psychische Erkrankungen auf organischen Veränderungen beruhten.¹³⁹ Damit standen sie in Widerspruch zu anderen Psychiatern, vor allem Johann Christian HEINROTH (1773-1843), der psychische Krankheiten als Folge seelischer Schwäche interpretierte.¹⁴⁰ Als Folge dieser unterschiedlichen Krankheitsverständnisse spricht man bis heute oft von einer Dichotomie innerhalb der damaligen Psychiatrie. Hierbei werden auf der einen Seite die Somatiker, als deren Hauptvertreter NASSE und JACOBI gelten, und auf der anderen Seite die Psychiker, vor allem HEINROTH, genannt. Allerdings ist einzuwenden, dass beide Seiten von einer engen Verknüpfung von Seele und Leib ausgingen und im Hinblick auf die Therapie ähnliche Ansätze hervorbrachten. Dementsprechend sind die Gegensätze zwischen den beiden Gruppen oft überbewertet worden und nicht mit späteren Entwicklungen in der Psychiatrie, wie zum Beispiel der Hirnpsychiatrie, zu vergleichen.¹⁴¹

Zwischen NASSE und JACOBI existierten allerdings auch einige Meinungsverschiedenheiten, welche vor allem in einem Aufsatz, den JACOBI 1844 in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin veröffentlichte, zum Ausdruck kamen. An dieser Stelle kritisierte JACOBI einen zuvor erschienenen Artikel NASSES über die Mitbehandlung der Kranken durch Geistliche und griff dabei auch NASSES Verwendung des Ausdrucks „Seelenstörung“ an.¹⁴²

Trotz dieser Differenzen konnten NASSE und JACOBI durch ihr Engagement erreichen, dass die Psychiatrie während der folgenden Jahrzehnte innerhalb der Medizin der Bonner Region stark vertreten war, was sich zum Beispiel an der großen Anzahl von Privat-Irrenanstalten in der Region widerspiegelte.¹⁴³

Eine dieser Privatanstalten gründete 1848 Friedrich NASSE mit seinem Sohn Werner NASSE (vgl. Kap. 4.1.3). Friedrich NASSE hatte schon zuvor längere Zeit psychisch kranke Frauen in seinem Haus betreut. Die nun gegründete Privatirrenanstalt war für psychisch erkrankte Männer

¹³⁹ Vgl. Sioli, 1921, S. 112ff; Herting, 1921, S. 87; Schott/ Tölle, 2006, S. 54ff.

¹⁴⁰ Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 54ff.

¹⁴¹ Vgl. Ebd.

¹⁴² Vgl. Herting, 1921, S. 90.

¹⁴³ Vgl. Albers, 1851, S. 303.

gedacht.¹⁴⁴ Zwei Jahre später kündigte Friedrich NASSE erstmals psychiatrischen Unterricht mit Patientenvorstellungen an.¹⁴⁵ NASSE verblieb er bis zu seinem Tod im Jahr 1851 in Bonn.¹⁴⁶

Auch nach seinem Tod wurden weiterhin psychiatrische Vorlesungen an der Universität Bonn gehalten. In den 1850er und 1860er übernahmen dies vor allem Carl Maria FINKELNBURG¹⁴⁷ (1832-1896), welcher zudem Exkursionen zur Siegburger Anstalt anbot, und Johann Friedrich Hermann ALBERS¹⁴⁸ (1805-1867), der beispielsweise im WS 1852/53 eine Vorlesung über psychiatrische Krankheiten hielt.¹⁴⁹

JACOBI verstarb 1858 er im Alter von 83 Jahren. Bis dahin war er Leiter der Siegburger Anstalt.¹⁵⁰ Seine Nachfolge übernahm Friedrich Albert HOFFMANN (1820-1863).¹⁵¹

4.1.2 Die Gründung der Provinzialanstalt Bonn

Die Bonner Provinzialanstalt entstand im Zuge einer Reform des rheinischen Anstaltswesens, die die Rheinprovinz in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts durchgeführte. Ausschlaggebend für diese Reform waren die Beschlüsse des 18. Provinziallandtages der Rheinprovinz aus dem Jahr 1865. Hier wurde die Aufhebung der ehemaligen Musteranstalt in Siegburg vereinbart, da diese Anstalt bauliche und hygienische Mängel aufwies und eine zur Unterbringung der Kranken notwendige Erweiterung unmöglich erschien.¹⁵² Stattdessen sollte in jedem der fünf Regierungsbe-

¹⁴⁴ Vgl. Sioli, 1921, S. 115.

¹⁴⁵ Vgl. Schmiz, 1920, S. 80. Welche Patienten Nasse für diese klinischen Fallvorstellungen benutzte, ist ungewiss, wie der Historiker Schmiz anmerkte: „Wie er [Nasse, Anm. d. Verf.] den klinischen Unterricht in Bonn ermöglicht hat, ob er etwa einen alten Lieblingsplan hat verwirklichen können und an seiner Klinik eine kleine psychiatrische Abteilung geschaffen hat, die durch Austausch mit einer anderen Heilanstalt die Mängel geringen Umfangs ersetzte, oder ob er sich des Materials einer hiesigen Privatheilstalt, etwa der, die sein Sohn Werner von 1847-1854 leitete, bedient hat, das weiss ich nicht zu sagen.“ (Schmiz, 1920, S. 80).

¹⁴⁶ Nasse verstarb an seinem 74. Geburtstag während eines Besuches bei seinem Sohn in Marburg. (Vgl. Albers, 1851, S. 307).

¹⁴⁷ Finkelnburg arbeitete nach seinem Studium bis 1861 als Assistenzarzt bei Jacobi und leitete anschließend die Kaltwasseranstalt in Godesberg. (Vgl. Orth et al., 1996, S. 105ff & S. 156).

¹⁴⁸ Albers wurde 1831 zum Extraordinarius an der Bonner Universität ernannt und unterrichtete hier in der inneren Medizin, Pathologie, Pharmakologie und Psychiatrie. Zudem führte er ab 1850 eine private Heilanstalt für Geistesranke in Bonn. (Vgl. Wenig, 1968, S. 2; Titius, 1987, S. 398).

¹⁴⁹ Vgl. Eulner, 1970, S.264; Schmiz, 1920, S. 79f.

¹⁵⁰ Vgl. Herting, 1921, S. 86.

¹⁵¹ Vgl. Pelman, 1912, S. 15; Orth et al., 1996, S. 158.

¹⁵² Carl Pelman, der selber einige Jahre in der Siegburger Anstalt gearbeitet hatte, beschrieb die dortige Situation folgendermaßen: „Seitdem [seit der Gründung der Anstalt, Anm. d. Verf.] hatten sich die Ansichten gewaltig geändert, die Zeiten waren fortgeschritten, Siegburg aber war geblieben was es gewesen, unzureichend, alt und in den inneren Einrichtungen abscheulich.“ (Pelman, 1890, S. 131).

zirke (Düsseldorf, Köln, Aachen, Koblenz und Trier) eine eigene Anstalt entstehen.¹⁵³ Ein wichtiger Initiator dieses Planes war Werner NASSE (vgl. Kapitel 5.1.3).

Wie Werner NASSE in einer Schrift aus dem Jahr 1880 betonte, bestand ein wesentliches Ziel des Projektes in der Dezentralisierung der Patientenversorgung:

„Die Bestimmung der Anstalt zu Siegburg für die heilbare Irren aus der ganzen Provinz, die Zentralisation der auf öffentliche Kosten stattfindenden Heilversuche auf einen Ort, hatte noch andere sehr wesentliche Nachteile herbeigeführt, deren Erkenntniss sich die Stände nicht verschliessen konnten. War die Lage der einzigen Heilanstalt auch möglichst zentral gewählt und hatten sich auch die Verkehrsmittel und Wege in der Provinz seit Gründung der Anstalt in grossartiger Weise vermehrt, so war die Anstalt doch weit entfernt davon, allen Bezirken der Provinz leicht und gleich zugänglich zu sein.“¹⁵⁴

Die Konzentrierung auf die Siegburger Anstalt habe verschiedene Konsequenzen gehabt. Zunächst sei der Transport der Patienten aus den entfernteren Gebieten oft teuer und kompliziert gewesen. Dadurch seien deutlich weniger Patienten aus den entlegeneren Regionen als aus der nahen Umgebung in die Siegburger Anstalt gekommen. Zudem sei es auffällig, dass die Patienten mit weiter Anreise seltener als gesund aus der Anstalt entlassen worden seien. Dies sei durch ihre verspätete Aufnahme in die Anstalt zu erklären.¹⁵⁵ Außerdem habe in den entfernteren Regionen der Provinz kein Kontakt der Bevölkerung mit der Anstalt stattgefunden. Dadurch seien „die nothwendige Bekanntschaft der Bevölkerung mit der Wirksamkeit der Anstalt, die Beseitigung des natürlichen Misstrauens und der Vorurtheile gegen dieselbe [...]“¹⁵⁶ verhindert worden.

Aus diesen Aussagen NASSES lässt sich entnehmen, dass der Bau der einzelnen Anstalten auf eine bessere Versorgung der Kranken abzielte.

Zu ähnlichen Schlüssen kam die Kommission, die den Provinziallandtag in der Frage der Reformierung des Anstaltswesens beraten sollte. Ihren Bericht beendeten die Mitglieder der Kommission mit folgenden Worten:

„[...]“, dass die Provinz sich der unabweislichen Pflicht einer vollkommenen Fürsorge für ihre Geisteskranken, die Angesichts der Leistungen anderer Provinzen und Länder als eine

¹⁵³ Vgl. Nasse, 1880, S. 7ff.

¹⁵⁴ A. a. O., S. 12f.

¹⁵⁵ Vgl. A. a. O., S. 13.

¹⁵⁶ Ebd.

längst fällige Schuld anzusehen sei, eingedenk ihrer Verantwortung vor Gott und Menschen nicht entziehen dürfe.“¹⁵⁷

Diese Verbesserung der Patientenversorgung wurde allerdings nicht nur aus humanitären und sozialen, sondern auch aus finanziellen Gründen angestrebt:

„Die Erwägung, dass viele Hunderte von Irren bei gleichmässiger Benutzung der Heilanstalt aus den verschiedenen Bezirken der Genesung hätten zugeführt werden können, und dass der Provinz durch die dem Gemeinwesen zur Last fallenden dauernde Verpflegung der unheilbar gewordenen ein sehr erheblicher finanzieller Schaden erwachsen sei, musste sich an jene Thatsachen naturgemäss anknüpfen.“¹⁵⁸

Die Konzeption der neuen Heilanstalten bot eine weitere Änderung. Im Gegensatz zur Siegburger Anstalt sollten sie nicht als reine Heilanstalt, sondern als gemischte Heil- und Pflege-Anstalten dienen:

„Die fortschreitende Erfahrung hat aber die theoretische und praktische Unhaltbarkeit und Verkehrtheit der Scheidung der Kranken nach Heil- oder Unheilbarkeit mehr und mehr erkennen lassen; trotz der für Siegburg vorgeschriebenen genauen ärztlichen Berichte, auf deren Grund die Entscheidung der Anstaltsarztes über die Aufnahme geschehen sollte, stellte sich die Unsicherheit und Unmöglichkeit solcher Entscheidungen bald heraus;[...]“¹⁵⁹

Die Errichtung der gemischten Heil- und Pflege-Anstalten entsprach, laut NASSE, dem Stand der Zeit. Die Einteilung der Kranken erfolgte nun nach „Art der Krankheitsäusserungen (z.B. ruhige, halbruhige etc.)“¹⁶⁰. Jede der fünf Anstalten sollte Platz für 200 bis 300 Kranke bieten.¹⁶¹

¹⁵⁷ A. a. O., S. 9.

¹⁵⁸ A. a. O., S. 13.

¹⁵⁹ A. a. O., S. 12.

¹⁶⁰ Ebd.

¹⁶¹ Vgl. a. a. O., S. 9. Der Plan, auch unheilbare Patienten in den Anstalten unterzubringen, stellte sich allerdings schon in den Jahren nach der Eröffnung der neuen Anstalten als problematisch heraus, da die Anstalten stärker als ursprünglich gedacht beansprucht wurden. Der Provinzialverband schloss daher Verträge mit konfessionellen und privaten Anstalten ab, welche nun die Versorgung der unheilbaren Patienten übernehmen sollten. (Vgl. LVR, 1995, S. V) Schon in den ersten Plänen von 1865, von der den Landtag beratenden Kommission ausgearbeitet, zeigt sich die Tendenz, nicht alle Geisteskranken in den neuen Anstalten aufzunehmen: „Sie [Die Kommission, Anm. d. Verf.] war weiter der Ansicht, unter Berufung auf die übereinstimmenden Zeugnisse der Irrenärzte, dass, mit Beseitigung der bisherigen irrationalen Scheidung von Heilbaren und Unheilbaren die neuen Anstalten als gemischte Heil- und Pflegeanstalten einzurichten seien, und dass die Entfernung der auf der tiefsten Stufe des Blödsinns stehenden, mit Sinnesverlusten heimgesuchten und epileptischen Irren aus den Heil- Pflegeanstalten und deren Unterbringung in eine zentrale Siechenanstalt, nach dem Vorgange anderer Länder, und zwar eventuell später in Siegburg, in Aussicht zu nehmen sei.“ (Nasse, 1880, S. 8) Der Plan einer zentralen Siechenanstalt in der alten Siegburger Anstalt wurde

Als Bauplatz der Provinzialanstalt für den Regierungsbezirk Köln wurde die Universitätsstadt Bonn ausgewählt. Die Universität beteiligte sich an den Kosten für das Grundstück, allerdings unter der Bedingung, dass der Anstaltsdirektor die psychiatrische Ausbildung der Medizinstudenten übernahm.¹⁶²

Der Bau der Bonner Provinzialanstalt begann im Februar 1873.¹⁶³ Hierbei wurde versucht, die Architektur der Universitätsbauten aufzunehmen: „Sämtliche Gebäude sind in gleicher Weise wie die in Bonn im letzten Jahrzehnt entstandenen, zu akademischen Zwecken errichteten Staatsbauten in Ziegel- Rohbau ausgeführt worden, [...]“¹⁶⁴

Bei der der Konstruktion des Hörsaals für die psychiatrischen Vorlesungen war insbesondere darauf Wert gelegt worden, dass die ankommenden Studenten den Betrieb der Anstalt nicht störten.¹⁶⁵ Der Aufbau des Hörsaals lässt sich folgender Beschreibung entnehmen:

„An das im mittleren Theil des Beamtenhauses liegende Vestibül schliesst sich der zweigeschossige, unten die akademischen Räumlichkeiten und die Leichenräume, oben die Kapelle aufnehmende Gebäudetheil unmittelbar an. [...] Im Erdgeschoss gelangt man vom Vestibül aus nach Durchschreitung eines, links die Klosets und Pissoirs, rechts die Garderobe enthaltenden Vorraumes in das 10,00 m lange, 8,26 m breite und 5,65 m hohe Auditorium, dessen Erleuchtung durch vier grosse, einander gegenüberliegende angeordnete Fenster erfolgt. Zwei dem Eingang des Auditoriums gegenüberliegende Thüren führen einerseits zum Laboratorium, andererseits zum Sektionszimmer, welches letztere mit einem unter demselben liegenden Leichen- Aufbewahrungskeller durch eine Treppe in Verbindung steht.“¹⁶⁶

Schließlich konnte die Bonner Anstalt im Januar 1882 als die letzte der fünf neuen Provinzialanstalten eröffnet werden.¹⁶⁷

nicht umgesetzt. Allerdings zeigen diese Überlegungen, dass man schon von Beginn der Planungen der Irrenanstalten die chronischen Patienten lieber nicht dort unterbringen wollte.

¹⁶² Vgl. Nasse, 1880, S. 21. In einem am 27. August 1870 geschlossenen Vertrag zwischen dem Kuratorium der Universität Bonn und dem Provinzialausschuss der Rheinprovinz wurden diese Rahmenbedingungen festgehalten. (Vgl. ebd.; Westphal et al., 1911, S. 227f).

¹⁶³ Vgl. Nasse, 1880, S. 25.

¹⁶⁴ Dreling, 1880, S. 129.

¹⁶⁵ Vgl. a. a. O., S. 128f.

¹⁶⁶ A. a. O., S. 138.

¹⁶⁷ Vgl. Archiv RK K 52, Ausschnitt aus der Bonner Zeitung vom 14. Januar 1882.

Festzuhalten bleibt, dass primäres Ziel der Anstaltserrichtung eine Verbesserung der Patientenversorgung war. Die Ermöglichung von psychiatrischem Unterricht dagegen stand nur an zweiter Stelle.

4.1.3 Werner Nasse

Der erste Direktor der neu errichteten Provinzialanstalt Bonn wurde am 3. Mai 1881 Werner NASSE (1822-1889).¹⁶⁸ Zeitgleich wurde er auch zum Professor¹⁶⁹ der Universität Bonn ernannt und war dadurch er der erste Bonner Professor für Psychiatrie.¹⁷⁰ Bevor er diese Stelle antrat, hatte Werner NASSE mehrere Anstalten geleitet. Damit hatte er den für damalige Zeit typischen Weg von Anstaltsleiter zum Universitätsprofessor vollzogen.

Er hatte Medizin in Bonn zu derselben Zeit studiert, als dort sein Vater Friedrich NASSE die Leitung der medizinischen Klinik innehatte. Den starken Einfluss von Friedrich NASSE auf seinen Sohn betonte auch Carl PELMAN in seinem Nachruf über Werner NASSE:

„Was Fr. Nasse gerade auf diesem Gebiete [der Psychiatrie, Anm. d. Verf.] im Vereine mit M. Jacobi geleistet hat, ist bekannt, und er müsste einen um so tieferen Eindruck auf das Gemüth eines jungen Mannes machen, der Dank seiner Jugend ohnehin geneigt war, das Alte bei Seite zu schieben und sich dem Neuen zuzuwenden, als dieser junge Mann der eigene Sohn des bahnbrechenden Vaters war. Der Gegenstand der Dissertation [...] zeugt von diesem Einflusse, [...].“¹⁷¹

Nach seinem Studium bildete sich Werner NASSE an den Universitäten in Prag, Wien und Paris weiter fort und verbrachte dann einige Wochen bei JACOBI in der Siegburger Anstalt.¹⁷²

¹⁶⁸ Vgl. Pelman, 1890, S. 133. Werner Nasse stammte aus Bonn, wo er am 7. Juni 1822 als Sohn von Friedrich Nasse geboren worden war. (Vgl. UA Bonn, Chronik der rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das Rechnungsjahr 1888/89, S. 8; zur Biographie von Nasse siehe auch Peretti, 1924 und Pelman, 1890) Nachdem er in Bonn und Erlangen die Gymnasien besucht und 1839 seine Hochschulreife erworben hatte, begann er in Bonn ein Studium der Philologie und Philosophie. Nach einem Jahr wechselte er zur Medizin, welche er zunächst in Marburg und dann in Bonn studierte. In Bonn promovierte er 1845 und erhielt ein Jahr später die Approbation. (Vgl. Peretti, 1924, S. 40).

¹⁶⁹ Über den Status Nasses in der Universität finden sich unterschiedliche Angaben. Während Pelman davon spricht, dass Nasse eine Stelle als außerordentlicher Professor innehatte (vgl. Pelman, 1912, S. 135), heißt es in der Universitätschronik von 1889, Nasse sei ordentlicher Honorarprofessor gewesen. (Vgl. UA Bonn, Chronik der rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das Rechnungsjahr 1888/89, S. 9) Im Laufe seiner Tätigkeit in Bonn wurde er zum ordentlichen Professor honoris causa ernannt. (Vgl. Pelman, 1889, S. 136).

¹⁷⁰ Vgl. Schmiz, 1920, S. 20.

¹⁷¹ Pelman, 1889, S. 129f.

¹⁷² Vgl. Peretti, 1924, S. 40.

Anschließend ließ er sich in Bonn als Arzt nieder und eröffnete hier mit seinem Vater eine Privat-Irrenanstalt.¹⁷³

Diese Anstalt gab er allerdings wieder auf, als er 1854 das Angebot bekam, die Leitung der Mecklenburgischen Staatsirrenanstalt Sachsenberg in der Nähe von Schwerin zu übernehmen.¹⁷⁴

Während seiner Zeit in Mecklenburg verstarben in Siegburg sowohl JACOBI als auch dessen Nachfolger. Daraufhin bat die Provinzialverwaltung Werner NASSE die Leitung der Siegburger Anstalt zu übernehmen.¹⁷⁵ In seinem Nachruf wird beschrieben, dass Werner NASSE dieses Angebot eigentlich ungelegen kam:

„Es war wahrhaftig keine leichte Aufgabe, die sich da vor ihm aufthat, und leicht wird ihm der Entschluss, das ihm lieb gewordene Sachsenberg zu verlassen und die Direction von Siegburg zu übernehmen, nicht geworden sein. Er kannte Siegburg und wusste, wie wenig es den Ansprüchen entsprach, die eine neue Zeit an die Irrenanstalten stellte, und er war sich über die Aufgabe, die seiner dort harzte, keinen Augenblick im Unklaren.“¹⁷⁶

Dennoch übernahm er am 06.11.1863 die Direktion der Siegburger Anstalt¹⁷⁷, wobei er jedoch von Beginn an eine Reform des rheinischen Anstaltswesens, die eine Schließung der Siegburger Anstalt als Heilanstalt beinhaltete, plante.¹⁷⁸ Zunächst traf er mit seinen Reformplänen auf viel Widerstand, da über die Siegburger Anstalt im Allgemeinen folgende Meinung vorherrschte:

„Innerhalb der Anstaltsmauern bei den alten Beamten und ausserhalb derselben in der Stadt und bei den Landständen bestand die Ueberzeugung von Alters her, dass Siegburg die beste der möglichen Irrenanstalten sein, und das war so oft gesagt und wiederholt worden, bis zu einem Glaubensartikel geworden, an dem zu rütteln nicht ohne Gefahr war.“¹⁷⁹

Dennoch erreichte W. NASSE, dass schon 1865 der Neubau von fünf Anstalten beschlossen wurde (vgl. Kapitel 5.1.2). Dabei stellte er die treibende Kraft für die Reform dar.¹⁸⁰ Er veröffentlichte diverse Denkschriften und war Mitglied in mehreren, den Landtag beratenden Kom-

¹⁷³ Vgl. ebd.; Pelman, 1890, S. 130.

¹⁷⁴ Vgl. Peretti, 1924, S. 40.

¹⁷⁵ Vgl. Pelman, 1890, S. 130f.

¹⁷⁶ A. a. O., S. 131.

¹⁷⁷ Vgl. UA Bonn, Chronik der rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das Rechnungsjahr 1888/89, S. 9.

¹⁷⁸ Vgl. Peretti, 1924, S. 41.

¹⁷⁹ Pelman, 1890, S. 132.

¹⁸⁰ Vgl. Oebeke, 1898, S. 795.

missionen.¹⁸¹ Zudem übernahm er die Planung der Anstalten in Bonn, Düren und Merzig.¹⁸² Auch in seinen Nachrufen spiegelt sich die Bedeutung NASSES für die Reform des rheinischen Irrenwesens wieder:

„Die 5 rheinischen Anstalten stehen da als ebenso viele Denkmäler seiner Thätigkeit, und mit der Entwicklung des rheinischen Irrenwesens ist sein Name ebenso unzertrennbar verbunden, [...]“¹⁸³

„Die Bedeutung Nasse's liegt vor allem in seinen hervorragenden Eigenschaften als Arzt und Anstaltsdirector. Ihm gebührt der Hauptantheil an der segensreichen Umgestaltung des gesamten Irrenwesens in der neueren Zeit. Die Gründung von fünf Irrenanstalten in der Rheinprovinz statt der einen ungenügenden in Siegburg ist seiner kräftigen Initiative zu verdanken.“¹⁸⁴

Nach der Fertigstellung der ersten drei Anstalten übernahm Werner NASSE die Leitung der neu errichteten Andernacher Anstalt, welche im Oktober 1876 eröffnete.¹⁸⁵ Während dieser Zeit engagierte er sich intensiv bei der Bekämpfung des Alkoholismus¹⁸⁶, wurde 1879 Mitredakteur der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie¹⁸⁷ und hatte von 1873-1885 den Vorsitz des Deutschen Vereins für Psychiatrie inne.¹⁸⁸ Zudem war er von 1867 bis zu seinem Tode Vorsitzender des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz.¹⁸⁹

1881 übernahm NASSE die Direktion der neuen Bonner Anstalt und wurde damit auch Teil der Bonner Fakultät. Seine ersten Vorlesungen, welche einmal wöchentlich stattfanden, hielt NASSE

¹⁸¹ Vgl. Peretti, 1924, S. 41.

¹⁸² Vgl. ebd.

¹⁸³ Pelman, 1890, S. 137.

¹⁸⁴ UA Bonn, Chronik der rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das Rechnungsjahr 1888/89, S. 9. Während er auf beruflicher Ebene erfolgreich war, wurde NASSE im privaten Leben während seiner Tätigkeit in Siegburg von schweren Schicksalsschlägen getroffen. Schon wenige Monate nach der Ankunft in Siegburg verstarb seine Frau, mit der er seit 1848 verheiratet gewesen war, an Typhus, einer aufgrund mangelnder hygienischer Zustände in der Anstalt herrschenden Krankheit. (Vgl. Pelman, 1890, S. 130f) Jahre später heiratete NASSE ein zweites Mal. Allerdings verstarb seine zweite Frau schon ein Jahr nach der Hochzeit bei der Geburt des Sohnes an Kindbettfieber. (Vgl. Peretti, 1924, S. 41).

¹⁸⁵ Vgl. Peretti, 1924, S. 41; Nasse, 1880, S. 27.

¹⁸⁶ Vgl. Peretti, 1924, S. 41; Pelman, 1890, S. 135.

¹⁸⁷ Vgl. Peretti, 1924, S. 41.

¹⁸⁸ Vgl. a. a. O., S. 42.

¹⁸⁹ Vgl. ebd.

im Sommersemester 1882.¹⁹⁰ Knapp acht Jahre war NASSE als Direktor der Bonner Anstalt tätig, bis er am 19.01.1889 verstarb.¹⁹¹

Abschließend ist nochmals zu betonen, dass NASSES Tätigkeitsschwerpunkte vor allem in der Arbeit als Anstaltsdirektor, Initiator der Reform des Irrenwesens und Mitgestalter von Irrengesetzen gesehen wurden.¹⁹² Seine Tätigkeit als Hochschullehrer galt dagegen nur als ein Nebenamt.¹⁹³ Ebenso wurde seine wissenschaftliche Tätigkeit in seinen Nachrufen und Biographien als nicht primäre Aufgabe beschrieben: „Seine zahlreichen wissenschaftlichen Aufsätze betrafen vorwiegend aktuelle Fragen auf klinischem Gebiete. Bedeutungsvoller war seine Mitarbeit bei Anträgen und Vorschlägen der Irrenärzte an die Behörden und gesetzgebenden Körperschaften.“¹⁹⁴

4.1.4 Carl Pelman

Nach dem Tode W. NASSES übernahm Carl Wilhelm PELMAN (1838-1916), der nicht zuletzt durch seine Autobiographie „Erinnerungen eines alten Irrenarztes“ (erschieden 1912) bekannt wurde, die Leitung der Bonner Provinzialanstalt und damit die dortige Psychiatrieprofessur. Ebenso wie sein Vorgänger, hatte Carl PELMAN vor seinem Amtsantritt in Bonn mehrere Anstalten geleitet und bezeichnete sich daher selber als Anstaltspsychiater.¹⁹⁵

Geboren wurde PELMAN 1838 in Bonn, wo er auch das Gymnasium besuchte und Medizin studierte.¹⁹⁶ Während seines Studiums kam er zum ersten Mal mit der Psychiatrie in Berührung, als er 1860 das vierwöchige Ferienpraktikum in der Siegburger Anstalt, welche damals unter der Leitung von F. HOFFMANN stand, absolvierte.¹⁹⁷ Dieses Praktikum machte einen solchen Eindruck auf ihn, dass er, nachdem er 1860 das Staatsexamen bestanden und erfolgreich promoviert

¹⁹⁰ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 228.

¹⁹¹ Vgl. UA Bonn, Chronik der rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das Rechnungsjahr 1888/89, S. 8.

¹⁹² Vgl. Pelman, 1889, S. 136f; Schmiz, 1920, S. 20.

¹⁹³ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 229; Schmiz, 1920, S.80.

¹⁹⁴ Peretti, 1924, S. 43.

¹⁹⁵ Vgl. Pelman, 1912, S. 141.

¹⁹⁶ Vgl. Umpfenbach, 1924, S. 144f.

¹⁹⁷ Vgl. Pelman, 1912, S. 13ff. In seinen Erinnerungen beschreibt Pelman ausführlich die Zustände in Siegburg. Vor allem hebt er die schlechte hygienische Situation und die veralteten therapeutischen Methoden, insbesondere die Zwangsmethoden, vor. Allerdings betont er auch, dass die Ärzte damals sehr viel mehr Zeit für ihre Patienten gehabt und diese wesentlich besser gekannt hätten als in den späteren großen Anstalten. (Vgl. ebd.).

hatte¹⁹⁸, in Siegburg seine Ausbildung zum Psychiater begann.¹⁹⁹ Da die Siegburger Anstalt nur für heilbare Patienten ausgelegt war, verbrachte er zudem zwei Wochen in der Kölner Anstalt Lindenburg, um dort die Behandlung chronisch Erkrankter kennen zu lernen.²⁰⁰ 1862 wechselte er für seine weitere Ausbildung für 1 ½ Jahre an die Anstalt in Görlitz.²⁰¹

1864 kehrte PELMAN nach Siegburg zurück²⁰², wo inzwischen W. NASSE die Direktion übernommen hatte. Das Arbeitsverhältnis mit NASSE, mit dem er sieben Jahre zusammenarbeitete, beschrieb PELMAN als angenehm und freundschaftlich.²⁰³

1871 verließ PELMAN, nachdem er zwischendurch eine Studienreise zu verschiedenen Anstalten in England und Frankreich durchgeführt hatte²⁰⁴, endgültig die Siegburger Anstalt und übernahm die Leitung der elsässischen Anstalt Stephansfeld.²⁰⁵ Nach weiteren fünf Jahren kehrte er in die Rheinprovinz zurück und wurde Direktor der im Rahmen der Irrenreform neu errichteten Anstalt Grafenberg.²⁰⁶ Zu dieser Zeit, heißt es in einer seiner Biographien, sei er der „gesuchtteste Psychiater der Rheinprovinz“²⁰⁷ gewesen.

Nach dem Tode Werner NASSES wurde PELMAN 1889 dessen Nachfolger in Bonn.²⁰⁸ Im Gegensatz zu NASSE konnte PELMAN erreichen, dass er Ordinarius der Psychiatrie wurde, wobei er allerdings für seine Lehrtätigkeit keinerlei Besoldung erhielt.²⁰⁹

Seinen eigenen Aussagen zufolge, nahm er diese Stelle nur mit Widerstreben an.²¹⁰ Insbesondere die Lehrtätigkeit sei für ihn ungewohnt gewesen, so dass er vor seinem Amtsantritt eine Rundreise zu verschiedenen Universitäten unternahm, um dort Anregungen für seinen eigenen

¹⁹⁸ Vgl. Umpfenbach, 1924, S. 145.

¹⁹⁹ Vgl. Pelman, 1912, S. 16. Hier kam er auch mit dem zu jener Zeit gängigen psychiatrischen Ausbildungssystem in Kontakt. „Man studierte damals die Psychiatrie in den Anstalten, und auf den Hochschulen war von ihr nur vereinzelt die Rede. Zur Ausbildung des Psychiaters gehörte daher ein Besuch der Anstalten, und Jacobis Bedeutung und Ruf hatten von jeher die Aufmerksamkeit der jüngeren Psychiater nach Siegburg gelenkt. Siegburg wurde viel besucht, und Hoffmann, den dies offenbar erfreute [...], lud die wandernden Fachgenossen zu sich ein, schon um uns, wie er sagte, die Gelegenheit zu geben, sie kennen zu lernen.“ (Pelman, 1912, S. 47f.).

²⁰⁰ Vgl. Pelman, 1912, S. 53ff.

²⁰¹ Vgl. Umpfenbach, 1924, S. 145.

²⁰² Vgl. ebd.

²⁰³ Vgl. Pelman, 1890, S. 136f; Pelman, 1912, S. 42.

²⁰⁴ Vgl. Umpfenbach, 1924, S. 145f.

²⁰⁵ Vgl. ebd.

²⁰⁶ Vgl. ebd.

²⁰⁷ A. a. O., S. 146.

²⁰⁸ Vgl. Westphal, 1917, S. 536.

²⁰⁹ Vgl. Pelman, 1912, S. 134ff.

²¹⁰ Vgl. ebd.

Unterricht zu bekommen.²¹¹ Trotz dieser Erfahrungen, so PELMAN, fühlte er sich bei seiner ersten Vorlesung unsicher.²¹² Letztendlich konnte PELMAN mit seinen Vorlesungen allerdings einen durchschlagenden Erfolg erreichen, wie es sein Nachfolger Alexander WESTPHAL betonte:

„Pelman war ein ausgezeichnete Lehrer. Sein Vortrag in der Form vollendet und durchdrungen von einem zu Herzen gehenden Humor, wirkte ungemein anregend und fesselnd. Er verstand es meisterhaft, seine Zuhörer in das ihnen fremde Gebiet der Psychiatrie einzuführen und seine Begeisterung für diese Wissenschaft auf seine Schüler zu übertragen. Seine Vorlesungen über ‚Psychische Grenzzustände‘, welche er vor einem aus Zuhörern aller Fakultäten zusammengesetzten Publikum hielt, gehörten zu den besuchtesten öffentlichen Vorlesungen an der Universität.“²¹³

PELMAN bemerkte selber, dass seine Vorlesungen guten Anklang fanden. Diese Anerkennung, so führte er an, sei für ihn besonders wichtig, da er sich aufgrund seines Berufsweges „gewissermaßen nur als ein Professor zweiter Güte“²¹⁴ fühle. Er sah sich selber als ein „Praktiker, der erst spät in sein Amt hineingewachsen ist und dem der neue Anzug immer noch nicht so recht passen will.“²¹⁵

Ungeachtet seines Erfolges in der Lehre kritisierte PELMAN die Personalunion zwischen Anstaltsdirektor und Universitätsprofessor. Seiner Meinung nach war das Zusammenlegen der beiden Arbeitsgebiete wenig sinnvoll, da die Personalunion entweder auf Kosten der Anstaltsleitung oder auf Kosten der universitären Aufgaben gehe.²¹⁶

Trotz dieser doppelten Arbeitsbelastung schaffte es PELMAN, gleichzeitig verschiedene andere Tätigkeiten auszuüben. So war er Mitglied im rheinischen Medizinalkollegium, welches sich vor allem mit Gutachten beschäftigte²¹⁷, und ab 1889 bis zu seinem Tod Vorsitzender des „Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz“.²¹⁸

²¹¹ Vgl. a. a. O., S. 140f.

²¹² Vgl. ebd.

²¹³ Westphal, 1917, S. 537.

²¹⁴ Pelman, 1912, S. 141.

²¹⁵ Ebd. Seine praxisorientierte Ausrichtung spiegelte sich ebenfalls in seinen wissenschaftlichen Arbeitsgebieten wieder: „Es war weniger das einzelne klinische Problem, welches Pelman interessierte, sein auf die Zusammenhänge der Dinge gerichteter Sinn, seine universelle Veranlagung, wandte sich mit Vorliebe Fragen mehr allgemeiner Natur zu, wie sie die Berührungspunkte unserer Wissenschaft mit Nachbardisziplinen, wie der Jurisprudenz, der sozialen Hygiene, der Kriminalanthropologie in so mannigfacher Weise brachte.“ (Westphal, 1917, S. 538).

²¹⁶ Vgl. Pelman, 1912, S. 141; Archiv LVR Brauweiler, Akte 15214, Pelman an den Landes-Direktor der Rheinprovinz, 17.4.1896.

²¹⁷ Vgl. Pelman, 1912, S. 137ff.

²¹⁸ Vgl. Umpfenbach, 1924, S. 147.

Aus Altergründen gab PELMAN 1904 seine Tätigkeit auf. Er lebte bis zu seinem Tod im Jahr 1916 in Bonn.²¹⁹

4.1.5 Zusammenfassung der Geschichte der Bonner Psychiatrie im 19. Jahrhundert

Abschließend ist zu der bisher dargestellten Geschichte der Bonner Psychiatrie im 19. Jahrhundert folgendes festzuhalten:

- 1) Die Entwicklung der Universitätspsychiatrie in Bonn spiegelt die allgemeine Entstehung der Universitätspsychiatrie, welche durch eine starke Anbindung an Anstalten geprägt war, wider.
- 2) Die hier vorgestellten Akteure Werner NASSE und Carl PELMAN gehörten beide zu denjenigen Psychiatrie-Professoren, deren Berufswege durch jahrelange Leitung von Anstalten geprägt waren.
- 3) Die Entwicklung der Bonner Psychiatrie wurde von einer personellen Kontinuität geprägt: Werner NASSE stand sowohl unter dem Einfluss von Maximilian JACOBI, bei dem er ein Praktikum absolvierte, als auch unter dem von Friedrich NASSE, bei dem er studierte und mit dem er später eine Privatanstalt leitete. Carl PELMAN wiederum arbeitete jahrelang mit W. NASSE zusammen.

4.2 Die Entwicklung der Bonner Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts

4.2.1 Alexander Westphal

Die Nachfolge von Carl PELMAN übernahm 1904 Alexander WESTPHAL (1863-1941), welcher später über seinen eigenen Amtsantritt schrieb: „Mit dieser Berufung war insofern ein Novum geschehen, als das bisherige Prinzip, einen der schon vorhandenen Anstaltsdirektoren der Rheinprovinz in die Stelle einrücken zu lassen, durchbrochen wurde.“²²⁰

Damit nannte er selber die beiden Kriterien, die ihn von seinen Vorgängern unterschieden. Zum einen war er kein typischer Anstaltspsychiater, sondern hatte, wie nachstehend erörtert werden wird, vor seiner Berufung nach Bonn an anderen Universitätsklinken gearbeitet. Zum ande-

²¹⁹ Vgl. ebd.

²²⁰ Westphal et al., 1911, S. 230.

ren stammte Alexander WESTPHAL nicht aus der Rheinprovinz und hatte auch vor seinem Amtsantritt in Bonn nicht dort gearbeitet. Somit endete mit seiner Person die zuvor vorhandene personelle Kontinuität.

Alexander Carl Otto WESTPHAL wurde am 18.05.1863 in Berlin als Sohn des Psychiaters Carl WESTPHAL (1833-1890) und dessen Frau CLARA, einer geborenen MENDELSSOHN, geboren.²²¹ Sein Vater übernahm 1869 die Nachfolge Wilhelm GRIESINGERS als Leiter der Abteilung für Geistes- und Nervenranke der Charité und wurde dadurch mit dem Berliner Lehrstuhl für Psychiatrie und Neurologie betraut.²²² Seine wissenschaftliche Tätigkeit erstreckte sich vor allem auf neurologische, bzw. neuropathologische Fragestellungen.²²³ Neben Theodor MEYNERT und Carl WERNICKE war Carl WESTPHAL einer der wichtigsten Vertreter der Hirnpsychiatrie.²²⁴ Bis zu seinem Tode Anfang 1890 blieb Carl WESTPHAL der Direktor der Klinik für Geistes- und Nervenranke in Berlin.²²⁵

Alexander WESTPHAL studierte, nachdem er sein Abitur 1882 am Friedrich-Werderschen Gymnasium in Berlin erworben hatte, in Heidelberg und Berlin Medizin. 1887 bestand er in Berlin sein Staatsexamen.²²⁶ Von 1888 bis März 1890 hatte er seine erste Stelle an der medizinischen Universitätsklinik in Heidelberg unter Wilhelm ERB (1840-1921) inne.²²⁷ Von dort aus ging er nach Leipzig, wo er unter Heinrich CURSCHMANN (1846-1910) bis Juli 1891 an der medizinischen Klinik arbeitete.²²⁸ Anschließend verließ er die Innere Medizin und wandte sich der Psychiatrie zu, indem er an die Psychiatrische und Nervenlinik der Charité in Berlin wechselte²²⁹, wo inzwischen der Nachfolger seines Vaters, Friedrich JOLLY (1844-1904), tätig war.²³⁰ Hier erhielt er

²²¹ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Personalblatt.

²²² Vgl. Bödecker/ Westphal, 1924, S. 114.

²²³ Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 85 & S. 91.

²²⁴ Vgl. a. a. O., S. 85; Eulner, 1970, S. 282. Unter „Hirnpsychiatrie“ versteht man eine neuropathologisch ausgerichtete Forschungsrichtung, die im ausgehenden 19. Jahrhundert die Psychiatrie dominierte. (Vgl. Schott/ Tölle, 1996, S. 85ff).

²²⁵ Vgl. Kreuter, 1996, S. 1565; Bödecker/ Westphal, 1924, S. 116.

²²⁶ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Personalblatt.

²²⁷ Vgl. ebd.

²²⁸ Vgl. ebd.

²²⁹ Vgl. ebd.; Privatbesitz L. Orth (APG Bonn), Westphal an den Landeshauptmann der Rheinprovinz 12. September 1916; UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn 1949, S. 43.

²³⁰ Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 91.

bald eine Oberarztstelle.²³¹ Auch JOLLY arbeitete, wie zuvor CARL WESTPHAL, vornehmlich an neurologischen Fragestellungen.²³²

Während seiner Tätigkeit an der Charité gab Alexander WESTPHAL die gesammelten Abhandlungen seines Vaters heraus.²³³ Als Folge dessen war A. WESTPHAL mit den Werken seines Vaters und dessen neurologischen Orientierung bestens vertraut (vgl. Kapitel 5.2.2).²³⁴

Alexander WESTPHAL blieb insgesamt neun Jahre an der Charité.²³⁵ Während dieser Zeit erfolgte 1894 seine Habilitation in der Psychiatrie und Neurologie.²³⁶

Im Sommersemester 1900 wechselte Alexander WESTPHAL nach Greifswald, um an der dortigen psychiatrischen Klinik die Vertretung des erkrankten Klinikchefs Rudolf Gottfried ARNDT (1835-1900) zu übernehmen. Nach dessen Tode erfolgte am 28. Februar 1901 die Ernennung von Alexander WESTPHAL zum Leiter der Klinik und zum Extraordinarius der Universität Greifswald.²³⁷ Dieses Extraordinariat wurde noch während seiner Tätigkeit in Greifswald in ein Ordinariat umgewandelt.²³⁸ In dieser Zeit initiierte WESTPHAL den Neubau einer psychiatrischen Universitätsklinik in Greifswald²³⁹, welche allerdings erst 1906, nach seinem Weggang, eröffnete.²⁴⁰

Von Greifswald aus wechselte WESTPHAL nach Bonn, wo er 1904 sowohl zum Ordinarius für Psychiatrie als auch zum Direktor der Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt ernannt wurde.²⁴¹

²³¹ In einem Brief (Vgl. Privatbesitz L. Orth (APG Bonn), Westphal an den Landeshauptmann der Rheinprovinz 12. September 1916) gibt Westphal selber an, er habe von August 1891 an als Oberarzt gearbeitet. Auch in seiner Personalakte ist vermerkt, er sei von 1891 bis 1900 Oberarzt gewesen (Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Personalblatt). Die ‚Gesammelten Abhandlungen‘ seines Vaters (erschieden 1892) gab er allerdings noch als Assistenzarzt heraus.

²³² Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 91.

²³³ Vgl. Westphal, 1892.

²³⁴ Über die Beziehung zu seinem Vater und dessen Einfluss auf seine Arbeitsweise schrieb A. WESTPHAL später: „Die naturwissenschaftliche Neigung des ältesten Sohnes suchte er [C. Westphal, Anm. d. Verf.] nach jeder Richtung zu fördern, nicht nur durch Auswahl einer geeigneten Lektüre; er führte auch selbst mit dem Sohne einfache physikalische und chemische Experimente aus und unterwies ihn im Gebrauch des Mikroskops mit derselben Sorgfalt und Gründlichkeit, die wir bei allen Arbeiten Carl Westphals bewundern.“ (Bödecker/ Westphal, 1924, S. 116).

²³⁵ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Personalblatt; Privatbesitz L. Orth (APG Bonn), Westphal an den Landeshauptmann der Rheinprovinz 12. September 1916.

²³⁶ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Personalblatt; UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, 1949, S. 43.

²³⁷ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Personalblatt; Privatbesitz L. Orth (APG Bonn), Westphal an den Landeshauptmann der Rheinprovinz 12. September 1916; UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, 1949, S. 43.

²³⁸ Vgl. Kreuter, 1996, S. 1562.

²³⁹ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Westphal an das Kuratorium der Universität Bonn, 6. Juli 1920.

²⁴⁰ Vgl. Cramer, 1910, S. 37.

²⁴¹ Vgl. Privatbesitz L. Orth (APG Bonn), Westphal an den Landeshauptmann der Rheinprovinz 12. September 1916.

Aus dem beschriebenen Verlauf seiner Karriere wird deutlich, dass WESTPHAL ein typischer Universitätspsychiater war.²⁴² Er selber hielt es nicht mehr für zeitgemäß, einen Anstaltsdirektor als Psychiatrieprofessor zu berufen, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

„Einer besonderen Begründung bedurfte dieser Schritt [Westphals Berufung, Anm. d. Verf.] für den nicht, der berücksichtigt, daß unserer Wissenschaft inzwischen Gebiete erschlossen waren, die dem praktischen Anstaltspsychiater ferner lagen, deren Kultivierung für den akademischen Lehrer unumgänglich notwendig war; gemeint sind in erster Linie die pathologische Anatomie, ferner die Neurologie und auch die experimentelle Psychologie.“²⁴³

Diese Veränderung nahmen auch andere Personen wahr. So heißt es in einem Buch über die Bonner medizinische Fakultät aus dem Jahr 1920, WESTPHAL habe die „modernwissenschaftliche Richtung der Psychiatrie“²⁴⁴ in Bonn eingeführt.²⁴⁵

Schon kurz nach seinem Amtsantritt in Bonn begann WESTPHAL, den Bau einer universitätseigenen Klinik für Psychiatrie voranzutreiben (vgl. Kapitel 5.2.3). Damit ist der Bau dieser Klinik eng an die Person WESTPHALS gekoppelt, der allgemein als der Gründer der Klinik gilt.²⁴⁶

Den Lehrstuhl in Bonn behielt A. WESTPHAL bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1928.²⁴⁷ Als Direktor der Provinzialanstalt war er bis 1929 im Amt.²⁴⁸

Während seiner Tätigkeit in Bonn erhielt er zahlreiche Auszeichnungen. So wurde ihm im November 1908 zur Fertigstellung der Klinik der Roter-Adler-Orden IV. Klasse verliehen.²⁴⁹ 1913 folgte die Ernennung zum Geheimen Medizinalrat.²⁵⁰ Zudem war WESTPHAL im Jahre 1908/09 Dekan der medizinischen Fakultät.²⁵¹

²⁴² Von dem Historiker Engstrom wird seine Berufung sogar als charakteristisch dafür bezeichnet, dass ab der Jahrhundertwende Universitätsposten primär an Leute vergeben wurden, die ihre Ausbildung an Universität genossen hatten. (Vgl. Engstrom, 2003, S. 119f).

²⁴³ Westphal et al., 1911, S. 230.

²⁴⁴ Schmitz, 1920, S. 21.

²⁴⁵ Zu Westphals Arbeitsgebieten vgl. Kap. 9.1.

²⁴⁶ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, 1949, S. 44; Schmitz, 1920, S. 54f.

²⁴⁷ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Personalblatt.

²⁴⁸ Vgl. ebd.

²⁴⁹ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Antrag der Universität auf Verleihung des Ordens 16.11.1908.

²⁵⁰ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Antrag der Universität auf Verleihung des Titels „Geheimer Medizinalrat“, 20.12.1912.

²⁵¹ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, 1949, S. 44.

Aus WESTPHALS Privatleben ist wenig bekannt. Er verstarb am 09. Januar 1941 in Bonn.²⁵²

Betrachtet man diese Charakterisierung WESTPHALS und seine Selbstdarstellungen als Universitätsprofessor, so wird daraus deutlich, dass er ein anderes Interesse als seine Vorgänger an einer psychiatrischen Universitätsklinik haben musste. Zudem begann er seine Tätigkeit in Bonn zu einer Zeit, in der in den meisten anderen Universitätsstädten schon Psychiatrische Kliniken entstanden waren. Somit stellte eine Klinik hier gewissermaßen ein Prestigeobjekt dar.

Sein starkes persönliches Interesse wird auch daraus erkennbar, dass WESTPHAL die Tätigkeit als Klinikdirektor jahrelang ohne jegliche Bezahlung ausübte.²⁵³

4.2.2 Die Vertretung der Neurologie an der Bonner Universität

Um die Jahrhundertwende hatte sich die Neurologie in Deutschland noch nicht als eigenständiges Fach etabliert. Stattdessen erhoben sowohl die Internisten als auch die Psychiater Anspruch auf die Neurologie als Teilgebiet ihres Faches.²⁵⁴ Die Psychiater beriefen sich dabei auf Wilhelm GRIESINGER (1817-1868). Dieser hatte in Berlin als erster einen kombinierten Lehrstuhl für Neurologie und Psychiatrie inne und sah die beiden Fächer dadurch verbunden, dass sie das Gehirn in den Mittelpunkt ihrer Forschungen stellten.²⁵⁵ Die neurologisch orientierten Internisten dagegen begründeten ihren Anspruch in der Tradition von Moritz Heinrich ROMBERG (1795-1873), der als

²⁵² Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Personalblatt. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, 1949, S. 43. In Westphals Nekrolog heißt es, dass „auch nach seiner Emeritierung seine Interessen seinem früheren Tätigkeitskreis verbunden“ (UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, 1949, S. 44) blieben. Allerdings war dies nicht die ganze Zeit bis zu seinem Tode gewünscht. Stattdessen wurde der ehemals angesehene Professor in seinen letzten Jahren gemieden. Grund dafür war seine Abstammung. Wie schon vorher vermerkt, war seine Mutter eine geborene Mendelssohn. Noch 1924 erwähnt dies A. Westphal mit stolzem Unterton: „Seit dem Jahre 1862 war er [C. Westphal, Anm. d. Verf.] mit Clara Mendelssohn, einem Mitgliede der alten und berühmten Familie dieses Namens, in glücklichster Ehe verheiratet.“ (Bödecker/ Westphal, 1924, S. 116) In seinem Nekrolog werden die gesellschaftlichen Folgen, die sich für Westphal in seinen letzten Lebensjahren aus seiner Abstammung ergaben, nur vorsichtig angedeutet: „Erst die besonderen Umstände der späteren Zeit – er entstammte mütterlicherseits der Familie Mendelssohn- brachten ihm eine zunehmende Vereinsamung.“ (UA Bonn, Chronik der Univ. Bonn, 1949, S. 44) Über seine Großeltern mütterlicherseits, die beide zum evangelischen Glauben konvertiert waren, findet sich in seiner Personalakte der Vermerk „nicht arisch“ (Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Personalblatt).

²⁵³ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Westphal an das Kuratorium der Univ. Bonn, 6. Juli 1920. Erst 1921 wurde das persönliche Ordinariat Westphals in ein planmäßiges Ordinariat umgewandelt und ihm die damit verbundene Bezahlung und Emeritierung zugestanden. (Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, der Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung an Westphal, 31. August 1921).

²⁵⁴ zur Entwicklung der Neurologie und ihrem Verhältnis zur Psychiatrie und Inneren Medizin vgl. Baller, 2000; Karenberg, 2007, S. 20-29; Schott/Tölle, 2006, S. 89ff & S. 521; Eulner, 1970, S. 282; Roelcke, 2002, S. 116.

²⁵⁵ Vgl. Schott/Tölle, 2006, S. 521 & S. 91.

Leiter der Medizinischen Poliklinik in Berlin tätig gewesen war.²⁵⁶ 1840 hatte er sein „Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen“ veröffentlicht und damit die moderne Neurologie begründet.²⁵⁷

Ein wichtiger Vertreter der neurologisch orientierten Internisten war Friedrich SCHULTZE (1848-1918)²⁵⁸, der 1891 mit zwei weiteren Internisten, Wilhelm ERB (1840-1921) und Adolf STRÜMPELL (1853-1925), die „Zeitschrift für Nervenkrankheiten“ gründete.²⁵⁹ Ziel dieser Gründung war es, den Verbleib der Neurologie in der Inneren Medizin zu sichern oder, wie ERB es ausdrückte, „die zunehmende Usurpation der Nervenkrankheiten seitens der Psychiater zu bekämpfen.“²⁶⁰

Das Engagement Friedrich SCHULTZES für die Vertretung der Neurologie innerhalb der Inneren Medizin ist insbesondere deshalb interessant, da er ebenfalls in Bonn tätig war. Hier leitete er von 1888 bis 1918 die medizinische Klinik. Der Schwerpunkt seiner Arbeit lag dabei auf neurologischem Gebiet.²⁶¹

1904 hielt SCHULTZE einen Vortrag über die Ziele der „Rheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Innere Medizin und Nervenheilkunde“, welche er selbst gegründet hatte. Durch diesen Vortrag, in dem er abermals die Zugehörigkeit der Neurologie zur Inneren Medizin betonte, verschärfte sich der Konflikt zwischen Internisten und Psychiatern.²⁶²

In eben jenem Jahr kam auch WESTPHAL nach Bonn. Dieser war stark von der neuropathologischen Arbeitsweise seines Vaters geprägt (vgl. Kap. 4.2.1). Bezeichnend hierfür ist auch das Vorwort, das er zu den „Gesammelten Anhandlungen“ seines Vaters schrieb:

„Nicht immer hat sich [beim Aufbau der ‚Gesammelten Abhandlungen‘, Anm. des Verf.] eine Sonderung in psychiatrische und neuropathologische Abhandlungen durchführen lassen, da beide in einander oft übergreifen. Viele von ihnen documentieren auf's evidentest-

²⁵⁶ Vgl. Baller, 2000, S. 26.

²⁵⁷ Vgl. Karenberg, 2007, S. 20f.

²⁵⁸ Vgl. Baller, 2000, S. 15.

²⁵⁹ Vgl. Karenberg, 2007, S. 28.

²⁶⁰ Erb, zit. n. Karenberg, 2007, S. 28. Auch Strümpell betonte später in seiner Autobiographie dieses Ziel: „Wir wollten durch die Herausgabe der neuen Zeitschrift zum Ausdruck bringen, daß die Nervenheilkunde auch fernhin als ein Teil der inneren Medizin anzusehen sei, ebenso wie sie ja ihren Anfang unzweifelhaft aus der inneren Medizin genommen hatte.[...] Das von C. Westphal redigierte "Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten" enthielt mehr neurologische als psychiatrische Arbeiten. Die Gefahr schien nahezuliegen, daß die Neurologie der inneren Klinik entrissen und ganz mit der Psychiatrie vereinigt werde. Dieser Gefahr suchten wir durch die Gründung der neuen Zeitschrift entgegenzuwirken.“ (Strümpell, 1925, zit. n. Baller, 2000, S. 27f).

²⁶¹ Vgl. Hörnemann, 1988, S. 83f.

²⁶² Vgl. Baller, 2000, S. 28f.

te, wie Westphal beim Nachforschen der krankhaften Erscheinungen, aus dem einen Gebiet in's andere gelenkt wurde, und so die zwischen beiden bestehende, von Griesinger zuerst gewürdigte Verbindung, für alle Zeiten zur vollsten Geltung gebracht hat.“²⁶³

Alexander WESTPHAL hielt an dieser Arbeitsrichtung weiterhin fest. So findet sich in seiner Personalakte der Universität Bonn unter dem Punkt „Besonderes Forschungsgebiet“ der Vermerk „Psychiatrie und Neurologie“ wieder.²⁶⁴

In einem Nekrolog über Alexander WESTPHAL wird dieser Forschungsschwerpunkt ebenfalls sichtbar. Hier heißt es, „Westphals wissenschaftliche Bestrebungen galten der engen Verbindung der Psychiatrie und Neurologie.“²⁶⁵

Somit musste WESTPHAL aus berufspolitischen Gründen den Bau einer Klinik vorantreiben, da er nur so der starken Beanspruchung der Neurologie durch die Innere Medizin in Bonn entgegentreten konnte.

In den folgenden Jahren wurde die Neurologie in Bonn sowohl von Psychiatern als auch von Internisten vertreten. So finden sich in den Vorlesungsverzeichnissen auch nach dem Amtsantritt WESTPHALS 1904 diverse Veranstaltungen zu neurologischen Themen, die von Internisten geleitet wurden. Im Wintersemester 1909/10 hielt beispielsweise der Internist SCHULTZE zwei Vorlesungen mit den Titeln „Krankheiten des Nervensystems“ und „Krankheiten des Rückenmarks“. Der Internist Rudolf FINKELNBURG bot zudem eine „Einführung in die Diagnostik der Nervenkrankheiten“, bei der auch mit Patienten gearbeitet wurde, und einen „Kursus in der Untersuchung Nervenkranker mit praktischen Übungen für Fortgeschrittene“ an.²⁶⁶

Ähnlich zeigt sich dies in einem 1917 erschienen Buch namens „Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken“, welches die medizinische Fakultät Bonns veröffentlichte. FINKELNBURG übernahm als Mitglied der medizinischen Klinik ein Kapitel über Neurosen und Neuralgien, in dem er über Krankheiten wie Migräne, Parkinson und Huntingtonsche Krankheit berichtete. Ausdrücklich ausgenommen waren aus diesem Kapitel die Neurasthenie, die Hysterie und die Epilepsie, welche an anderer Stelle von WESTPHAL, HÜBNER und FINKELNBURG gemeinsam besprochen wurden.²⁶⁷

²⁶³ Westphal, 1892, Vorwort.

²⁶⁴ Vgl. UA Bonn, MF PA 11629 Westphal, Personalblatt.

²⁶⁵ UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, 1949, S. 44.

²⁶⁶ Vgl. UA Bonn, Vorlesungsverzeichnis der Universität Bonn, WS 1909/10, S. 13f.

²⁶⁷ Vgl. Finkelnburg, 1917, S. Vff.

Auch nach dem Ausscheiden SCHULTZES vertraten andere Internisten, insbesondere FIN-
KELNBURG und Arthur SLAUCK, die neurologischen Themen.²⁶⁸

Letzten Endes scheint man sich aber mit dieser Situation arrangiert und jeder sein Arbeitsgebiet gefunden zu haben. Erkennen lässt sich dies an einem Brief WESTPHALS aus den 20ern, in dem er die Aufteilung der Neurologie zwischen Innerer Medizin und Psychiatrischer Klinik in Bonn beschreibt:

„Es hat sich nun mit der Zeit naturgemäß der Modus entwickelt, daß in der Nervenklinik ganz vorwiegend das für die Psychiatrie [...] wichtige Grenzgebiet der Psychoneurosen, der psychopathischen Konstitutionen usw., sowie der organischen Gehirnerkrankungen behandelt wird, während in der inneren Klinik die spezifischen Erkrankungen und die des peripheren Nervensystems, die dem Psychiater fern liegen, in erster Linie zur Aufnahme gelangen.“²⁶⁹

Es handelt sich bei diesem Brief um ein Antwortschreiben auf die Einladung, einem Komitee, das über die Selbstständigkeit der Neurologie beraten wollte, beizutreten. Er lehnte den Beitritt mit der Begründung ab, in Bonn gebe es nicht genug Patienten für eine selbstständige Neurologie. Eine ähnliche Situation liege ebenso an den anderen kleinen und mittelgroßen Universitäten vor. Zudem sei es hilfreich, die neurologischen Fragestellungen sowohl aus dem Blickwinkel des Internisten als auch des Psychiaters zu betrachten. Aus diesen Gründen heraus könne er eine Eigenständigkeit der Neurologie nicht befürworten.²⁷⁰

Aus diesem Schreiben lässt sich erkennen, dass sich in Bonn die Konkurrenzsituation mit Innerer Medizin gelöst hatte und nun die vorhandene Aufgabenteilung dazu genutzt wurde, gegen eine Selbstständigkeit der Neurologie und damit verbundene vollständige Loslösung von der Psychiatrie anzugehen.

4.2.3 Die Gründung der Universitätsklinik

Während in den vorangehenden Kapiteln vor allem die persönlichen und berufspolitischen Gründe WESTPHALS für den Bau einer Klinik im Mittelpunkt standen, sollen nun die von WESTPHAL offiziell dargelegten Begründungen erörtert werden. Als Basis hierfür dient vor allem ein Schrei-

²⁶⁸ Vgl. Archiv RK Bonn, Ne 1, Westphal an Prof Förster in Breslau 18. Januar 1926, Handschrift.

²⁶⁹ Ebd.

²⁷⁰ Vgl. ebd.

ben WESTPHALS an den zuständigen Minister, in dem er seine Argumente für die Notwendigkeit einer psychiatrischen Universitätsklinik darlegt.²⁷¹

Als Hauptargument für den Klinikneubau führt WESTPHAL in diesem Schreiben die dringend notwendige Verbesserung des Unterrichts an. Schließlich, so WESTPHAL, sei ein psychiatrischer Unterricht mit den Patienten der Anstalt alleine nicht durchzuführen. Dies liege einerseits daran, dass die Krankheiten der Anstaltspatienten nur ein eingeschränktes Spektrum der psychiatrischen Krankheiten darstellen würden. Insbesondere leichtere Formen von psychischen Erkrankungen seien in der Anstalt nicht vorhanden. Zum anderen seien die Krankheitsstadien der Anstaltspatienten für den Unterricht zu weit fortgeschritten. Akute und heilbare Fälle seien aufgrund der komplizierten und langwierigen Aufnahmeverfahren der Anstalten dort kaum aufzufinden, sondern würden in anderen Krankenhäusern behandelt werden.²⁷² Da in den Anstalten vor allem chronische Patienten zu lang andauernder Pflege untergebracht seien, sei die Anstalt dadurch charakterisiert, dass „sich sehr große Mengen verblödeter Kranker dort anhäufen, die für den Unterricht nicht mehr verwertbar sind.“²⁷³ Diese Bedingungen, so WESTPHAL, treffe den Unterricht in „allerschwerster Weise“²⁷⁴. Das Fehlen der leichteren Fälle und der Anfangsstadien sei besonders schwerwiegend, da diese am wichtigsten für den praktischen Arzt seien.²⁷⁵

An dieser Stelle verweist WESTPHAL auf die Einführung der Psychiatrie als Prüfungsfach. Bei den Prüfungen müsse ein Schwerpunkt auf die akuten und heilbaren Fälle gelegt werden, da diese besonders praxisrelevant seien. Momentan sei hier nur eine theoretische Ausbildung möglich. Für eine praktische Ausbildung sei der Bau einer Nervenklinik notwendig.²⁷⁶

Zudem fordert WESTPHAL die Angliederung einer „Poliklinik für psychisch-nervöse Kranke“²⁷⁷ an die Klinik, da hierdurch besonders viele Patienten mit leicht ausgeprägten oder beginnenden psychischen Erkrankungen behandelt werden könnten. Dadurch wiederum könnten viele dieser Patienten, die besonders wichtig für den Unterricht seien, für Vorlesungen und Falldarstellungen zur Verfügung stehen. Zudem würden diese Patienten eine „ergiebige Quelle für die eigene wissenschaftliche Forschung sein, da sie erfahrungsgemäß ein überaus anregendes und für die

²⁷¹ Vgl. Wiedergabe des Schreibens im Anhang. Dieses Schreiben wurde 1911 in einem Bericht von Westphal und Hübner über die Klinik veröffentlicht. (Westphal et al., 1911, S. 321ff).

²⁷² Vgl. Westphal et al., 1911, S. 231.

²⁷³ Ebd.

²⁷⁴ A. a. O, S. 232.

²⁷⁵ Vgl. ebd.

²⁷⁶ Vgl. ebd.

²⁷⁷ Ebd.

wissenschaftliche Analyse besonders geeignetes Krankenmaterial darstellen, auf welches nicht gut verzichtet werden kann.²⁷⁸

Im Rahmen der Ausführungen zu der Poliklinik spricht WESTPHAL nur ein einziges Mal eine Verbesserung der Patientenversorgung an. Er ist der Meinung, dass durch die Poliklinik Patienten schneller einer Behandlung zugeführt werden könnten und dadurch bessere Therapieergebnisse erzielt werden könnten.²⁷⁹

Aus diesem Schreiben wird der aus den unterschiedlichen Trägerschaften resultierende Unterschied bei der Konzeption der Anstalt und der Klinik deutlich. Die Klinik sollte eine Verbesserung der Lehre und der Forschung bewirken. Dagegen spielte eine Verbesserung der Patientenversorgung, im Gegensatz zur Provinzialanstalt, nur eine untergeordnete Rolle. Dies äußerte sich auch darin, dass die Klinik nicht an der Versorgungspflicht teilnahm.²⁸⁰

Die Verbesserung der Lehre sollte mit dem Klinikneubau vor allem durch eine Vergrößerung des Diagnosespektrums erreicht werden. Infolgedessen findet sich schon bei der Planung der Klinik eine völlig andere Ausrichtung des Patientengutes (vgl. Kapitel 7.2).

Mit den hier aufgeführten Argumenten traf WESTPHAL auf fruchtbaren Boden. Insbesondere der Ministerialdirektor ALTHOFF und der Oberregierungsrat NAUMANN unterstützen sein Anliegen.²⁸¹

Infolgedessen erhielt WESTPHAL schon im Frühjahr 1905 den Auftrag, zusammen mit einem Baurat die Pläne für den Neubau auszuarbeiten.²⁸² Zwei Jahre später konnte mit den Bauarbeiten begonnen werden²⁸³, so dass die Eröffnung der Klinik am 15.10.1908 erfolgte.²⁸⁴ Die

²⁷⁸ A. a. O., S. 233.

²⁷⁹ Vgl. a. a. O., S. 232f.

²⁸⁰ Vgl. Archiv RK Bonn, Ne 10, Aufnahmebedingungen der königlichen Klinik für psychisch und Nervenranke zu Bonn, §2.

²⁸¹ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 233.

²⁸² Vgl. a. a. O., S. 244.

²⁸³ Vgl. a. a. O., S. 233.

²⁸⁴ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das Rechnungsjahr 1908, S. 67. Vereinzelt findet sich in der Literatur die Angabe, dass die Nervenklinik schon 1905 gegründet wurde (vgl. beispielsweise Kreuter, 1996, S. 1562; Dieckhöfer, 1975, S. 61). In den Quellen (insbesondere den Verwaltungsberichten, den Chroniken und den Krankenakten) konnte allerdings keinerlei Hinweis auf das Bestehen einer Nervenklinik vor 1908 gefunden werden, so dass in dieser Arbeit der Oktober 1908 als Gründungszeitpunkt verwendet wird.

Poliklinik, welche sich im ersten Stock des Klinikgebäudes befand²⁸⁵, eröffnete wenige Tage zuvor, am 03.10.1908.²⁸⁶

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Anstalt und Klinik, ihrer Trägerschaft entsprechend, unterschiedliche Aufgabenfelder wahrnahmen. Abschließend soll an dieser Stelle ein Zeitungsartikel von 1907 wiedergegeben werden, der diese Unterschiede anschaulich darstellt.

„Provinzial- Heil und Pflege-Anstalt. Am 23. d. M. werden es 25 Jahre sein, daß die hiesige Provinzial- Heil- und Pflege-Anstalt ihrer Bestimmung übergeben wurde. Die für die Geisteskranken der Regierungsbezirk bestimmte Anstalt war ursprünglich nur für 300 Betten eingerichtet. [...] Ferner soll jetzt noch, hauptsächlich dem psychiatrischen Unterricht dienend, eine besondere Aufnahmestation für leicht psychisch und nervös Erkrankte auf dem Terrain der Anstalt, aber auf Kosten des Staates, errichtet werden, vorläufig für einige 20 Betten berechnet, wo dann auch die Poliklinik für geistig und nervös Kranke abgehalten werden soll.“²⁸⁷

²⁸⁵ Vgl. Cramer, 1910, S. 34.

²⁸⁶ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das Rechnungsjahr 1908, S. 67.

²⁸⁷ Archiv RK Bonn, K 52, General-Anzeiger Bonn, 18. Januar 1907.

5 Die personellen und organisatorischen Verbindungen zwischen Nervenlinik und PHP

5.1 Die personellen Zusammenhänge

Wie zu Beginn dieser Arbeit erörtert, besteht ein wichtiges Kriterium der Trennung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie darin, dass kein personeller Austausch zwischen den jeweiligen Institutionen stattfand. Daher beschäftigen sich die folgenden Kapitel mit der Frage nach eventuellen personellen und organisatorischen Verbindungen zwischen der Bonner Nervenlinik und der Provinzialanstalt. Dabei sei an dieser Stelle noch einmal auf die schon erwähnten Beziehungen hingewiesen, die zwischen der Provinzialanstalt und der Nervenlinik aufgrund der Personalunion des Direktors und der räumlichen Nähe bestanden.

Ein erster Abschnitt beschäftigt sich mit den Planungen für das ärztliche Klinikpersonal vor der Eröffnung der Nervenlinik. Der nächste Teil beschreibt die weitere Entwicklung der Ärzteschaft von Nervenlinik und Provinzialanstalt, wobei insbesondere die Berufswege der jeweiligen Ärzte im Mittelpunkt stehen. Dabei ist es von besonderem Interesse, ob personelle Wechsel zwischen den beiden Häusern stattfanden. Zudem soll erörtert werden, inwiefern sich die Anstaltsärzte am Lehrbetrieb beteiligten. Das Pflegepersonal steht im Fokus des nächsten Abschnitts. Abschließend wird auf die weiteren Angestellten der Nervenlinik eingegangen und untersucht, inwiefern diese in Kontakt mit der Provinzialanstalt standen.

5.1.1 Ärzteschaft

5.1.1.1 Der klinische Assistenzarzt – Die Planungen vor der Kliniköffnung

In den ersten Jahren nach der Eröffnung der Nervenlinik arbeitete hier neben dem Direktor Westphal ein Assistenzarzt. Dieser Assistenzarzt erhielt sein Gehalt und eine Wohnung von der Universität. Neben seiner Tätigkeit an der Universität sollte er, wie in dem 1907 zwischen dem Kuratorium der Universität Bonn und der Rheinprovinz geschlossenen Vertrag festgehalten, an der Provinzialanstalt arbeiten. Dafür erhielt er von der Provinz Essen, Wäsche und Medikamente.²⁸⁸ Damit finanzierte die Provinz den klinischen Assistenzarzt mit.

²⁸⁸ Vgl. Archiv RK Bonn, Ne3, Vertrag zwischen der Universität Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, Abschnitt V, § 12. Die Nervenlinik wird in diversen Quellen als „klinische Station“ oder „Aufnahmestation“ bezeichnet. (Vgl. z. B. Cramer, 1910).

Diese Konstruktion entstand erst, nachdem WESTPHAL Anfang 1907 in einem ausführlichen Schreiben an den Kurator der Bonner Universität für die Tätigkeit des Klinik-Assistenzarztes in der Anstalt plädiert hatte.²⁸⁹ Auf dieses Schreiben (vgl. Anhang) und die dort vorgebrachten Argumente für eine doppelte Anstellung des Klinikarztes soll im Folgenden genauer eingegangen werden, da sich hieran WESTPHALS Vorstellungen über die Zusammenarbeit zwischen Anstalt und Klinik erkennen lassen.

WESTPHAL führt in seinem Schreiben als erstes Argument für die doppelte Tätigkeit des Assistenten an, dass auch nach der Eröffnung einer Universitätsklinik weiterhin vor allem Patienten der Anstalt im Unterricht vorgestellt würden. Der klinische Assistent bereite diese Vorlesungen mit vor und müsse daher „den gesamten Krankenbestand der Provinzialanstalt aus eigener Anschauung“²⁹⁰ kennen. Dies sei aber nur dann möglich, wenn der Assistenzarzt die Möglichkeit erhalte, „dauernd mit den Patienten in Fühlung zu bleiben, sie mit zu beobachten und die Ergebnisse seiner Beobachtungen in den Krankheitsgeschichten der Anstalt niederzulegen.“²⁹¹ Eine alleinige Teilnahme des Assistenzarztes der Klinik an den Hauptvisiten mit dem Direktor sei dafür nicht ausreichend.

Als nächstes Argument führt WESTPHAL die Poliklinik, welche zu dem Arbeitsgebiet des Klinik-Assistenten gehörte, an. Der die Poliklinik betreuende Arzt, so WESTPHAL, müsse die Anstalt, die dortigen Patienten und die Therapiemöglichkeiten kennen. Schließlich sei die Poliklinik eine Anlaufstelle für viele ehemalige Anstaltspatienten. Deren Betreuung werde verbessert, indem der sie behandelnde Arzt die Patienten schon aus der Anstalt kenne:

„Diesen die geeigneten Verordnungen und Verhaltensmaßregeln zu geben, ist ohne Zweifel einem Arzte, der die Patienten bereits aus der Anstalt kennt, leichter möglich, als einem Anderen, der ihnen fremd gegenübersteht. Daß sie sich außerdem einem bekannten Arzte lieber anvertrauen, ist wohl auch sicher.“²⁹²

Andererseits sei es für die Anstaltsärzte von Vorteil, wenn sie vor der Aufnahme eines Patienten zuverlässige Angaben über eine eventuelle vorherige poliklinische Behandlung erhiel-

²⁸⁹ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Westphal an den Kurator der Universität Bonn, 26.1.1907, Handschrift. S.1.

²⁹⁰ A. a. O., S. 2.

²⁹¹ Ebd.

²⁹² Ebd.

ten. Aus diesen Gründen könne die Poliklinik eine sinnvolle Patientenbehandlung nur unter der Voraussetzung einer engen Zusammenarbeit zwischen Poliklinik und Anstalt garantieren.²⁹³

Zudem weist WESTPHAL an dieser Stelle darauf hin, dass auch die Provinzialverwaltung an dieser engen Zusammenarbeit interessiert sein müsse, da sie dadurch „zahlreiche, nur als gebessert entlassene Patienten der Obhut einer in naher Beziehung zu ihrer Anstalt stehenden Poliklinik“²⁹⁴ anvertrauen könne und sie damit auch nach der Entlassung weiterhin einer fachärztlichen Versorgung zuführen könne.

Als nächstes Argument führt WESTPHAL die neuen therapeutischen Möglichkeiten in der Klinik an. Hier sollten orthopädische und elektrotherapeutische Behandlungsapparate aufgestellt werden, welche in der Provinzialanstalt nicht vorhanden waren. Die Anstaltspatienten, so Westphal, sollten ebenfalls von diesen neuen Geräten profitieren. Dabei seien die Auswahl der hierfür geeigneten Patienten und die Durchführung der Therapien Aufgaben des Klinikarztes. Wenn nun das Tätigkeitsfeld des Klinikarztes auf die Klinik beschränkt bliebe, so könne man den Anstaltspatienten die neuen Therapiemöglichkeiten nicht in dem ursprünglich geplanten Umfang zu kommen lassen.²⁹⁵

Des Weiteren spricht WESTPHAL die Notwendigkeit der Vertretung des Klinikarztes im Krankheitsfall und bei Beurlaubungen an. Hier schlägt Westphal eine gegenseitige Urlaubsvertretung von Klinikarzt und Anstaltsärzten vor, womit sicher gestellt sei, dass den Anstaltsärzten sowohl die Klinikeinrichtungen als auch die Besonderheiten der Patienten bekannt seien und somit eine adäquate Vertretung gefunden werden könne.

Abschließend weist WESTPHAL auf das Labor hin, welches zwar zu der Klinik gehöre, in dem aber täglich Untersuchungen für die Anstalt durchgeführt würden. Dieses Labor unterstehe der Aufsicht des klinischen Assistenten, der hier „häufig zeitraubende und schwierige Laboratoriumsarbeiten lediglich im Interesse der Provinz ausgeführt hat und auch in Zukunft wird ausführen müssen.“ Aus diesem Grunde sei die Provinzialanstalt auf den Klinikarzt angewiesen. Ein Teil des in dem Labor untergebrachten Instrumentariums gehöre der Provinz. Dieses müsse auch

²⁹³ Vgl. ebd.

²⁹⁴ Ebd.

²⁹⁵ Vgl. ebd.

weiterhin von dem klinischen Assistenten beaufsichtigt werden, da eine Trennung der Instrumente von Anstalt und Klinik nicht sinnvoll sei und zudem in der Provinzialanstalt kein anderer Raum für eine Unterbringung der Materialien vorhanden sei.²⁹⁶

Sein Schreiben beendet WESTPHAL mit der Bemerkung, dass sowohl für die Staatsregierung als auch für die Provinzialverwaltung Vorteile aus der Tätigkeit des Klinikarztes in der Provinzialanstalt entstehen würden.

Dieses Schreiben verdeutlicht, dass WESTPHAL trotz der unterschiedlichen Trägerschaften eine enge Zusammenarbeit zwischen Anstalt und Nervenlinik befürwortete und darin diverse Vorteile für alle Beteiligten sah. Damit strebte er während der Planungsphase der Klinik keine Trennung von Provinzialanstalt und Universitäts-Nervenlinik sondern gegenteilig eine enge Beziehung an.

5.1.1.2 Entwicklung des ärztlichen Personals an Klinik und Anstalt

An der Nervenlinik arbeitete neben dem Direktor WESTPHAL zunächst nur ein Assistenzarzt (vgl. Tabelle 3, Anhang). Bei der Klinikeröffnung hatte diese Stelle Arthur HÜBNER (1878-1934)²⁹⁷ inne, welcher schon zuvor an der PHP tätig gewesen war. Er hatte dort seit 1906 als sogenannter „klinischer Assistent“²⁹⁸ gearbeitet und war wesentlich an der Organisation des Klinikneubaus beteiligt gewesen.²⁹⁹

²⁹⁶ Vgl. ebd.

²⁹⁷ Arthur Hübner wurde am 08.10.1878 in Gnesen geboren. Nach seinem Medizinstudium in Berlin und Breslau promovierte er 1903 in Würzburg. Anschließend arbeitete er als Assistent am Siechenhaus in Frankfurt am Main, der späteren Universitätsnervenlinik, und gleichzeitig in der pathologischen Anatomie des Senckenbergischen Instituts. Von hier aus wechselte er als Assistent an die Berliner Städtische Irrenanstalt Herzberge. Als nächstes ging er 1906 nach Bonn, wo er ein Jahr später mit einer Arbeit über die Melancholie habilitierte. (Vgl. UA Bonn, MF PA 12592, Hübner; Westphal, 1935, S.20ff) Hübner wurde 1912 zum außerordentlichen Professor ernannt und erhielt sieben Jahre später einen Lehrauftrag für gerichtliche Psychiatrie, Kriminalpsychologie und Kriminalanthropologie. (Vgl. Kreuter, 1996, S. 618) 1929 übernahm er nach jahrelanger Tätigkeit an der Nervenlinik die Nachfolge Westphals, sowohl als Professor der Psychiatrie und Klinikdirektor als auch als Anstaltsleiter. (Vgl. UA Bonn, MF PA 12592, Hübner; Westphal, 1935, S. 21f) Die Personalunion wurde somit auch unter Hübner beibehalten. Hübner verstarb wenige Jahre später, am 26.03.1934. (Vgl. Westphal, 1935, S. 20).

²⁹⁸ Die Stelle des „klinischen Assistenten“ war schon unter Pelman zu Beginn der 1890er eingeführt worden (Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn für 1890/91; Schmitz, 1920, S. 54). Es handelte sich dabei um eine Stelle, die Universität und Provinz gemeinsam finanzierten. Zu den Aufgaben des klinischen Assistenten gehörte die Unterstützung des Direktors bei den Vorlesungen. (Vgl. Hübner, 1933, S. 106) Seit es Mitte der 1890ern zu der Gestaltung einer klinischen Aufnahmestation gekommen war (vgl. Kapitel 7.5.1), arbeitete der klinische Assistent hauptsächlich dort. (Vgl. Hübner, 1933, S. 106; Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Pelman an den Landes-Direktor der Rheinprovinz, 17.4.1896) Mit der Gründung der Nervenlinik

Wie es WESTPHAL in dem bereits angeführten Schreiben gefordert hatte, blieb HÜBNER die ersten Jahre nach der Klinikgründung weiterhin Angestellter der Provinzialanstalt. Dies lässt sich dadurch erkennen, dass HÜBNER auch nach der Eröffnung der Nervenklinik als Mitglied der Anstaltsbeamten in den Verwaltungsberichten der Provinzialanstalt aufgeführt wurde.³⁰⁰

Erst mit der Beförderung HÜBNERs zum Oberarzt³⁰¹ und Anstellung eines weiteren Assistenten änderten sich diese Arbeitgeberverhältnisse. Seitdem wurden weder HÜBNER noch der Assistenzarzt in den Verwaltungsberichten der PHP genannt.³⁰² Somit führte die Ausweitung der Klinikärzteschaft zu einer Trennung des ärztlichen Personals von Anstalt und Klinik.

Die Stelle des Assistenten hatte ab 1910 Georg STERTZ und ab August 1912 Heinrich BICKEL inne. Georg STERTZ stellte mit seinem Werdegang einen typischen Universitätspsychiater dar.³⁰³ 1912 verließ er Bonn und wechselte nach Breslau, um dort Oberarzt in der psychiatrischen Klinik zu werden.³⁰⁴ Sein Nachfolger Heinrich BICKEL hatte vor seiner Bonner Tätigkeit sowohl an universitären Einrichtungen als auch in einem Provinzialsanatorium gearbeitet.³⁰⁵ Er verblieb bis 1921 in Bonn.

Neben diesen Ärzten arbeitete an der Klinik ein Volontärarzt. Bis Anfang 1910 hatte HENNES diese Stelle inne.³⁰⁶ Sein Nachfolger wurde STRAKOSCH, der zuvor Assistenzarzt in der Uni-

wurde dieser Begriff für den Assistenzarzt der Klinik übernommen. (Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Westphal an den Kurator der Universität Bonn, 26.1.1907, Handschrift)

²⁹⁹ Vgl. Westphal, 1935, S. 21.

³⁰⁰ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn für 1908 und 1909. Die Angaben in den Verwaltungsberichten beziehen sich immer auf ein so genanntes Etatsjahr, welches vom 01.04. des Jahres bis zum 31.03. des Folgejahres andauerte.

³⁰¹ Obwohl er laut Kreuter, 1996, S.618 schon 1909 zum Oberarzt ernannt worden war, wird er noch zum Etatsende von 1909, also dem 31.3.1910, als „klinischer Assistenzarzt“ in dem Verwaltungsbericht der PHP aufgeführt (Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsbericht 1909).

³⁰² Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn für 1910, 1912, 1913 & 1914. Der Bericht für das Etatsjahr 1911 war leider nicht aufzufinden. Ab dem Etatsjahr 1910 wird Hübner nicht mehr unter den Anstaltsärzten aufgeführt.

³⁰³ Georg Stertz hatte vor dem Antritt seiner Stelle in Bonn als Assistenzarzt am Allg. Krankenhaus in Hamburg-Eppendorf, am pathologischen Institut in Freiburg, an der Charité und zuletzt an der Psychiatrischen Klinik in Breslau gearbeitet. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1910, S. 17.)

³⁰⁴ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1912, S. 85.

³⁰⁵ Nachdem Heinrich Bickel 1909 über die Auskultation des Blutdruckes an der medizinischen Klinik der Universität Bonn promoviert hatte (Vgl. Anonymus, 1911, S. 50), war er am pathologischen Institut der Bonner Universität, an der Nervenklinik der Charité und am Provinzialsanatorium Rasenmühle bei Göttingen tätig gewesen. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1914, S. 50) Bis 1921 blieb er in Bonn und ging anschließend nach Halle. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1921, S. 37).

³⁰⁶ UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1909, S. 71. Hennes leistete parallel zu seiner Tätigkeit in der Klinik seinen Militärdienst ab. Infolgedessen könne Hennes, so beschwerte sich Westphal 1910 in einem Schreiben an das Kuratorium der Universität Bonn, Hübner nicht in dem

versitäts-Nervenlinik in Halle gewesen war³⁰⁷ und somit den Prototypen des Universitätspsychiaters vertrat.

Die Provinzialanstalt beschäftigte deutlich mehr Ärzte als die Klinik (vgl. Tabelle 4, Anhang). Neben WESTPHAL waren hier mehrere Oberärzte und zahlreiche Assistenzärzte tätig.

Friedrich UMPFENBACH (1856-1926) hatte über Jahre die Stelle als I. Oberarzt der Anstalt inne³⁰⁸ und war damit für die Verwaltungsaufgaben der Anstalt zuständig.³⁰⁹ Neben seiner Arbeit in der Provinzialanstalt versorgte er das Bonner Not- und Hülfshospital.³¹⁰ Als II. Oberarzt arbeitete in der Anstalt Max LÜCKERATH.³¹¹ Sowohl LÜCKERATH als auch UMPFENBACH stellten typische Anstaltspsychiatern dar. Beide erhielten ihre Ausbildung in Anstalten, waren ausschließlich im Anstaltsbereich tätig und beteiligten sich nicht an den Lehrveranstaltungen (vgl. Tabelle 25, Anhang).

eigentlich notwendigen Ausmaße unterstützen. Hübner alleine sei mit der Betreuung der Kranken auf die Dauer überfordert, da die Klinik wesentlich stärker als ursprünglich geplant in Anspruch genommen werde. Deswegen müsse eine zweite Assistentenstelle geschaffen werden. In diesem Schreiben merkt Westphal zudem an, dass Hübner aufgrund mangelnder Vertretung seit der Eröffnung der Klinik keinen Urlaub mehr gehabt habe. (Vgl. Privatbesitz L. Orth (APG Bonn), Westphal an das Kuratorium der Universität Bonn, 8.1.1910) Anscheinend konnte also die ursprünglich geplante gegenseitige Vertretung von Anstaltsärzten und Klinikarzt nicht in die Realität umgesetzt werden. Mit den Hinweisen auf eine nicht ausreichende ärztliche Versorgung hatte Westphal Erfolg. Nachdem Hennes aus der Klinik Anfang 1910 ausschied, wurde seine Volontärarztstelle in eine Assistenzarztstelle umgewandelt. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1909, S. 71).

³⁰⁷ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1910, S. 69. Strakosch verblieb bis Februar 1912 an der Klinik (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1911, S. 70).

³⁰⁸ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn für 1908-1910, 1912-1914.

³⁰⁹ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 231. Seit 1884 hatte Umpfenbach als Assistent an der Andernacher Provinzialanstalt gearbeitet, von wo aus er 1891 als II. Arzt an die Bonner Anstalt gewechselt war. (Vgl. Kreuter, 1996, S. 1484; Orth et al., 1996, S. 161). 1904 erfolgte seine Ernennung zum Sanitätsrat, drei Jahre später wurde er Oberarzt und stellvertretender Direktor der Anstalt. In dieser Stelle blieb er bis zu seiner Pensionierung im Jahre 1924. (Vgl. Kreuter, 1996, S. 1484).

³¹⁰ Dieses städt. Hospital bestand seit 1866 und war für „Irre, Idioten, Epileptiker, Trunksüchtige, Contagiöse, pflegebedürftige Frauen“ (Stadtarchiv Bonn 94/61, General-Anzeiger, Nr. 14234 vom 23.1.1932 „Die Irrenpflege im alten Bonn“) gegründet worden. Seit der Eröffnung der Provinzialanstalt übernahm diese auch die ärztliche Versorgung. 1894 wurde Umpfenbach der zuständige Arzt und blieb dies auch nach der Umwandlung des Hospitals in ein Pflegehaus und Verlegung der Geisteskranken im Jahre 1911. (Vgl. ebd.).

³¹¹ Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn für 1908-1914. Lückerrath hatte seine Arbeit in der Psychiatrie als Assistent von Pelman an der Bonner Anstalt begonnen und wechselte von dort an die Provinzialanstalt Düsseldorf-Grafenberg. 1900 wurde er Assistenzarzt der neu errichteten Provinzialanstalt in Galkhausen. Dort verblieb er fünf Jahre, um dann Oberarzt der Provinzialanstalt in Merzig an der Saar zu werden. Schon ein Jahr später kehrte er als Oberarzt an die Bonner PHP zurück. Hier blieb er bis 1921 und wurde im Jahre 1918 zum Sanitätsrat ernannt. 1921 übernahm er in Euskirchen die Stelle als Direktor der neuen „Rheinischen Provinzial- Fürsorgeerziehungsanstalt für katholische schulentlassene Zöglinge“. (Vgl. Kreuter, 1996, S.895).

Anders sah dies in den ersten Jahren nach der Klinikgründung bei den jeweiligen III. Oberärzten aus. Zunächst arbeitete in dieser Position Richard FOERSTER³¹², der schon in den 1890ern unter PELMAN an der Bonner Provinzialanstalt gearbeitet hatte und seit 1902 habilitiert war.³¹³ Er beteiligte sich mit mehreren Veranstaltungen an der Lehre (vgl. Tabelle 25, Anhang). Im März 1909 verließ er die Bonner Psychiatrie.³¹⁴

Sein Nachfolger als III. Oberarzt wurde Otto KÖLPIN³¹⁵, der sich weder den klassischen Anstalts- noch den Universitätspsychiatern zuordnen lässt. Seiner Ausbildung nach war er Universitätspsychiater. Nach seiner Habilitation 1904 in Greifswald ging er, wie WESTPHAL, nach Bonn, wurde dort 1906 zum Oberarzt ernannt und wechselte anschließend an die Provinzialanstalt nach Andernach.³¹⁶ 1909 kehrte er als III. Oberarzt in die Bonner Anstalt zurück.³¹⁷ Sowohl während seiner Tätigkeit in Bonn als auch während seiner Arbeit in Andernach beteiligte sich KÖLPIN mit diversen Vorlesungen am Lehrbetrieb.³¹⁸ Ende 1909 verstarb er im Rahmen eines Unfalls.³¹⁹

Die Stelle des III. Oberarztes wurde von SCHÜTTE übernommen, welcher zuvor Anstaltsarzt in der Bonner PHP gewesen war.³²⁰ Im Gegensatz zu seinem Vorgänger habilitierte SCHÜTTE nicht und übernahm keine Vorlesungen. Die Lehrveranstaltungen, welche KÖLPIN zuvor geleitet hatte, wurden entweder ausgesetzt oder durch HÜBNER fortgesetzt (vgl. Tabelle 25, Anhang). Somit endete mit dem plötzlichen Tode KÖLPINS die Teilnahme des III. Anstaltsarztes an der universitären Lehre.

SCHÜTTE verstarb Anfang 1913.³²¹ Seine Nachfolge als III. Oberarzt übernahm im September 1913 RAETHER, der zuvor in Galkhausen tätig gewesen war.³²² Ebenso wie SCHÜTTE beteiligte er sich nicht an den Vorlesungen.

³¹² Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn für 1907 & 1908.

³¹³ Vgl. Kreuter, 1996, S.367.

³¹⁴ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsbericht der PHP Bonn für 1908.

³¹⁵ Vgl. ebd. Otto KÖLPIN, 1876 in Pommern geboren, hatte nach einem Studium in Greifswald und München bei Wernicke in Breslau und bei Arndt und Westphal in Greifswald gearbeitet, wo er 1904 habilitierte. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1909, S. 8).

³¹⁶ Vgl. ebd.

³¹⁷ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsbericht der PHP Bonn für 1908.

³¹⁸ Vgl. UA Bonn, Vorlesungsverzeichnisse der Universität Bonn, SS 1905 bis WS 09/10.

³¹⁹ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1909, S. 8.

³²⁰ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn für 1907, 1908, 1909.

³²¹ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsbericht der PHP Bonn für 1913.

³²² Vgl. ebd.

Im Februar 1914 wurde die Stelle des IV. Oberarztes eingeführt und mit Franz SIOLI besetzt.³²³ Obwohl SIOLIS Werdegang eine klassische Anstaltskarriere darstellte, konnte er 1919 habilitieren.³²⁴

Neben den Oberärzten waren an der Provinzialanstalt noch mehrere Anstaltsärzte, Assistenzärzte und Volontärärzte tätig. Wie aus Tabelle 4 (Anhang) zu erkennen ist, wurde über diese Positionen oft ein hausinterner Aufstieg erreicht. So arbeiteten beispielsweise die späteren Oberärzte SIOLI und SCHÜTTE zunächst als Anstaltsärzte.³²⁵

1913 verbrachte Otto LÖWENSTEIN seine Medizinalpraktikantenzeit in der Provinzialanstalt in Bonn.³²⁶ Seine Karriere ist für die Fragestellung dieser Arbeit interessant, da er ebenfalls, wie SIOLI, als Anstaltspsychiater eine Habilitation erwirken konnte.³²⁷

Wie diese Untersuchungen zeigen, gab es vor allem in den ersten Jahren nach der Gründung der Nervenklinik personelle Vermischungen. So war der Assistenzarzt der Klinik zuvor an der Anstalt tätig gewesen und wurde weiterhin in den Verwaltungsberichten der PHP aufgeführt. In diesen Jahren ist außerdem eine Mitarbeit der Anstaltsoberärzte FOERSTER und KÖLPIN an den Vor-

³²³ Vgl. ebd. Sioli hatte seine Karriere im Mai 1908 an der Bonner PHP als Volontärarzt begonnen, war Ende 1909 als Assistenzarzt nach Galkhausen gegangen und von dort wieder im Laufe des Etatsjahres 1911 an die Bonner Anstalt gekommen, um hier die Stelle eines Anstaltsarztes anzunehmen. 1914 wurde er zum Oberarzt an der Anstalt befördert. (Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsbericht der PHP Bonn für 1908-1913).

³²⁴ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität für das Rechnungsjahr 1919, S. 39. 1922 erhielt er eine Professur an der medizinischen Akademie in Düsseldorf. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1922, S. 16).

³²⁵ Im Folgenden soll kurz auf die personelle Entwicklung während des Ersten Weltkrieges eingegangen werden, da hieran besonders gut erläutert werden kann, welchen massiven Veränderungen Anstalt und Klinik durch den Krieg unterworfen waren. In beiden Häusern traten innerhalb der Ärzteschaft mit Beginn des Krieges personelle Mängel auf. Von den insgesamt acht Ärzten der Anstalt (inklusive Westphal) wurden fünf am 1.8.1914 eingezogen, so dass nur noch Westphal, Umpfenbach und Lückerrath zur Krankenversorgung übrig blieben. (Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsbericht der PHP Bonn für 1914) Auch der Assistenzarzt der Klinik, Bickel, wurde direkt bei Kriegsbeginn eingezogen. Infolgedessen wurde Hübner an der Klinik von Otto Löwenstein unterstützt. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1914, S. 104) Nach Löwensteins Weggang arbeiteten zwei Militärärzte an der Nervenklinik. Bei diesen handelte es sich um die beiden eingezogenen Anstaltsoberärzte Raether und Sioli. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für die Rechnungsjahre 1916, 1917 & 1918, Jahresberichte der Nervenklinik) Somit führten die personellen Engpässe des Krieges zu einer Vermischung des Personals von Anstalt und Klinik.

³²⁶ Vgl. Waibel, 1998, S. 38ff.

³²⁷ Zu Kriegsbeginn arbeitete er in der Nervenklinik Bonn. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1914, S. 104) Im September 1914 promovierte er mit einer Arbeit, die er an der Provinzialanstalt unter Westphal geschrieben hatte. (Vgl. Anonymus, 1915, S. 248. Das Thema seiner Arbeit lautete: „Die Zurechnungsfähigkeit der Halluzinanten nach psychologischen Prinzipien beurteilt“) Nachdem er von 1915 bis 1918 als leitender Arzt von neurologisch-psychiatrischen Kriegsabteilungen gearbeitet hatte, kehrte er im April 1919 wieder an die Bonner Provinzialanstalt zurück und wurde hier Anstaltsarzt. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1920, S. 26) Ein Jahr später erfolgte seine Habilitation. (Vgl. ebd.) Zeitgleich wurde er zum Oberarzt der PHP befördert. (Vgl. Waibel, 1998, S. 39ff).

lesungen zu verzeichnen. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass FOERSTER und KÖLPIN beide zu einer Zeit habilitierten, als es in Bonn noch keine Klinik gab. Somit ist ihre Mitarbeit an den Vorlesungen und ihre gleichzeitige Arbeit als Anstaltsarzt als eine Folge der zuvor bestehenden Strukturen zu bewerten. Dennoch ist es auffällig, dass KÖLPIN auch nach der Eröffnung der Klinik an der Anstalt blieb, obwohl er vor seiner Tätigkeit in Bonn eine Karriere an Universitäten angestrebt hatte.

In den darauf folgenden Jahren zeichnete sich allerdings auch in Bonn eine Trennung der beiden Institutionen ab. Insbesondere die Vergrößerung der Nervenklinik führte zu einer Loslösung. Dies zeigt sich zunächst darin, dass die Ärzte der Nervenklinik danach nicht mehr offiziell dem Personal der Anstalt angehörten. Außerdem wurde nach dem plötzlichen Tod KÖLPINS die Lehre, neben WESTPHAL, nur von Ärzten der Klinik betrieben.

Ein Austausch der Ärzte zwischen Universitätspsychiatrie und Anstalt fand in dieser Zeit in Bonn nicht statt: Die freien Stellen der Anstalt wurden in der Regel hausintern oder mit Ärzten, die aus anderen Anstalten stammten, besetzt. An der Klinik dagegen arbeiteten Psychiater, die ihre vorherige Ausbildung größtenteils an Universitäten erhalten hatten.

Allerdings ist es auffällig, dass neben den beiden Klinikärzten BICKEL und STERTZ³²⁸ auch die Anstaltsärzte SIOLI und LÖWENSTEIN habilitierten. Somit war in Bonn eine Universitätskarriere auch für Anstaltspsychiater möglich.

5.1.2 Pflegepersonal

In der Klinik waren insgesamt sechs Pflegekräfte angestellt, wovon drei in der Männer- und drei in der Frauenabteilung arbeiteten. Auf beiden Abteilungen gab es jeweils einen Stationspfleger, bzw. eine Stationspflegerin und zwei Pfleger, bzw. zwei Pflegerinnen.³²⁹

Diese Pflegekräfte wurden von der Provinzialverwaltung gestellt und waren dadurch während ihrer Tätigkeit in der Klinik weiterhin dem Landeshauptmann unterstellt.³³⁰ Die Bezahlung

³²⁸ Stertz habilitierte am 25.06.1910 (vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1910, S. 17), die Habilitation von Bickel erfolgte am 4. August 1914. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1914, S. 50).

³²⁹ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 245.

³³⁰ Vgl. Archiv RK Bonn, Ne3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Universität Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, Abschnitt V, § 11.

der Pflegekräfte erfolgte dagegen direkt durch die Universität Bonn.³³¹ Damit übernahmen bei den Pflegekräften sowohl Universität als auch Provinzialverband eine Rolle als Arbeitgeber.

Besonderen Wert legte die Provinzialverwaltung darauf, dass die in der Klinik tätigen Pflegekräfte nach fünfjähriger Dienstzeit eine Extrazahlung erhielten, wie es in den Provinzialanstalten üblich war. Diese Zahlung hatte die Universität auch dann anteilig zu leisten, „wenn die betreffende Pflegeperson vor Ablauf der fünf Jahre wieder in die Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt versetzt wird“.³³² Hieraus lässt sich erkennen, dass man von einem Personalwechsel zwischen den beiden Häusern ausging.

Leider lassen sich aus den bearbeiteten Quellen kaum Hinweise zu den Personalien des Pflegepersonals finden. In den Verwaltungsberichten der Anstalt wurden lediglich die leitenden Pfleger namentlich genannt. Zu den Namen der Pflegekräfte der Nervenklinik finden sich keinerlei Hinweise. Daher lässt sich nicht feststellen, ob es tatsächlich Personalwechsel zwischen den beiden Häusern gab.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass in der Anstalt deutlich mehr Pflegekräfte als in der Klinik tätig waren. 1908 arbeiteten hier zum Beispiel 134 Pflegekräfte.³³³ Innerhalb des Pflegepersonals bestand eine ausgeprägte Fluktuation, wie den Verwaltungsberichten der PHP Bonn zu entnehmen ist. Zum Beispiel arbeiteten am 01.04.1908 69 männliche Pflegekräfte in der Anstalt. Im Laufe des folgenden Jahres wurden 59 Pfleger neu eingestellt und 60 verließen die Anstalt.³³⁴ Bei den leitenden Pflegekräften dagegen bestand eine ausgesprochene Kontinuität (Vgl. Tabelle 5, Anhang).

5.1.3 Weitere Angestellte

Ein Teil der in der Klinik tätigen Personen gehörte eigentlich zum Personal der Anstalt und arbeitete nebenamtlich in der Klinik. Hier sind zunächst die Geistlichen der Anstalt zu nennen, welche nebenbei die Seelsorge der Klinikpatienten übernahmen.³³⁵ Ebenso bearbeitete der Rendant der Anstalt nebenamtlich die Verwaltungs- und Kassengeschäfte der Klinik.³³⁶ Als diese Konstruktion zu Beginn der 1920er neu überdacht wurde, schrieb WESTPHAL:

³³¹ Vgl. ebd.

³³² Vgl. ebd.

³³³ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsbericht der PHP Bonn für das Jahr 1908.

³³⁴ Vgl. ebd.

³³⁵ Vgl. Archiv RK Bonn, Ne3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Uni Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, Abschnitt VII, §14.

³³⁶ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 245; Archiv RK Bonn, Ne3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Uni Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, Abschnitt VIII, §15.

„Ich bemerke hierzu, daß die Anstaltsleitung schon wegen der vielfachen Berührungspunkte, die zwischen Anstalt und Klinik durch den Übertritt von Kranken, Stellung von Pflegepersonal u.a.m. bestehen, Wert darauf legt, daß die Kassen- und Rechnungsgeschäfte für beide Institute in einer Hand verbleiben, zumal sich Unlänglichkeiten hieraus bisher nicht ergeben haben.“³³⁷

Außerdem bezog die Klinik das Essen aus der Anstalt und ließ dort die anfallende Wäsche waschen, da sie weder eine eigene Küche noch eine Wäscherei besaß.³³⁸

Neben den schon genannten Personen arbeiteten an der Klinik ein Pförtner, der auch die Schreifarbeiten zu erledigen hatte³³⁹, zwei Dienstmädchen und ein Heizer.³⁴⁰

Diese vier letztgenannten Personen und der Volontärarzt stellten in der Gründungszeit der Klinik die einzigen an der Klinik tätigen Personen dar, die nicht von der Provinz angestellt waren. Die restlichen in oder für die Klinik tätigen Personen, wie der Assistenzarzt, die Pflegekräfte, die Geistlichen, der Rendant, das Personal der Koch- und der Waschküche und nicht zuletzt der Direktor waren dagegen Angestellte der Provinz.

Dementsprechend lässt sich festhalten, dass insbesondere auf nichtärztlicher Ebene zahlreiche Verbindungen zwischen den Klinik- und Anstaltsangestellten bestanden. In organisatorischer Hinsicht und in Bezug auf die alltägliche Patientenversorgung bestand sogar eine Abhängigkeit der Klinik von der Anstalt.

Abschließend soll zu diesem Thema ein Zitat WESTPHALS aus den Zwanzigern angeführt werden, in welchem er die organisatorischen Beziehungen zwischen den beiden Instituten hervorhebt: „In der Psychiatrie ist der Provinzialanstalt [...] von der Regierung in dankenswerter Weise eine ‚Nervenklinik‘ angegliedert worden, die räumlich und verwaltungstechnisch auf das Engste mit der Anstalt verbunden ist.“³⁴¹

³³⁷ Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Brief von Westphal an den Landeshauptmann vom 31.1.1922.

³³⁸ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 245; Archiv RK Bonn, Ne3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Uni Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, Abschnitt III, §9 & Abschnitt IV, §10.

³³⁹ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 245; Archiv RK Bonn, Ne3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Uni Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, Abschnitt VIII, §15.

³⁴⁰ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 246.

³⁴¹ Archiv RK Bonn, Ne1, Westphal an Prof Förster in Breslau, 18. Januar 1926, Handschrift.

5.2 Die Darstellung der Provinzialanstalt in den Chroniken der Universität Bonn

Um die Jahrhundertwende herum erschienen in den jährlich veröffentlichten Chroniken der Universität Bonn unter anderem Jahresberichte der Universitätskliniken. Auch die jeweiligen Psychiatrieprofessoren publizierten an dieser Stelle Berichte, welche Informationen über die Anzahl der behandelten Patienten, Personalwechsel, etc. des entsprechenden Jahres enthielten. An dieser Stelle soll kurz auf die Darstellung der Psychiatrie in den Chroniken eingegangen werden, da sich daraus Rückschlüsse auf die Stellung der Provinzialanstalt innerhalb der Universität ziehen lassen.

In denjenigen Chroniken, welche vor der Gründung der Nervenlinik erschienen sind, wird im Rahmen der Berichte der Universitätskliniken die Provinzialanstalt aufgeführt und dabei als „Die psychiatrische Klinik“³⁴² bezeichnet.³⁴³

In dem Eröffnungsjahr der Nervenlinik 1908 ändert sich die Darstellung. Nun erschienen sowohl Berichte über die Anstalt als auch über die Klinik in der Chronik, wobei die Anstalt nun nicht mehr als „Psychiatrische Klinik“, sondern unter dem Namen „Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt“ aufgeführt wird. Zudem finden sich in der Chronik von 1908 nicht mehr, wie sonst üblich, die Patientenzahlen der Anstalt für das ganze Jahr. Stattdessen werden die Zahlen der Anstalt nur noch bis zum 15.10.08, also dem Eröffnungstag der Klinik, aufgeführt. Die Zahlen der Nervenlinik erscheinen dementsprechend ab Mitte Oktober.³⁴⁴

³⁴² In dieser Arbeit wurde der Begriff „Klinik“ bisher benutzt, um eine universitäre Institution zu bezeichnen und diese von einem Haus anderer Trägerschaft, insbesondere den Provinzialanstalten, abzugrenzen. In zeitgenössischen Texten findet sich allerdings auch häufig eine andere Verwendung wieder, wie in diesem Falle, in dem eine Anstalt als „psychiatrische Klinik“ bezeichnet wird. Diese Anwendung des Begriffes „Klinik“ findet sich in einigen Quellen aus der Zeit der Personalunionen wieder. Beispielsweise wurde in den Adressbüchern der Stadt Bonn (Stadtarchiv Bonn) ab 1894 ebenfalls unter der Rubrik „Universitätskliniken“ die „psychiatrische Klinik in der Provinzial-Irrenanstalt“ aufgeführt. Hübner bemerkte in seiner Darstellung der Geschichte der Bonner Psychiatrie ebenso, dass die Bonner Anstalt „gleichzeitig als psychiatrische Klinik“ (Hübner, 1933, S. 105) galt. Aus diesen Beispielen heraus lässt sich schließen, dass hier der Begriff Klinik den Ort der Studentenausbildung bezeichnete (als weiteres Beispiel siehe Laehr, 1907, S. 250). Zudem wurde mit dem Begriff „Klinik“ auch eine Vorlesung, bzw. die Hauptvorlesung bezeichnet. (Vgl. Eulner, 1970, S. 261; Kap. 8, die Lehre in Bonn: Die Hauptvorlesung wird in den Vorlesungsverzeichnissen der Universität Bonn als „Psychiatrische Klinik“ bezeichnet).

³⁴³ Vgl. UA Bonn, Chroniken der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn 1890-1907. Aus den in den Jahresberichten veröffentlichten Krankenzahlen lässt sich eindeutig entnehmen, dass es sich bei der „Psychiatrischen Klinik“ um die Provinzialanstalt handelt, da diese Zahlen mit jenen aus den Verwaltungsberichten der Anstalt übereinstimmen. (Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn, 1900 – 1908).

³⁴⁴ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das Rechnungsjahr 1908.

Hieraus lässt sich ableiten, dass ursprünglichen Planungen zufolge mit der Eröffnung der Universitätsklinik die Berichte der PHP aus den Darstellungen der Universitätskliniken entfernt werden sollten.

Allerdings wurden schon in der nächsten Ausgabe der Chronik die üblichen Informationen über die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt wieder aufgeführt. Dies wurde auch in den folgenden Jahren beibehalten, so dass sowohl die PHP als auch die Nervenklinik weiterhin in den Chroniken der Universität vermerkt wurden.³⁴⁵

Aus dieser Tatsache, dass eine Provinzialanstalt auch nach der Gründung einer Universitätsklinik weiterhin Aufnahme in die Berichte der Universität fand, lässt sich entnehmen, dass eine enge organisatorische Verbindung zwischen Provinzialanstalt und Universität bestand.

³⁴⁵ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für die Rechnungsjahre 1909-1920.

6 Vergleich der Patienten der Klinik und der Anstalt und daraus resultierende Aufgaben in der Patientenversorgung

Das nun folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, inwiefern sich die Bonner PHP und die Nervenklinik hinsichtlich ihrer Patientenkielentel unterschieden. Dadurch soll zunächst herausgefunden werden, ob die beiden Institutionen unterschiedliche Aufgaben in der Patientenversorgung, insbesondere bei der Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, wahrnahmen. Zudem erscheint es interessant, ob sich bei der sozialen Herkunft der Patienten Unterschiede zeigten.

Ein erster Schwerpunkt des Kapitels liegt daher auf der Darstellung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, um so herauszufinden, wo die Patienten mit chronischen Erkrankungen unterkamen. Anschließend folgt eine Gegenüberstellung der in Anstalt und Klinik vergebenen Diagnosen. Weiterhin wird auf die jeweilige gutachterliche Tätigkeit eingegangen und die Überweisungspraxis zwischen den zwei Institutionen dargestellt. Den Abschluss bildet eine Betrachtung der sozialen Struktur der Patienten.

6.1 Patientenzahlen

6.1.1 Größe der Häuser

Ursprünglich sollte die Nervenklinik nur Platz für 20 Patienten bieten.³⁴⁶ Allerdings hieß es schon kurz nach der Eröffnung, dass zusätzlich hinzugefügte Reservebetten „fast dauernd in Anspruch genommen werden mussten.“³⁴⁷ 1911, also 3 Jahre nach der Gründung der Klinik, waren dort, unter Einberechnung aller Reservebetten, 40 Betten für Erwachsene und zwei Betten für Kinder vorhanden.³⁴⁸

Trotz dieser Reservebetten stellte die Klinik im Vergleich zur Anstalt einen ausgesprochen kleinen Betrieb dar. Wie aus der Tabelle 7 (Anhang) abzulesen ist, versorgte die Anstalt

³⁴⁶ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Westphal an den Kurator der Bonner Universität, 26.01.1907, Handschrift; Archiv RK, Ne 3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Universität Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, §1.

³⁴⁷ UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Jahresbericht der Nervenklinik, 1908, S. 67.

³⁴⁸ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 247. Aus den Jahresberichten der Klinik lässt sich ebenfalls entnehmen, dass dort in der Regel zwischen 30 und 40 Patienten untergebracht waren (vgl. Tabelle 6, Anhang).

mehrere hundert Patienten gleichzeitig. Die Patientenzahlen schwankten im Untersuchungszeitraum zwischen 764 (01.04.1908) und 965 (31.03.1914).

6.1.2 Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patienten in Klinik und Anstalt. Dieser Aspekt erscheint für die Fragestellung dieser Arbeit besonders wichtig, da sich hieraus ableiten lässt, inwiefern die beiden Institutionen Patienten aufnahmen, die zu der Gruppe der chronisch Erkrankten gehörten.

Zunächst ist darauf einzugehen, dass die Fluktuation der Patienten in der Klinik deutlich ausgeprägter war als in der Anstalt. Wie aus den Verwaltungsberichten ersichtlich, lag die jährliche Anzahl der Klinikpatienten ungefähr zwischen 300 und 500 und damit ein Vielfaches über der Zahl der vorhandenen Klinikbetten (vgl. Tabelle 6, Anhang). Im Gegensatz dazu fanden in der Anstalt bei über 800 Betten nur ungefähr 600 bis 700 Aufnahmen und Entlassungen statt (vgl. Tabelle 7, Anhang). Hieraus lässt sich ableiten, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Klinikpatienten unter der der Anstaltspatienten lag.

Die Verwaltungsberichte der Anstalt verdeutlichen außerdem, dass dort die Anzahl der aufgenommenen Patienten in der Regel höher war als die Anzahl der entlassenen Patienten. Infolgedessen stieg die durchschnittliche Patientenanzahl in dem untersuchten Zeitraum kontinuierlich an (vgl. Tabelle 7, Anhang). In den Jahren von 1908 bis 1914 ist ein Zuwachs von fast 150 Patienten, also circa 20%, zu verzeichnen. Diese Beobachtung legt die Vermutung nahe, dass einige Patienten mehrere Jahre in der Anstalt verbrachten. Die Patientenzahlen der Klinik dagegen blieben konstant (vgl. Tabelle 6, Anhang). Somit ergeben sich aus den Verwaltungsberichten erste Hinweise darauf, dass die PHP, im Gegensatz zur Klinik, Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen behandelte.

Diese These bestätigt die Untersuchung von Krankenakten der beiden Institution und deren Auswertung hinsichtlich der Aufenthaltsdauer der Patienten.³⁴⁹ Hierbei zeigt sich, dass in den untersuchten Fällen aus der Nervenklinik (insgesamt 87 Aufenthalte) die Patienten im Durchschnitt 34

³⁴⁹ Bei dieser Auswertung ist anzumerken, dass in beiden Häusern verschiedene Patienten mehrfach aufgenommen wurden. In diesen Fällen wurde in beiden Häusern keine neue Patientenakte angelegt. Da zwischen den einzelnen Aufnahmen in der Regel längere Zeitabstände lagen, wurden in dieser Arbeit diese mehrfachen Aufnahmen als jeweils einzelne Aufenthalte gewertet. Somit liegt die Anzahl der insgesamt betrachteten Zahl an Aufenthalten über der Anzahl der untersuchten Patientenakten.

Tage in der Klinik verweilten. Im Gegensatz dazu verbrachten die untersuchten Anstaltspatienten (insgesamt 162 Aufenthalte) durchschnittlich ein Jahr, elf Monate und elf Tage in der PHP.³⁵⁰

Detaillierte Angaben lassen sich aus Graphiken 1 & 2 (Anhang) entnehmen. Wie hieraus erkennbar, verbrachte bei den untersuchten Klinikpatienten über die Hälfte zwei oder weniger Wochen in der Klinik. Zudem ließ sich unter allen untersuchten Fällen der Nervenklinik nur ein einziger Patient finden, der eine Aufenthaltsdauer von über einem Jahr aufwies.

Die Anstaltspatienten dagegen zeigten hinsichtlich ihrer jeweiligen Aufenthaltsdauer ein deutlich weiteres Spektrum. Ein Teil von ihnen verbrachte nur wenige Wochen in der PHP. Andere Anstaltspatienten blieben über Jahre in Behandlung. Insgesamt konnten bei den 146 untersuchten Krankenakten der Anstalt 18 Patienten gefunden werden, die über fünf Jahre in der Anstalt waren. Von diesen verbrachten fünf Patienten mehr als zehn Jahre in der PHP, drei Patienten blieben dort sogar über 20 Jahre.

Aus diesem Überblick lassen sich zwei Schlussfolgerungen ziehen. Zunächst ist festzuhalten, dass die Anstalt tatsächlich viele Patienten über Jahre, in manchen Fällen sogar Jahrzehnte lang betreute. Damit bestätigt sich die These, dass in der Anstalt chronische Patienten untergebracht wurden. Die Klinik dagegen versorgte die Patienten nur über einen kurzen Zeitraum. Somit lässt sich festhalten, dass der Vorwurf an die Kliniken, sie hätten sich nicht an der Betreuung von langfristig erkrankten Patienten beteiligt, auch für die Situation in der Bonner Psychiatrie zutrifft.

Als zweites Erkenntnis dieser Untersuchungen lässt sich festhalten, dass nicht jeder Anstaltspatient jahrelang dort verblieb. So fand bei 60% der untersuchten Patienten die Entlassung innerhalb eines halben Jahres statt. Fast ein Viertel der Anstaltspatienten blieb nur bis zu einem Monat in der Anstalt. Zudem verließen von den Patienten, die weniger als ein halbes Jahr in der Anstalt verbrachten, annähernd die Hälfte die Anstalt als „genesen“ oder „gebessert“ (vgl. Tabelle 11, Anhang). Damit behandelte die PHP nicht nur chronische, sondern auch akute Erkrankungen.

³⁵⁰ Zur Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer wurde sowohl bei den Anstalts- als auch bei den Klinikpatienten die jeweilige Aufenthaltsdauer in Tage umgerechnet, wobei Beurlaubungen in die Berechnung nicht mit einbezogen wurden.

6.2 Vergleich der in Anstalt und Klinik vergebenen Diagnosen

Für einen Vergleich der Patienten von Anstalt und Klinik sind neben den jeweiligen Aufenthaltsdauern die behandelten Krankheitsbilder interessant. Daher beschäftigt das folgende Kapitel mit den jeweils in Klinik und Anstalt gestellten Diagnosen. Voraussetzung für diesen Vergleich ist eine Darstellung der in den beiden Häusern verwendeten Terminologien. Hierbei stellt sich vor allem die Frage, ob die Terminologien für die Krankheitsbezeichnungen in den beiden Häusern ähnlich und damit vergleichbar waren.

6.2.1 Die Krankheitsbezeichnungen in der Anstalt

An der in den Anstalten verwendeten Terminologie kritisieren Historiker insbesondere die jahrelange Benutzung der Krankheitsentität „einfache Seelenstörung“ in den Statistiken. So beanstandete der Historiker BLASIUS, dass auch nach der Einführung der klinischen Psychiatrie durch KRAEPELIN diese Diagnose weiter Verwendung fand:

„So hätten die Ergebnisse der ‚klinischen Psychiatrie‘ durchaus die ‚Klinik‘, d. h. die Behandlungsformen in den Anstalten beeinflussen können. Die statistische Kategorie ‚einfache Seelenstörung‘ blieb aber weit über die Epoche der Kraepelinschen Psychiatrie hinaus erhalten. Dies deutet an, wie wenig sich im Inneren der Anstalten änderte, wie tief verwurzelt die Vorstellung von der Unheilbarkeit der Hauptgruppe der Geisteskranken war.“³⁵¹

Die hier angesprochene Neuaufteilung der psychiatrischen Diagnosen, insbesondere den Krankheitsbegriff der „Dementia praecox“ und das dichotome Modell, entwickelte KRAEPELIN (1856-1926) im ausgehenden 19. Jahrhundert.³⁵² Daher entspricht der in dieser Arbeit untersuchte Zeitraum derjenigen Phase, die BLASIUS in dem oben angegebenen Zitat anspricht und es stellt sich die Frage, ob in Bonn der Begriff der „einfachen Seelenstörung“ ebenfalls „weit über die Epoche der Kraepelinschen Psychiatrie hinaus“³⁵³ Verwendung fand.

Betrachtet man zur Klärung dieser Frage zunächst die offiziellen Verwaltungsberichte der Anstalt³⁵⁴, in denen eine Aufschlüsselung der jeweils im Berichtsjahr aufgenommenen Patienten nach Diagnosen erfolgte, so wird man hier tatsächlich die Diagnose „einfache Seelenstörung“

³⁵¹ Blasius, 1994, S. 124ff.

³⁵² Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 116ff.

³⁵³ Blasius, 1994, S. 124ff.

³⁵⁴ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn 1908-1914.

finden. In den Verwaltungsberichten der Bonner PHP erfolgte eine Einteilung der Krankheiten in folgende sechs Entitäten: „einfache Seelenstörung“, „paralytische Seelenstörung“, „Seelenstörung mit Epilepsie“, „Imbecillität, Idiotie, Kretinismus“, „Delirium potatorium“ und „nicht geisteskrank“. Dabei wurde tatsächlich der größte Teil aller Patienten, nämlich durchschnittlich fast zwei Drittel aller aufgenommenen Patienten, unter der Diagnose „einfache Seelenstörung“ aufgeführt (vgl. Tabelle 13, Anhang). Der Vorwurf, die Bonner Anstaltspsychiater hätten veraltete Diagnosen benutzt und keine Differenzierung der Patienten durchgeführt, erscheint zunächst berechtigt. Allerdings handelt es sich bei diesen Bezeichnungen um Begriffe der preußischen Irrenstatistik.³⁵⁵ Somit sind die Bonner Verwaltungsberichte als Teil des preußischen Verwaltungsapparates zu werten.

Somit stellt sich die Frage, ob es legitim ist, aus der Verwendung des Begriffes „einfache Seelenstörung“ in den offiziellen Statistiken, so wie BLASIUS, zu folgern, dass moderne Bewegungen in der Medizin keinen Einfluss auf die Anstalten gehabt haben. Schließlich gilt es zu hinterfragen, ob diese Entitäten, die letztendlich statistische Hilfsmittel darstellten, eine Rolle im Anstaltsleben spielten und dadurch Auswirkungen auf die Patientenbehandlung hatten.

³⁵⁵ Zu einem besseren Verständnis der in den Verwaltungsberichten aufgeführten Krankheitsentitäten soll im Folgenden kurz auf die Entstehung der Begriffe und ihre Bedeutung eingegangen werden. Die Krankheitsbezeichnungen entstanden im Zuge der Entwicklung einer einheitlichen nationalen Irrenstatistik in Preußen, welche erstmals 1875 eingeführt wurde und mit einem einheitlichen Dokumentationsverfahren, so genannten Zählkarten, für alle preußischen Irrenanstalten verbunden war. (Vgl. Grunau, 1905, S. 3f) Diese Zählkarten stellten Tabellen dar, auf denen die Patienten der Anstalten verschiedenen Krankheitsbildern zugeordnet wurden. 1881 fand eine Modifizierung dieser Zählkarten statt. Der Begriff „einfache Seelenstörung“ ersetzte die zuvor bestehenden Einteilungen „Manie“, „Melancholie“ und „sekundäre Seelenstörung“. (Vgl. a. a. O., S. 10. Zur Diskussion der Kategorie „einfache Seelenstörung“ auf der Jahresversammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte 1878 siehe Gülick, 1992, S. 137ff) Zu Beginn des 20. Jahrhunderts beruhte die Irrenstatistik somit auf den Kategorien „einfache Seelenstörung“, „paralytische Seelenstörung“, „Seelenstörung mit Epilepsie“, „Imbecillität und Idiotie“, „Delirium potatorium“ und „nicht geisteskrank“. (Vgl. Grunau, 1905, S. 10) Teilweise lassen sich die genannten Krankheitskategorien gut einem bestimmten Krankheitsbild zuordnen. So bezeichnete der Begriff „paralytische Seelenstörung“ die progressive Paralyse, eine Spätmanifestation der Syphilis. Bei dem „Delirium potatorium“ handelt es sich um einen anderen Begriff für das Delirium tremens, eine Ausprägung des chronischen Alkoholabusus. Auch die Epilepsie und die Gruppe „Imbecillität und Idiotie“ stellen klare Diagnosegruppen dar. Zur Erläuterung des Begriffes „einfache Seelenstörung“ soll hier ein Textausschnitt aus einem zeitgenössischen Buch über die preußischen Irrenanstalten wiedergegeben werden: „Die letzten 4 Formen (paralytische Seelenstörung; Seelenstörung mit Epilepsie; Imbecillität, Idiotie, Kretinismus und Delirium potatorium, Anm. d. Verf.) entsprechen klinischen Krankheitsbildern mit charakteristischen Symptomen, während die einfache Seelenstörung - eine Bezeichnung, die eigens für die Statistik erfunden wurde - alle übrigen Arten von Geistesstörung umfasst, heilbare und unheilbare, akute und chronische Formen durcheinander: die Manie, Melancholie, Verrücktheit, den erworbenen Schwachsinn, die Katatonie, das periodische Irresein, die Intoxikationspsychosen usw., je nach dem der Einzelne klassifiziert.“ (Ebd.) Ebenso findet sich in diesem zeitgenössischen Buch eine Erklärung zu der Kategorie der „nicht geisteskranken“ Anstaltspatienten: „Nun ist auf den Zählkarten eine sechste Nummer bei den Krankheitsformen aufgeführt, nämlich „nicht geisteskrank“. Die „nicht Geisteskranken“ sind in den öffentlichen Irrenanstalten fast ausschließlich Untersuchungsgefangene, die auf Gerichtsbeschluss zur Feststellung ihres Geisteszustandes in die Anstalt geschickt, aber für geistesgesund befunden worden sind.“ (Ebd.)

Zur Klärung dieser Frage wurden die Krankenakten der PHP zu Rate gezogen. Unter den Patienten der untersuchten Krankenakten fand sich kein einziger Patient mit der Diagnose „einfache Seelenstörung“ (vgl. Tabelle 14, Anhang). Stattdessen entsprechen die hier genannten Diagnosen den Krankheitsbezeichnungen der Klinik und stimmen durchaus mit der zeitgenössischen Terminologie überein.

Daraus lässt sich schließen, dass dieser Begriff zumindest in der Bonner Anstalt nur für statistische Zwecke bei den offiziellen Berichten verwendet wurde und im praktischen Alltag im hier betrachteten Untersuchungszeitraum keine Rolle spielte.

Zudem ist hier festzuhalten, dass die in der Klinik und Anstalt verwendete Terminologie weitgehend übereinstimmen und infolgedessen ein Vergleich möglich ist.

6.2.2 Vergleich der in den Krankenakten gestellten Diagnosen

Der nun folgende Abschnitt geht er Frage nach, inwiefern sich die Patienten von Anstalt und Klinik hinsichtlich ihrer Krankheitsbilder unterschieden. Als Grundlage hierfür diente ein Kommentar aus einer zeitgenössischen Beschreibung der psychiatrischen Universitätskliniken. Hier findet sich über die Bonner Nervenlinik folgender Vermerk: „Aufgenommen werden in die Klinik nur Nervenranke und leichtere Grade psychischer Störungen. Die schwereren Formen von Geisteskrankheit werden sofort der Provinzialheilanstalt überwiesen.“³⁵⁶

Zur Überprüfung dieser Aussage erfolgte eine Auswertung der Krankenakten in Bezug auf dort die vergebenen Diagnosen.³⁵⁷

Unter den untersuchten Krankenakten der Anstaltspatienten stellte, wie die Tabelle 14 (Anhang) verdeutlicht³⁵⁸, die „Dementia praecox“ die am häufigsten vergebene Diagnose da. Diese

³⁵⁶ Cramer, 1910, S. 35. Noch 1933 schrieb HÜBNER über die Bonner Nervenlinik: „Zur Aufnahme [in die Klinik, Anm. d. Verf.] gelangten vorwiegend Nervenranke. Die schweren Geistesstörungen wurden nach wie vor der Anstalt zugeführt.“ (Hübner, 1933, S. 106).

³⁵⁷ Als Grundlage für diese Auswertung war es notwendig, die zeitgenössischen Definitionen der Erkrankungen zu kennen. Hierzu beziehen sich die folgenden Ausführungen auf ein 1907 von Binswanger und Siemerling veröffentlichtes Lehrbuch der Psychiatrie, an welchem unter anderem A. Westphal mitwirkte. Er verfasste die Kapitel über Manie, Melancholie, periodische Geistesstörungen, Neurasthenie und Hypochondrie. Zudem verwiesen Hübner und Westphal in dem 1917 erschienenen Buch „Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken“ auf dieses Lehrbuch: „In der Nomenklatur und klinischen Umgrenzung der Krankheitsbilder haben sich die Verfasser an das Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger- Siemerling, G. Fischer, Jena 1911, angelehnt.“ (Hübner/ Westphal, 1917, S. 240). Somit kann davon ausgegangen werden, dass die in die in diesem Lehrbuch beschriebenen Diagnosen weitgehend den in Bonn vorherrschenden Klassifikationen entsprachen.

Diagnose, bzw. eine ihrer Untergruppen „Katatonie“, „Hebephrenie“ oder „Dementia paranoides“, lag bei insgesamt 27 der 146 untersuchten Anstaltspatienten vor.

Ebenfalls häufig diagnostizierten die Anstaltsärzte Diagnosen aus dem Bereich, den man heute unter dem Begriff „affektive Störungen“ zusammenfasst. So fanden sich unter den untersuchten Anstaltspatienten insgesamt 24 Patienten mit Erkrankungen wie „Melancholie“, „Depression“, „Manie“ oder „manisch-depressives Irresein“.

Darüber hinaus waren mehrere Anstaltspatienten an einer Suchterkrankung erkrankt. Bei zwölf der untersuchten Patienten wurde ein Alkoholabusus behandelt.³⁵⁹ Ebenfalls zu den Suchterkrankungen ist der „Morphinismus“ zu zählen, der bei einem Anstaltspatienten bestand.

Ferner zählt zu den mehrfach gestellten Diagnosen die „Progressive Paralyse“, auch als „Dementia paralytica“ bezeichnet, die bei zwölf der untersuchten Patienten vorlag. Andere Demenzformen finden sich ebenfalls gehäuft in den Krankenakten wieder. Hier ist zunächst die „Dementia senilis“, die die Ärzte bei neun Patienten diagnostizierten, zu nennen. Während bei einem weiteren Patienten die Diagnose „Demenz“ ohne weitere Differenzierung gestellt wurde, galt bei zwei weiteren Patienten die Demenz als „arteriosclerotisch“, bzw. „postapoplektisch“ und war damit einer speziellen Genese zugeschrieben.

Die schon aus den Verwaltungsberichten bekannte Diagnose „Imbecillität“ wurde bei insgesamt fünf Patienten vergeben. Bei einem weiteren Patienten findet sich nur der Begriff „Schwachsinn“ in der Akte wieder, nicht der medizinische Begriff „Imbecillität“. Hier ist allerdings zu erwähnen, dass dieser Begriff mangels anderer Hinweise für eine Diagnose in der Kran-

³⁵⁸ Bei der Durchsicht der Krankenakten fand sich meistens in jeder Akte eine einzige Diagnose, welche zum Beispiel auf dem Krankenblatt oder in Gutachten vermerkt war. In einigen Fällen lagen jedoch auch mehrere Diagnosen bei einem Patienten vor. Dies kam zum Beispiel dadurch zustande, dass unter den behandelnden Ärzten Unklarheiten über die zu stellende Diagnose bestanden (Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45605-45646, Heinrich L.; bei Heinrich L. diagnostizierten die Anstaltsärzte eine Neurasthenie mit Verdacht auf eine begleitende Wahnbildung, von den Klinikärzten war er jedoch mit einer Dementia paranoides eingewiesen worden.). In anderen Fällen litten die Patienten unter verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen oder die gestellte Diagnose änderte sich im Verlauf der Behandlung. Außerdem bestanden bei manchen Patienten parallel zu der psychiatrischen noch weitere Erkrankungen (Bsp.: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45406-45450, Hermann K.; der Patient hatte neben einer Katatonie auch eine Tuberkulose, an der er 1913 verstarb). Bei der Auswertung wurden mit diesen Mehrfachdiagnose folgendermaßen umgegangen: Bei unterschiedlichen Diagnosen, die bei verschiedenen Aufhalten gestellt worden waren, wurden vor allem diejenigen Diagnosen aus dem Untersuchungszeitraum berücksichtigt. Die internistischen Erkrankungen stellten in der Regel Begleiterkrankungen dar, in diesen Fällen wurde nur die psychiatrische Diagnose verwendet. Allerdings lagen mehrmals bei einem Patienten verschiedene relevante psychiatrische Diagnosen vor, die dann auch alle Berücksichtigung in der Auswertung fanden. Daher liegt die Anzahl der Diagnosen über der Anzahl der Patientenakten. (Vgl. Tabelle 14, Anhang).

³⁵⁹ Hierunter zusammengefasst sind folgende in den Akten aufgeführten Diagnosen: „chronischer Alkoholismus“, „Delirium tremens“, „Alkoholhalluzinose“ und „Dipsomanie“.

kenakte einem offiziellen Entmündigungsschreiben, dass auch für Laien verständlich sein musste, entnommen wurde.

Die Diagnose einer „Epilepsie“ stellten die Anstaltsärzte bei fünf der untersuchten Patienten, einen weiteren Kranken behandelten die wegen einer „postepileptischen Verwirrtheit“.

Neben der schon erwähnten „Dementia paranoides“ fanden sich unter den in der Anstalt aufgenommenen Patienten noch weitere Diagnosen, bei denen ein Wahn das Krankheitsbild dominierte. So waren fünf der untersuchten Anstaltspatienten an einer „Paranoia“³⁶⁰ erkrankt. Eine der Paranoia verwandte Erkrankung stellte die „akute Verwirrtheit“, auch „Amentia“ genannt³⁶¹, dar, welche bei den hier untersuchten Patienten ebenfalls in fünf Fällen vorlag. Bei einem weiteren Patienten war von einer „ängstlichen Verwirrtheit“ die Rede. Auch der „praesenile Beeinträchtigungswahn“, der in einem Fall der untersuchten Akten festgestellt wurde, charakterisierte sich durch wahnbedingten Krankheitssymptome.³⁶²

Ebenfalls zu erwähnen ist die Diagnose „Degeneration / degeneratives Irresein“, die bei insgesamt zehn der Anstaltspatienten gestellt wurde.³⁶³ Außerdem behandelten die Anstaltsärzte bei zwei Patienten einen „Erregungszustand und Delir“, bzw. einen „pathologischen Erregungszustand“. Bei zwei weiteren Patienten stellen sie die Diagnose „Psychopathie“.

³⁶⁰ Die „Paranoia“ wird im „Lehrbuch der Psychiatrie“ folgendermaßen beschrieben: „Als Paranoia [...] werden diejenigen Geistesstörungen bezeichnet, bei denen die Wahnbildung das Krankheitsbild beherrscht. Wahnideen mit oder ohne Sinnestäuschungen spielen hier die Hauptrolle.“ (Binswanger/ Siemerling, 1907, S. 149.) Differentialdiagnostisch sei sie schwer von der „akuten Verwirrtheit“, auch genannt „akute Amentia“ abzugleichen. (Vgl. a. a. O., S. 188f & S. 154).

³⁶¹ Vgl. Binswanger/ Siemerling, 1907, S. 188.

³⁶² Über dieses Krankheitsbild heißt es im „Lehrbuch der Psychiatrie“: „Als präsenilen Beeinträchtigungswahn beschreibt ferner Kraepelin eine kleine Gruppe von Fällen, in denen, wahrscheinlich auf dem Boden erblicher Veranlagung, im 6. Lebensjahrzehnt, bei Frauen oft schon früher, sich eine große Urteilsschwäche mit vielfach wechselnden kombinatorischen Beeinträchtigungsideen und gesteigerter gemüthlicher Erregbarkeit entwickelt.“ (Binswanger/ Siemerling, 1907, S. 358).

³⁶³ Zu Beginn des 20. Jahrhunderts galten unterschiedliche Krankheitsbilder als Degenerationspsychose. Hierzu zählte man sowohl Psychosen aus dem Überschneidungsgebiet affektiver und schizophrener Psychosen, als auch Persönlichkeitsstörungen und die Psychosen Inhaftierter. (Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 105) Auch die Bonner Psychiater diagnostizierten gerne eine Degenerationspsychose bei Inhaftierten. So wurde diese Diagnose, die unter den untersuchten Krankenakten insgesamt zehnmal gefunden wurde, fünfmal bei Patienten aus einem Gefängnis und zweimal bei Patienten aus der Arbeitsanstalt Brauweiler gestellt. Außerdem arbeiteten zwei der drei weiblichen Patienten mit der Diagnose „Degeneration“ als Prostituierte, so dass diese Diagnose auch einen moralischen Hintergrund beinhaltet. Aus dem Gutachten einer dieser Patientinnen soll hier zitiert werden, um zu verdeutlichen, wie die Ärzte diese Patientinnen sahen: „Frau L [...] ist eine moralisch entartete hysterische Frau, sie gehört zu der Klasse der Prostituierten aus besseren Ständen mit [...] activ kriminellen Neigungen, die sobald sie von ihren Liebhabern nicht mehr genügend Mittel zu ihrem luxuriösen Leben erhalten könnte, die nachdem die infolge ihres zunehmenden Alters nicht mehr genügend Reize für ihr Gewerbe darbot, verbotene Wege beschreiten musste, wie sie es ja auch getan hat.“ (Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45650-45694, Lucia L., Gutachten). „Frau Witwe L [...] ist eine moralisch-entartete hysterische Frau u. gehört dessen zu der grossen Gruppe der geistig Minderwertigen.“ (Ebd.).

Unter den Krankenakten der Anstalt finden sich vereinzelt Patienten mit den Diagnosen „Hysterie“³⁶⁴ und „Neurasthenie“³⁶⁵ wieder. Patienten mit diesen beiden Erkrankungen fanden, wie der nächste Abschnitt erörtern wird, eigentlich in der Nervenklinik Aufnahme. Daher stellt sich die Frage, warum diese Patienten in die Anstalt eingewiesen wurden.

Unter den untersuchten Anstaltspatienten wurde die Diagnose „Hysterie“ dreimal gestellt, wobei es sich in zwei Fällen um Patientinnen handelt, die von einem Gefängnis aus zur Begutachtung eingewiesen worden waren. Der dritte Patient mit Hysterie war ursprünglich in der Klinik behandelt und von dort in die Anstalt verlegt worden. Eine „Neurasthenie“ wurde bei zwei Patienten festgestellt. Auch hier handelte es sich bei einem Patienten um einen Begutachtungsfall, wobei in diesem Falle das Gutachten von einer Versicherungsgesellschaft und nicht von der Staatsanwaltschaft angefordert worden war. Der andere Patient mit Neurasthenie war ebenfalls von der Klinik in die Anstalt überwiesen worden. Die Klinikärzte hatten ihn unter dem Verdacht einer Dementia paranoides in die Anstalt überwiesen. Die Anstaltsärzte dagegen diagnostizierten bei diesem Patienten eine „Neurasthenie (mit Wahnbildung?)“.³⁶⁶

³⁶⁴ Zur Hysterie findet sich im Lehrbuch der Psychiatrie folgende Definition wieder: „Das Wesen der Hysterie ist uns noch nicht völlig klar. Im allgemeinen sind fast alle Autoren sich darin einig, dass der Psyche, dem Vorstellungsleben, bei dem Zustandekommen der hysterischen Erscheinungen eine besondere Bedeutung zukommt [...]. Das heißt die Hysterischen besitzen eine große Labilität ihrer Vorstellungen, welche in einer sehr leicht und meist sehr deutlich zutage tretenden Suggestibilität zum Ausdruck kommt.“ (Binswanger/ Siemerling, 1907, S. 274) Dies führe bei Hysterikern zu diversen körperlichen Symptomen, wie beispielsweise Krampfanfällen oder Lähmungen. Daneben seien psychische Phänomene, wie ein häufiger Stimmungswechsel oder Beeinträchtigungsideen, charakteristisch für die Hysterie. (Vgl. a. a. O., S. 274ff).

³⁶⁵ Die Neurasthenie, von dem New Yorker Arzt George M. Beard (1839-1883) zuerst beschrieben, stellte im beginnenden 20. Jahrhundert ein in Amerika und Europa oft diagnostiziertes Krankheitsbild dar, welches aber im Rahmen des ersten Weltkrieges aus der medizinischen Literatur verschwand. Als Auslöser der Erkrankung galt das Unvermögen des Menschen, mit den sich wandelnden Lebensbedingungen des 20. Jahrhunderts umzugehen. (Vgl. Hofer, 2005, S. 230ff) Auch Alexander Westphal machte diesen Wandel für die Genese der Neurasthenie verantwortlich: „Der erschwerte Kampf ums Dasein, die gesteigerten Anforderungen, die das moderne Leben an den einzelnen, namentlich in großen Verkehrszentren stellt, sind eine ergiebige Quelle für die Entstehung von Neurasthenien und haben unzweifelhaft eine erhebliche Zunahme dieses Leidens herbeigeführt.“ (Binswanger/ Siemerling, 1907, S. 128) Zudem spiele geistige Überanstrengung und vererbte Disposition eine Rolle bei der Krankheitsentstehung. Der Neurastheniker leide unter folgenden Symptomen: „Mit der Schwäche des Nervensystems geht regelmäßig eine große Erschöpfbarkeit desselben Hand in Hand, die den Neurastheniker zu fortgesetzter und andauernder geistiger oder körperlicher Arbeit unfähig macht. Ein wesentliches Symptom tritt uns ferner in der gesteigerten Erregbarkeit des Nervensystems entgegen, welche die Ursache ist, daß schon leichteste Reize in quantitativer und qualitativer Hinsicht abnorme Reaktionen hervorrufen. Durch die geringfügigsten Einflüsse werden die Grenzen des Normalen überschreitende Wirkungen erzielt, die sich körperlich in abnormen Reizerscheinungen, auf psychischem Gebiete in erster Linie in Unlustgefühlen und Verstimmungen oder ängstlichen Erregungszuständen zu äußern pflegen.“ (A. a. O., S. 126) Auch die Hypochondrie bezeichnete A. Westphal als eine Unterart der Neurasthenie, da „die durch die Neurasthenie bedingten Veränderungen der Selbstempfindung den eigentlichen Stoff für die hypochondrischen Beängstigungen, Befürchtungen und Vorstellungen geben.“ (A. a. O., S. 142).

³⁶⁶ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45605-45646, Heinrich L., Krankenblatt.

Somit handelt es sich bei den Patienten mit Neurasthenie, bzw. Hysterie in zwei Fällen um Begutachtungen mit strafrechtlichen Konsequenzen. Gutachten über Gefängnisinsassen gehörten zu einem typischen Aufgabengebiet der Anstalt (vgl. Kap. 6.3). Zwei weitere Patienten waren ursprünglich in der Klinik behandelt und erst im Nachhinein von dort in die Anstalt überwiesen worden. Daher lässt sich die Anwesenheit dieser Patienten in der Anstalt erklären. Nur der Patient, dessen Begutachtung von einer Versicherung angefordert worden war, entsprach eigentlich der klassischen Patienten Klientel der Nervenlinik.

Die schon vorher erwähnte Bezeichnung „nicht geisteskrank“ wurde in fünf Fällen vergeben. Dabei handelte es sich in vier Fällen um Leute, die von der Staatsanwaltschaft zur Begutachtung ihrer Schuldfähigkeit eingewiesen wurden. Bei insgesamt 23 Akten der Anstalt war leider keine genaue Angabe zur Diagnose zu finden.

Die Betrachtung der Krankheitsbilder der Anstaltspatienten zeigt, dass die Anstaltsärzte vor allem schwerkranke Patienten behandelten. Der größte Teil der Patienten litt an einer Psychose, einer Demenz oder einer Suchterkrankung. Zeitgenössische Quellen bezeichnen diese Krankheitsbilder oft als Geisteskrankheiten und grenzen diese von den so genannten Nervenkrankheiten ab, womit in der Regel psychosomatische oder reaktive Krankheiten gemeint waren.

In den Aufnahmebedingungen der Nervenlinik der Universität Bonn findet ebenfalls eine Abgrenzung des Begriffs „Geisteskranke“ gegen den Begriff „Nervenkranke“ statt. Wie aus diesen Aufnahmebedingungen erkennbar, verfolgte die Nervenlinik eine anderes Konzept als die Anstalt: „1. Die Klinik nimmt Nerven- und Geisteskranke (Letztere nur in beschränktem Umfange) zwecks Behandlung und Verpflegung auf.“³⁶⁷

Schon diese Aufnahmebedingungen verdeutlichen, dass die Klinik, obwohl sie als „Psychiatrische und Nervenlinik“³⁶⁸ begründet worden war, an der Aufnahme von geisteskranken Patienten kein ausgeprägtes Interesse zeigte. Folgende Ausführungen sollen genauer darstellen, welches Diagnosespektrum die Klinik versorgte.

Als erste Quelle dient hierzu eine von WESTPHAL und HÜBNER veröffentlichte Tabelle, in der sie die Diagnosen der Patienten, die sie von der Eröffnung der Klinik bis zum 01.05.1910

³⁶⁷ Vgl. Archiv RK Bonn, Ne 10, Aufnahmebedingungen der königlichen Klinik für psychisch und Nervenkranke zu Bonn, §1, o. J.

³⁶⁸ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, 1908, S. 67.

behandelten, darstellen (vgl. Tabelle 15, Anhang).³⁶⁹ Insgesamt gibt diese Tabelle Informationen über 438 gestellte Diagnosen³⁷⁰, wobei bei 5 Patienten keine sichere Diagnose gestellt werden konnte. Der folgende Abschnitt beschäftigt sich mit den in dieser Tabelle angeführten Diagnosen und versucht, diese einem bestimmten Tätigkeitsfeld, wie Innere oder Psychiatrie, und insbesondere den Kategorien Geisteskrankheit und Nervenkrankheit zuzuordnen.

Die mit Abstand am häufigsten in der Klinik vergebene Diagnose stellte laut dieser Tabelle die Neurasthenie dar, an der insgesamt 120 der ersten 438 Patienten erkrankt waren. Ebenfalls häufig litten die Patienten an Hysterie, welche bei 68 Patienten diagnostiziert wurde. Bei insgesamt sieben Patienten stellten die Klinikärzte die Diagnose „Herzneurose“ oder „Zwangsvorstellungen“. Bei allen diesen Erkrankungen handelt es sich um Krankheitsbilder, die heute als psychosomatisch bezeichnet würden. Somit lässt sich festhalten, dass ein Großteil der Klinikpatienten (45% der ersten 438 aufgenommenen Patienten), wie schon in den Aufnahmebedingungen angedeutet, wegen einer Nervenkrankheit Aufnahme in die Klinik fand.

Die Schwerpunkte der Nervenambulanz in der Behandlung von Nervenkrankheiten spiegeln sich ebenfalls in den Erhebungen aus den Krankenakten wieder, da hier ebenfalls die Diagnosen „Hysterie“ und „Neurasthenie“ überwiegen. In 34 Fällen der insgesamt 62 Patientenakten, in denen eine Angabe zu einer Diagnose gefunden werden konnte, wurde eine dieser beiden Diagnosen, bzw. eine ihrer Untergruppen, gestellt (vgl. Tabelle 16, Anhang).

Neben diesen Nervenkrankheiten führten WESTPHAL und HÜBNER (vgl. Tabelle 15, Anhang) diverse Krankheiten an, die heutzutage dem neurologischen, bzw. neurochirurgischen Betätigungsfeld zugeordnet werden.³⁷¹ So behandelten die Klinikärzte alleine 33 Patienten aufgrund einer „Epilepsie“.³⁷² Insgesamt waren 95 der ersten Klinikpatienten von einer neurologischen Erkrankung betroffen.

³⁶⁹ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 247.

³⁷⁰ Laut Westphal und Hübner behandelte die Klinik in dem Zeitraum von ihrer Eröffnung bis zum 1.5.1910 insgesamt 440 Patienten, auf die sich die oben angeführte Tabelle mit 438 Diagnosen bezieht. Somit stimmte hier die Anzahl der Diagnosen beinahe mit der Anzahl der behandelten Patienten überein. Daraus lässt sich schließen, dass an der Klinik selten Mehrfachdiagnosen vergeben wurden, sondern vor allem mit einer Hauptdiagnose gearbeitet wurde.

³⁷¹ An dieser Stelle wurden folgende Krankheitsbilder dem neurologischen, bzw. neurochirurgischen Betätigungsfeld zugeordnet: Epilepsie, Huntingtonsche Chorea, Bulbärparalyse, Chorea minor, Friedreichsche Ataxie, Gehirnabszeß, Gehirntumoren, Lues cerebri, Tic convulsiv, Aphasie, Cerebrale und spinale Kinderlähmung, Apoplexie, Paralysis agitans, Syringomyelie, Tabes, Multiple Sklerose, Progressive Muskelatrophie, Peroneusparese, Trigeminusneuralgie, Schädelbasisbrüche.

³⁷² Hierbei ist anzumerken, dass die Epilepsie und ihre Residualzustände zu Beginn des 20. Jahrhunderts ebenfalls in den Anstalten behandelt wurden. Somit ist es schwierig, diese Erkrankung einer Disziplin zuzuordnen.

Zudem führten WESTPHAL und HÜBNER in ihrer Darstellung einige Krankheitsbilder an, die man heute je nach Ausprägung der Symptome einer neurologischen, gynäkologischen oder internistischen Behandlung unterziehen würde, z.B. „Basedowsche Krankheit“, „Eklampsie“, „Kohlenoxydvergiftungen“, „chron. Nephritis“, „Arteriosklerose“ oder „Urämie“. Diese Krankheiten wurden bei 17 der 438 Patienten gestellt.

In ihrer Aufzählung von 1911 nannten WESTPHAL und HÜBNER außerdem einige klassische Geisteskrankheiten. So seien 27 der Patienten mit einem „Manisch-depressivem Irresein“ und 24 wegen einer „Dementia praecox“ in die Klinik aufgenommen worden. Demzufolge stellten diese beiden Erkrankungen die viert- und fünfhäufigste Erkrankung in der Klinik dar. Zudem finden sich in der Tabelle Patienten mit unterschiedlichen Manifestationen des Alkoholismus (Delirium tremens, chronischer Alkoholismus, Korsakowsche Psychose), bzw. Morphinismus wieder. Außerdem wurden Patienten mit Progressiver Paralyse, Idiotie, bzw. Imbecillität, Amantia, Demenz, Psychopathischer Konstitution und Degenerationspsychosen in die Klinik aufgenommen. Insgesamt stellen die 126 Patienten mit Geisteskrankheiten ebenfalls einen großen Anteil der Patienten (fast 30%).

Abschließend lässt sich festhalten, dass die Klinik das Ziel, Geistesranke nur in reduziertem Umfang aufzunehmen, nicht erreichen konnte. Dennoch behandelte sie deutlich mehr Patienten mit einer Nervenkrankheit als mit einer Geisteskrankheit. Zudem stellten die Patienten mit neurologischen oder internistischen Krankheitsbildern einen großen Anteil an den Klinikpatienten. Die Anstalt dagegen nahm vor allem Patienten mit Geisteskrankheiten auf.

Die hier dargestellten Unterschiede resultieren sicherlich aus der unterschiedlichen Zielsetzung der beiden Institutionen. Wie in Kapitel 5.2.3 dargestellt, lag ein Ziel der Klinikgründung darin, die Anzahl der für den Unterricht zu Verfügung stehenden Krankheitsbilder zu erweitern. Wie aus der vorherigen Darstellung der in der Klinik behandelten Diagnosen und aus folgendem Kommentar A. WESTPHALS entnommen werden kann, konnte dieses Ziel verwirklicht werden:

„Die selteneren Formen der Neurosen, Degenerationspsychosen, Psychopathien, Zwangsvorstellungen, Phobien und alle den Grenzzuständen zugehörigen Krankheitsbilder [...]

konnten erst jetzt [nach Eröffnung der Klinik, Anm. d. Verf.] bei den Krankheitsvorstellungen berücksichtigt werden.³⁷³

6.2.3 Exkurs: Die männliche Dominanz unter den Klinikpatienten und die Neurasthenie

In den Verwaltungsberichten der Nervenlinik wurde detailliert aufgelistet, wie viele der Patienten weiblich und wie viele männlich waren.³⁷⁴ Bei einer Betrachtung dieser Zahlen ist es besonders auffällig, dass der Anteil der männlichen Patienten stark überwog: In den meisten Jahren wurden mindestens doppelt so viele Männer wie Frauen aufgenommen (vgl. Tabelle 17, Anhang).

Dies mag vor allem daran gelegen haben, dass die am häufigsten vergebene Diagnose, die „Neurasthenie“, als eine Erkrankung galt, die ausschließlich Männer betraf. Auch in den untersuchten Krankenakten (vgl. Tabelle 16, Anhang) zeigt sich dieser Zusammenhang zwischen Geschlecht und Diagnose: So wurde die Diagnose Neurasthenie (inkl. Hypochondrie) ausschließlich an männliche Patienten vergeben.

In der Neurasthenie sah man eine Folge des modernen Lebensstils. Zunächst mag es paradox erscheinen, dass vor allem Männern diese „Nervenschwäche“ zugebilligt wurde. Allerdings, so der Historiker HOFER, hatte diese Erkrankung ein positives Image:

„Die Neurasthenie war das Leiden von Männern, die Erfolg hatten, die angesehene Berufe ausübten und am ‚Puls der Zeit‘ waren. Diesen Männern war Respekt zu zollen, da sie ihre Nervenkräfte überdurchschnittlich beanspruchten und Opfer ihrer rastlosen Tätigkeit geworden waren. Psychische und körperliche Schwächezustände waren damit nicht als Zeichen individuellen Versagens zu interpretieren, sondern brachten ein kulturelles Ideal von Männlichkeit zum Ausdruck, das für sich eine überdurchschnittliche Leistungsbereitschaft und Partizipation an der Moderne reklamierte.“³⁷⁵

Ebenso konnte die typische Geschlechtsverteilung bei der Hysterie, einer Diagnose, die klassischerweise an Frauen vergeben wurde, auch bei den untersuchten Krankenakten gefunden werden. Innerhalb der Krankenakten wurde bei acht Frauen, aber nur bei zwei Männern eine Hysterie festgestellt.

³⁷³ Westphal et al., 1911, S. 248.

³⁷⁴ Vgl. UA Bonn, Chroniken der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn 1908-1914, jeweils Jahresberichte der Psychiatrischen und Nervenlinik.

³⁷⁵ Hofer, 2005, S. 241.

Allerdings wurden an der Bonner Klinik auch ganz andere Korrelationen festgestellt, wie ein Doktorand WESTPHALS bemerkte: „Die Beobachtungen aus der königl. psychiatrischen und Nervenlinik zu Bonn sprechen dafür, dass die rheinische Bevölkerung in hohem Masse zu hysterischen Erkrankungen neigt.“³⁷⁶

6.3 Begutachtungen

Bei der Durchsicht der Patientenakten aus der Klinik ist es auffällig, dass viele Patienten für die Erstellung eines Gutachtens dorthin eingewiesen wurden. Insgesamt wurden 23 der untersuchten 71 Klinikpatienten, und damit fast ein Drittel, begutachtet.

Dass die Begutachtungen eines der Hauptaufgabenfelder der Klinik darstellten, verdeutlicht auch ein Brief WESTPHALS aus dem Jahr 1910. Hier berichtet WESTPHAL, dass von den bisher aufgenommenen 332 Patienten etwa 100 Patienten begutachtet worden seien.³⁷⁷

Da damit den Begutachtungen eine wichtige Stellung zukam, soll hier genauer darauf eingegangen werden. Unter den Begutachtungsfällen dominieren ebenfalls die Diagnosen Neurasthenie, bzw. Hysterie, die sich bei 19 der insgesamt 23 in den Krankenakten dokumentierten Begutachtungsfälle fanden. Zudem ist es auffällig, dass diese Erkrankungen im Rahmen der Begutachtungen oft in Zusammenhang mit einem Trauma gesehen wurden. So fanden sich bei insgesamt 13 der begutachteten Patienten Diagnosen wie „Unfallneurose“, „Unfallhysterie“, „traum. Neurasthenie“, „Lähmung nach Unfall“ oder „Nervenschwäche nach Unfall“ (vgl. Tabelle 18, Anhang).³⁷⁸

Bei den begutachteten Patienten handelte es sich demnach oft um Erkrankte, die posttraumatisch von der jeweiligen Berufsgenossenschaft oder Versicherungen in die Klinik eingewiesen wurden. Letztendlich handelte es sich in der Regel um Fragen der Berentung und Berufsunfähigkeit. Die Klinikärzte hatten nun die Aufgabe, zu klären, ob eine tatsächliche Erkrankung oder eine Simulation vorlag. Zudem mussten sie bescheinigen, ob diese Erkrankung in Zusam-

³⁷⁶ Steenbeck, 1912, S. 17.

³⁷⁷ Vgl. Privatbesitz L. Orth (APG Bonn), Brief von Westphal an das Kuratorium Bonn, 8.1.1910.

³⁷⁸ A. Westphal verstand unter den traumatischen Neurosen eine Mischbild von Neurasthenie und Hysterie: „Eine eingehendere Schilderung verlangt eine Gruppe von Krankheitszuständen, die zur Neurasthenie in engster Beziehung stehen, aber durch Komplikationen mit anderen Neurosen, besonders der Hysterie, häufig ein eigenartiges Gepräge erhalten, die sog. traumatischen Neurosen (Unfallneurosen, Schreckneurosen).“ (Binswanger/ Siemerling, 1907, S. 135) Weiterhin schreibt Westphal, dass meistens nicht das materielle Trauma auslösend sei, sondern die psychische Erschütterung. Auch die Aussicht auf die Unfallrente an sich spiele eine Rolle bei der Genese. (Vgl. Binswanger/ Siemerling, 1907, S. 136).

menhang mit einem eventuellen Unfall stand und wie hoch gegebenenfalls die Erwerbsminderung zu bewerten war.

Ein 29jähriger Bergmann beispielsweise, der 1913 in die Klinik eingewiesen wurde, litt seit einem Unfall 1911 unter Beschwerden wie „Fortwährende Kopfschmerzen auf der Stirn, Schwindel, Flimmern vor den Augen“³⁷⁹. Infolgedessen bat das zuständige Versicherungsamt um ein Gutachten, in welchem die Klinikärzte dem Patienten eine 50%ige Minderung der Erwerbsfähigkeit bescheinigten.³⁸⁰

Als Folge dieser gutachterlichen Tätigkeit stand bei vielen Patienten nicht Therapie und Behandlung im Mittelpunkt des Klinikaufenthaltes, sondern Beobachtung und Begutachtung. Wie aus folgendem Schreiben erkennbar ist, ging dies teilweise sogar so weit, dass die Auftraggeber der Gutachten eine Behandlung explizit untersagten: „Eine Behandlung zu Zwecken des Heilverfahrens darf nicht stattfinden. Der etwaige Aufenthalt in der Klinik darf unter keinen Umständen länger währen, als es zur Erstattung des Gutachtens unbedingt erforderlich ist.“³⁸¹

Die PHP Bonn führte ebenfalls Begutachtungen durch, allerdings betrafen diese Begutachtungen einen wesentlich kleineren Anteil der Patienten als in der Klinik: Unter den 146 untersuchten Krankenakten fanden sich 13 Patienten (9%), die begutachtet wurden.

In acht dieser Fälle handelte es sich um Patienten, die von einem Gefängnis aus auf Anforderung einer Staatsanwaltschaft oder eines Gerichtes in die Anstalt zur Überprüfung ihrer Schuldfähigkeit eingewiesen wurden. Eine weitere Patientin kam aus einer Strafanstalt zur Begutachtung ihrer Strafvollzugsfähigkeit. Zudem wünschte die Armee die Begutachtung zweier Militärgefangener. Nur in zwei Fällen wurde in der Anstalt ein Gutachten auf Wunsch einer Versicherung angefertigt, um eine mögliche Berentung zu beurteilen.

Somit ist also festzuhalten, dass die Gutachten der Anstalt ganz andere Fragestellungen als die der Klinik aufwiesen. Diejenigen der Anstalt beschäftigen sich meist mit strafrechtlichen Fragen, die der Klinik dagegen mit Überprüfung einer Berufsunfähigkeit.

³⁷⁹ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 43507-43587, Krankenakte Matthias W., Anamnesebogen.

³⁸⁰ Vgl. ebd.

³⁸¹ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 43507-43587, Josef W., Brief Reichs-Versicherungsamt an die Nervenlinik, 22.12.1913.

6.4 Die Überweisungspraxis zwischen den zwei Häusern

Das folgende Kapitel stellt anhand der Patientenakten die Überweisungspraxis zwischen Anstalt und Klinik dar und untersucht die Gründe für solche Verlegungen.

Einleitend ist dabei auf die Aufnahmebedingungen der Nervenklinik hinzuweisen, in denen sich folgender Abschnitt findet: „Falls ein Geisteskranker, der in der Klinik Aufnahme gefunden hat, sich derartig verändert, daß seine Behandlung in derselben nicht weiter fortgesetzt werden kann, muss die Direktion ihn in die für den Kranken zuständige, ev. auch nächste Provinzial- Heilanstalt verlegen.“³⁸²

Solche Verlegungen von der Klinik in die Anstalt wurden tatsächlich häufiger durchgeführt: Insgesamt fanden sich unter allen untersuchten Krankenakten 15 Patienten, welche von der Klinik in die Anstalt verlegt worden waren.

Aus den Krankenakten lassen sich teilweise die Begründungen für eine Überweisung von der Klinik in die Anstalt entnehmen. Bei einer Betrachtung dieser Beweggründe fällt auf, dass die Verlegung in der Regel mit dem Argument erfolgte, der Patient sei aufgrund seines Verhaltens in der Klinik nicht mehr zu betreuen. Im Folgenden sollen einige Falldarstellungen diese Argumentation exemplarisch darstellen.

Einen 66jährigen Patienten mit periodischer Manie beispielsweise überwies die Klinik nach einem dreitägigen Aufenthalt in die Anstalt. In seiner Krankenakten steht dazu folgende Vermerk: „Redet jeden an, der auf die Station kommt und macht gerne Witzchen. Wegen seines unruhigen Verhaltens nachts in die Anstalt verlegt.“³⁸³

Die Verlegung eines anderen Patienten, welcher wegen eines Deliriums tremens in der Klinik behandelt wurde, erfolgte ebenfalls mit der Begründung, dass der Patient „zu unruhig geworden war“³⁸⁴. In der Krankenakte der Klinik wurde folgendes eingetragen: „Unruhig, [...] nachts außer Bett, Schläge gegen d. Tür, verlangt Schnaps, hat Angst man wolle ihm nach dem Leben trachten. Wird nach der Anstalt verlegt.“³⁸⁵

³⁸² Archiv RK Bonn, Ne 10, Aufnahmebedingungen der königlichen Klinik für psychisch und Nervenranke zu Bonn, o. J., §11.

³⁸³ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenklinik Bonn, 31077-31135, Johann E., Krankenblatt.

³⁸⁴ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45265-4531, Carl F., Gutachten.

³⁸⁵ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45265-4531, Carl F., Krankenblatt.

Eine Patientin wurde nach einem nur eintägigen Klinikaufenthalt in die Anstalt überwiesen, da sie in der Klinik „wegen ihres störenden Verhaltens nicht zu halten war.“³⁸⁶

Bei einem weiteren Patienten, der ursprünglich wegen neurologischer Schäden nach einem Selbstmordversuch in die Klinik eingewiesen worden war, erfolgte die Verlegung aufgrund „Gewalttätigkeiten, Selbstmordgefahr“³⁸⁷. Genauere Angaben zu seinem gewalttätigen Verhalten lassen sich dem Krankenblatt der Klinik entnehmen: „Hat sich heute mit einem anderen Patienten betrunken. Infolgedessen Erregungszustand. War durch 3 Pfleger nicht zu halten. Schlägt um sich, schreit.“³⁸⁸

Wie diese Fälle und die vorhin zitierten Aufnahmebedingungen zeigen, handelte es sich bei den Verlegungen vor allem um Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten. Somit hatte die Anstalt die Aufgabe, mit den „unruhigen“, anstrengenden Patienten und damit mit den aufwendig zu beaufsichtigenden Patienten umzugehen.

Als einen weiteren Aspekt in Bezug auf die Verlegungspraxis zeigten die Erhebungen aus den Krankenakten, dass eine lange Aufenthaltsdauer in der Klinik zu einer Überweisung in die Anstalt führen konnte. So finden sich unter den verlegten Klinikpatienten ausgerechnet diejenigen zwei Patienten wieder, die unter allen Klinikpatienten die längste Aufenthaltsdauer (ca. 18 Monate³⁸⁹, bzw. 11 Monate³⁹⁰) aufwiesen. Obwohl hier eine geringe Fallzahl vorliegt und damit diese Angaben nur vorsichtig zu interpretieren sind, lässt sich hieraus extrapolieren, dass diejenigen Klinikpatienten, die zu Langzeitpatienten zu werden drohten, in die Anstalt verlegt wurden.

Darüber hinaus lässt sich anhand der Krankenakten nachweisen, dass die Überweisungen eine Einbahnstraße darstellten: Es findet sich unter allen untersuchten Patientenakten, sowohl der Anstalt als auch der Klinik, kein einziger Patient, der aus der Anstalt in die Klinik überwiesen wurde.

³⁸⁶ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45744-45840, Mathilde E., Krankenblatt, 17.4.1909.

³⁸⁷ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45605-45646, Josef B., Fragebogen B.

³⁸⁸ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45605-45646, Josef B., Krankenblatt Klinik.

³⁸⁹ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 31077-31135, Hermann L.

³⁹⁰ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 43507-43587, Maria v. P.

6.4.1 Exkurs: Die Außendarstellung der Klinik, exemplarisch an einem Briefwechsel dargestellt

Ergänzend zu dem Themenkomplex der unterschiedlichen Schwerpunkte von Anstalt und Klinik hinsichtlich der Krankheitsbilder soll hier kurz auf einen Briefwechsel zwischen der Nervenlinik und einer Versicherungsgesellschaft eingegangen werden. Dieser Briefwechsel ist aus dem Grunde interessant, da sich die Nervenlinik hier zum Vorhandensein von geisteskranken Patienten innerhalb ihres Hauses äußerte.

Inhalt des Briefwechsels war die Beschwerde einer Klinikpatientin. Diese hatte sich nach ihrem Klinikaufenthalt folgendermaßen bei ihrer Versicherungsgesellschaft über die Klinik geäußert:

„Der Aufenthalt sei schrecklich, ein vernünftiger Mensch könne es nicht aushalten, ganz in der Nähe seien Geistesranke untergebracht und bei dem Toben derselben müsse man schließlich selber verrückt werden. Die Rolläden hätten in ihrem Zimmer stets heruntergelassen sein müssen, und sie hätte auch nicht einmal ihre Tür für einige Augenblicke offen stehen lassen dürfen. Alle diese Klagen brachte sie unter Tränen vor.“³⁹¹

Die Ärzte der Nervenlinik führten diese Vorwürfe auf die Beeinflussung durch eine Mitpatientin zurück, welche unzufrieden mit dem Ergebnis ihrer Begutachtung gewesen sei.³⁹² Weiterhin betonte die Klinikärzte in ihrem Antwortschreiben, dass die Patientin „derart untergebracht war, daß sie Geistesranke weder sehen noch hören konnte.“³⁹³

Auch in dem später angefertigten Gutachten über jene Patientin, welche die Beschwerden hervorgebracht hatte, betonten die Klinikärzte noch einmal die fehlende Basis der Beschwerde:

„Wenn wir oben anführten, dass die Kranke möglicherweise einige für die Beurteilung wichtige Tatsachen unterdrückt hat, so möchten wir andererseits nochmals betonen, dass sie uns nicht den Eindruck einer gewöhnlichen SimulantIn gemacht hat, sondern dass wir sie trotzdem für eine Kranke halten. Das beweist vielleicht der Umstand, dass sie sich in übertriebener Aengstlichkeit von der gleichfalls hier beobachteten Telegr.- Gehilfin [...] so gerieren liess, er müsse ihr schädlich sein, wenn in einem mehr als 100 Meter entfernt gelegenen Gebäude eine Anzahl ruhiger Geistesrancker untergebracht ist.“³⁹⁴

³⁹¹ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 31077-31135, Klara C., Kaiserliches Fernsprechamt an die Nervenlinik 11.7.1911

³⁹² Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 31077-31135, Klara C., Nervenlinik an das Kaiserliche Fernsprechamt 12.7.1911.

³⁹³ Ebd.

³⁹⁴ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 31077-31135, Klara C., Gutachten.

In dem hier vorgestellten Fall distanzierte sich die Nervenklinik in einem offiziellen Schreiben ausdrücklich von der Unterbringung von geisteskranken Patienten innerhalb ihrer Räumlichkeiten. Die Aussage, dass Geisteskranke in der Nähe untergebracht seien, wurde als Verleumdung, bzw. Krankheitssymptom aufgefasst.

6.5 Soziale Herkunft der Patienten

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, ob und wie sich die Patienten der beiden Institutionen hinsichtlich ihrer sozialen Herkunft unterscheiden. Da die Unterbringung der Patienten sowohl in der Klinik als auch in der Anstalt in unterschiedlich teuren Verpflegungsklassen erfolgte, bietet sich zur Bewertung der sozialen Struktur zunächst eine Auswertung der Auslastung dieser Klassen an. Anschließend erfolgt eine Auswertung der Verteilung der Patienten auf die jeweiligen Kostenträger.

6.5.1 Die Verteilung der Patienten auf die Versorgungsklassen

Wie schon angesprochen, erfolgte die Versorgung der Patienten sowohl in der Anstalt als auch in der Klinik in unterschiedlichen Verpflegungsklassen, welche sich hauptsächlich in der Unterbringung und der Verpflegung unterscheiden. Im Folgenden soll nun ein Vergleich der Auslastung der jeweiligen Klassen in Anstalt und Klinik anhand der Angaben in Krankenakten und Verwaltungsberichten stattfinden, um so Rückschlüsse auf die soziale Herkunft der Patienten zu ziehen. Da sich allerdings die Anzahl der Klassen im Laufe der Jahre an beiden Häusern änderte, erfolgt zuvor eine Darstellung der Entwicklung der Verpflegungsklassen, umso eventuell aufkommende Widersprüche zu erläutern.

In den fünf Provinzialanstalten, welche im Zuge der Reform des rheinischen Irrenwesens entstanden, wurden die Patienten ursprünglich in drei unterschiedlichen Klassen untergebracht. Dabei war schon bei der Planung der Entschluss gefällt worden, für die höheren Klassen nur kleine Stationen vorzusehen:

„In Ansehung der zahlreichen und guten Privatanstalten in der Provinz scheint es angemessen, in Ausdehnung der Fürsorge für die zahlenden Kranken wohlhabender Klassen

nicht zuweit zu greifen, und wurde dieselbe daher für die erste Klasse auf 2%, für die zweite auf 6% des Gesamt-Krankenbestandes beschränkt.“³⁹⁵

Dementsprechend sah die Bonner Anstalt bei ihrer Eröffnung für die erste Klasse sowohl auf der Männer- als auch auf der Frauenseite jeweils drei Plätze vor, für die zweite Klasse gab es jeweils neun Plätze. Damit standen nur 24 der insgesamt 300 Verpflegungsplätze für Patienten der ersten und zweiten Klasse zur Verfügung.³⁹⁶

Trotz dieser niedrigen Anzahl an Plätzen plädierte der Anstaltsdirektor PELMAN in einem Brief von 1896 an den Landes-Direktor der Rheinprovinz für die Abschaffung der höheren Klassen: „Die Anstalt Bonn verpflegt zur Zeit neben den sogenannten Normalkranken noch Kranke der höheren Klassen in 3 Verpflegungsformen, und daß diese Kranken verhältnismäßig die meiste Zeit und Arbeit in Anspruch nehmen, ist gewiß. [...]“³⁹⁷ PELMAN schlägt in diesem Schreiben vor, die Anstalt nicht mehr zu verpflichten, Patienten der höheren Klassen aufzunehmen. Stattdessen solle in den Räumlichkeiten, die bisher für die Patienten der höheren Klassen genutzt wurden und in denen zu dieser Zeit insgesamt 60 Patienten untergebracht waren, eine klinische Abteilung entstehen. Diese solle die Funktion einer Aufnahmestation übernehmen.³⁹⁸

Der Provinzial-Landtag folgte diesen Vorschlägen und beschloss auf seiner Sitzung im März 1897, die „ohnehin wenig benutzten 1. und 2. Verpflegungsklassen in den Provinzial-Anstalten zu Bonn, Düren und Merzig“³⁹⁹ zu schließen und in Bonn stattdessen eine klinische Station einzurichten.⁴⁰⁰

Da die Einteilung der Patienten in den rheinischen Provinzialanstalten inzwischen in vier Klassen erfolgte⁴⁰¹, verblieben in der Bonner Anstalt offiziell zwei Verpflegungsklassen, nämlich eine III. und IV. Versorgungsklasse.

³⁹⁵ Nasse, 1880, S. 22.

³⁹⁶ Vgl. Dreling, 1880, S.125.

³⁹⁷ Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Pelman an den Landes-Direktor der Rheinprovinz, 17.4.1896.

³⁹⁸ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Pelman an den Landes-Direktor der Rheinprovinz, 17.4.1896.

³⁹⁹ Oebeke, 1898, S. 797f.

⁴⁰⁰ Vgl. ebd

⁴⁰¹ Vgl. Archiv RK Bonn, K 2, Bericht und Antrag des Provinzialausschusses betreffend den Erlaß eines Reglements über die Aufnahme und Entlassung der der Fürsorge des Rheinischen Provinzial- (und Landarmen-) Verbandes anheimfallenden Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, in und aus öffentlichen und privaten Anstalten, sowie über die Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. 09.08.1898. Beilage 3b: Bestimmungen für die Provinzial-Irrenanstalten betreffend die Aufnahme, Entlassung und den Anstaltsaufenthalt derjenigen Geisteskranken, auf welche die Vorschriften des Gesetzes vom 11. Juli 1891 [...] keine Anwendung finden. 10.12.1892. S. 37. Schon in diesen Aufnahmebedingungen von 1892 werden vier Klassen erwähnt, so dass spätestens ab dieser Zeit eine Einteilung der Kranken in vier Klassen erfolgte.

Trotz der Abschaffung der ersten beiden Klassen fanden sich bei der Auswertung der Patientenakten einige Patienten, die noch wesentlich später als 1896 in der II. Klasse aufgenommen wurden. Hier ist zum Beispiel ein Student der Bonner Universität, der 1909 wegen einer Manie in die Anstalt kam, zu nennen. Er wurde auf Anweisung der akademischen Krankenkasse in der II. Klasse aufgenommen.⁴⁰² Ein anderes Beispiel stellt ein 27-jähriger Patient dar, der 1910 aus den Erlenmeyer'schen Anstalten überwiesen wurde und die ersten Monate seines insgesamt 13,5 Jahre andauernden Aufenthaltes in der II. Klasse verbrachte.⁴⁰³

Auch die Tischklassen wurden weiterhin in vier Klassen aufgeteilt, wobei weiterhin vereinzelt Patienten in den höheren Tischklassen versorgt wurden (vgl. Tabelle 19, Anhang). Wie allerdings die Unterbringung der Patienten der höheren Klassen nach der Abschaffung der speziellen Abteilung aussah, ist nicht zu eruieren.

Die III. und IV. Klasse unterschieden sich hauptsächlich darin, dass die Patienten der vierten Klasse in größeren Gruppen untergebracht waren. Zudem erhielten sie eine andere Beköstigung und die Anstalt stellte ihre Kleidung.⁴⁰⁴ Eine genauere Beschreibung der Verpflegung kann einem Brief eines Anstaltspatienten entnommen werden, wobei hierbei allerdings darauf hingewiesen werden muss, dass es sich bei diesem Brief um eine allgemeine Beschwerde über die Anstalt handelt und somit eine subjektive Bewertung stattgefunden hatte:

„Um nun weiter vorzugehen muß ich auf das Essen zurückkommen? Denket Euch wie weiter es geht mit mir nicht alleine sondern mit meinen Mitkranken. Morgen ein Butterbrot zum Frühstück 1 und Nachmittags eins und Morgens und Nachmittags Kaffee sowie auch zum Frühstück [...], denket Euch ich wäre davon satt. Nun aber auf das Mittag und Abendessen zurückkommen, O könnte sich die wohllobliche Gemeinde Vertreter einmal davon überzeugen. Es ist kein Essen und verdient fast den Namen Futter genannt zu werden, ich habe mich schon oft darüber beschwert aber es nützt nicht, und es wird aufgegessen aber nicht das es wohlschmecken soll, sondern von Hunger, den ich früher nie gekannt habe, und jetzt trotz meines Leidens nicht kennen würde wenn ich in Freiheit wäre.“⁴⁰⁵

⁴⁰² Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45700-45743, Friedrich W.

⁴⁰³ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 4840-4902, August F.

⁴⁰⁴ Vgl. Archiv RK Bonn, K 2, Bericht und Antrag des Provinzialausschusses betreffend den Erlaß eines Reglements über die Aufnahme und Entlassung der der Fürsorge des Rheinischen Provinzial- (und Landarmen-) Verbandes anheimfallenden Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, in und aus öffentlichen und privaten Anstalten, sowie über die Einrichtung, Leitung und Beaufsichtigung der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. 09.08.1898. S. 22.

⁴⁰⁵ Archiv LVR, Krankenakten Anstalt, 45650-45694, Peter W., Patient an die Gemeinde-Vertretung der Bürgermeisterei Oberpleis, 28.11.1906, Handschrift.

Die tatsächliche Auslastung der einzelnen Verpflegungsklassen lässt sich anhand zweier Quellen ermitteln.

Zunächst stehen hier die Verwaltungsberichte der PHP zur Verfügung, in denen anhand so genannter Verpflegungstage die Verteilung der Patienten auf die Verpflegungsklassen angegeben wurde.⁴⁰⁶ Hierbei wurde pro Tag und pro Patient mit einem Verpflegungstag gerechnet (vgl. Tabelle 19, Anhang). Wie hieraus ersichtlich, entfielen in den untersuchten Jahren durchschnittlich ca. 90% der Verpflegungstage auf die vierte Klasse und knapp zehn Prozent auf die dritte Klasse. Die Anzahl Patienten in der ersten und zweiten Klasse war hingegen verschwindend gering.

Als zweite Quelle dienen die Krankenakten. In diesen spiegelt sich ebenfalls die Dominanz der IV. Klasse wieder (vgl. Tabelle 20, Anhang). So wurden 81% (123 Patienten) der untersuchten Patienten in dieser Klasse versorgt. Dagegen konnte unter allen untersuchten Krankenakten der Anstalt kein einziger Patient gefunden werden, der in der I. Klasse untergebracht war. Die übrigen Patienten verteilten sich wie folgt auf die Versorgungsklassen: 17 Patienten (11%) waren in der dritten Klasse untergebracht, vier Patienten (2,5%) in der zweiten Klasse.

Für die Klinik dagegen wurde schon bei der Planung mit einer höheren Anzahl an Patienten der besseren Klassen gerechnet: Bei ursprünglich 20 geplanten Betten und drei verschiedenen Pflegeklassen waren zwei Betten für Patienten der ersten Klasse und vier Betten für Patienten in der zweiten Klasse vorgesehen.⁴⁰⁷ Damit war fast ein Drittel der Betten für Patienten der oberen zwei Klassen reserviert.

Wenig später erfolgte in der Nervenlinik die Einführung vier verschiedener Klassen. Die Patienten der I. Klasse hatten ein Einzelzimmer zur Verfügung, diejenigen der II. Klasse erhielten dagegen ein Doppelzimmer. Die III. und die IV. Klasse bewohnten Mehrfachzimmern, in denen Patienten beider Klassen untergebracht waren. Diese beiden Klassen unterschieden sich nur durch unterschiedliche Beköstigung (vgl. Tabelle 24, Anhang).⁴⁰⁸

⁴⁰⁶ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn 1908-1914.

⁴⁰⁷ Vgl. Archiv RK Bonn, Ne7, Haushaltsentwurf der Nervenlinik für die Etatsjahre 1908/09.

⁴⁰⁸ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 246; Archiv RK Bonn, Ne 10, Aufnahmebedingungen der königlichen Klinik für psychisch und Nervenranke zu Bonn, § 9.

1911 waren zwei der insgesamt 40 Betten für die I. Klasse und jeweils vier für II. und III. Klasse reserviert.⁴⁰⁹ Auch wenn damit der Großteil der Klinik-Betten für die IV. Klasse bestimmt war, zeigt sich eine ganz andere Bedeutung der oberen Klassen als bei der Anstalt.

Dass nicht nur die Anzahl der Planbetten, sondern auch die tatsächliche Auslastung dieser oberen Klassen höher als in der Anstalt war, verdeutlicht die Auswertung der Krankenakten der Klinik (vgl. Tabelle 20, Anhang). Zwar bildeten hier, wie in der PHP, die Patienten der vierten Klasse den größten Anteil, allerdings waren mit 61% deutlich weniger der Patienten als in der Anstalt in der vierten Klasse untergebracht. Zudem wurde immerhin ein Patient in der ersten Klasse versorgt. Ebenso beherbergte die II. Klasse in der Nervenklinik wesentlich mehr Patienten: Hier kamen 9,7% der Klinikpatienten unter, im Vergleich dazu lag bei der Auswertung der Krankenakten der Prozentsatz der in der II. Klasse untergebrachten Anstaltspatienten bei 2,5%.

Als Ergebnis ist damit festzuhalten, dass schon die Planungen der beiden Institutionen unterschiedliche Schwerpunkte bei den Versorgungsklassen bestimmten. Die Klinik legte dabei ein deutlich höheres Gewicht auf die Bettenanzahl der oberen Klassen. In der Anstalt dagegen wurden die höheren Klassen während des ausgehenden 19. Jahrhunderts sogar offiziell abgeschafft. Auch die tatsächliche Auslastung der Klassen, dargestellt anhand von Verwaltungsberichten der PHP und den Krankenakten, zeigt, dass in der Anstalt deutlich mehr Patienten in den unteren Klassen untergebracht waren.

6.5.2 Die jeweiligen Kostenträger

Die Verwaltungsberichte der PHP veranschaulichen, dass die Orts- oder Landarmenverbände bei einem Großteil der Anstaltspatienten die Unterbringung finanzierten.⁴¹⁰

Zu einem ähnlichen Ergebnis führte die Auswertung der Krankenakten der Anstalt (vgl. Tabelle 21, Anhang): Bei den untersuchten Krankenakten bezahlte die Armenverwaltung für über 60% der Patienten teilweise oder vollständig die Versorgung in der Anstalt. In dieser Zahl sind auch jene Patienten mit eingerechnet, deren Behandlung erst von einer anderen Stelle, zum Bei-

⁴⁰⁹ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 246; Archiv RK Bonn, Ne 10, Aufnahmebedingungen der königlichen Klinik für psychisch und Nervenranke zu Bonn, § 9.

⁴¹⁰ So fielen zum Beispiel im Etatsjahr 1909 73% der Verpflegungstage auf Orts- oder Landarme Personen. 1910 betrug deren Anteil sogar 75% an den insgesamt 318.025 Verpflegungstagen des Jahres. Auch im Jahre 1912 wurden 72,5% aller Verpflegungstage von den Armenverbänden getragen. (Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsbericht der PHP Bonn, 1909, 1910, 1912).

spiel von einer Krankenkasse übernommen wurde. Da die Kasse oft nur für einen begrenzten Zeitraum zahlte, wurde bei etlichen Mitgliedern einer Kasse die Übernahme der Finanzierung durch einen Armenverband notwendig. Die Kassen stellten, da sie bei 21 der untersuchten Patienten die Kosten übernahmen, den drittgrößten Geldgeber der Anstalt dar. Darunter sind Orts- und Betriebskrankenkassen und die akademische Krankenkasse Bonn zusammengefasst. Häufiger noch als Kassenpatienten waren jedoch Patienten, deren Unterhalt von ihnen selbst, bzw. von ihren Angehörigen bezahlt wurde. Diese Situation lag bei insgesamt 34 der 146 untersuchten Patienten vor. Ebenfalls erwähnenswert als Geldgeber ist die Staatsanwaltschaft, die bei 5% der Patienten Kostenträger war. In diesen Fällen handelte es sich zumeist um Patienten, die zur Klärung ihrer Schuldfähigkeit bei einem Strafverfahren in die PHP aufgenommen wurden (vgl. Kapitel 7.3). Bei einer Patientin übernahm eine Strafanstalt, welche die Patientin zur Behandlung in die PHP überwiesen hatte, die Kosten. Zudem gab es noch zwei Fälle, in denen Versicherungen die Kosten übernahmen, da diese Begutachtungen aufgegeben hatten.

Anders sah die Situation in der Klinik aus (vgl. Tabelle 22, Anhang). Hier finanzierte ein Armenverband nur bei 10% aller untersuchten Patienten die Behandlung. Am häufigsten waren dagegen die Selbstzahler, bzw. die Patienten, deren Angehörige für die Behandlung aufkamen, vertreten. Eine Betrachtung der Verpflegungsklassen, in denen diese Patienten untergebracht waren, zeigt, dass es sich bei den Selbstzahlern vor allem um finanziell besser gestellte Patienten gehandelt haben muss: Von den insgesamt 26 Patienten dieser Gruppe waren sechs in der ersten oder zweiten und zwölf in der dritten Klasse untergebracht.

Am zweithäufigsten wurden die Kosten von den Berufsgenossenschaften übernommen, die bei insgesamt 21 Begutachtungsfällen zahlten (vgl. Kap. 6.3). Auch bei den beiden Patienten, bei denen das Schiedsgericht für Arbeiterversicherung den Klinikaufenthalt finanzierte, wurden Begutachtungen durchgeführt. Die Krankenkassen übernahmen bei 15 Patienten die Kosten. Als Kostenträger sind weiterhin noch zwei Arbeitgeber, die jeweils in einem Fall bei einem ihrer Arbeitnehmer den Klinikaufenthalt finanzierten.

Abschließend ist festzuhalten, dass sich in den Kostenträgern, wie auch in den Verpflegungsklassen, das unterschiedliche soziale Profil der Patienten widerspiegelt. Vor allem die Tatsache, dass in der Klinik nur ein kleiner Anteil von den Armenverbänden finanziert wurden, in der Anstalt

dagegen fast 2/3, zeigt, dass die Patienten der Klinik zu den besser gestellten sozialen Schichten gehörten.

Dieses Ergebnis lässt sich dadurch erklären, dass die PHP Teil des öffentlichen Fürsorgesystems für Geisteskranke war und unter der Trägerschaft des Provinzialverbandes stand, der gleichzeitig auch dem Landarmenverband entsprach.⁴¹¹

Als weiterer Faktor für die unterschiedliche Finanzierung ist hier noch die lange Aufenthaltsdauer in der Anstalt zu nennen. Die hieraus resultierende schwierige Finanzierung durch Krankenkassen und Angehörige begünstigte die Dominanz der Armenverbände als Kostenträger.

6.5.3 Exkurs: Fallvorstellung

An dieser Stelle erfolgt die beispielhafte Darstellung der Krankengeschichte eines Patienten, der von der Klinik in die Anstalt verlegt wurde. Ausgewählt wurde hierzu die Krankengeschichte von Carl F., einem 42jährigen Küfer, den die Nervenklinik Bonn 1913 an die PHP überwies.⁴¹² Anhand seiner Krankengeschichte lassen sich einige der in dieser Arbeit herausgearbeiteten Unterschiede von Anstalt und Klinik verdeutlichen.

Im Dezember 1912 hatte Carl F. einen Betriebsunfall erlitten. Ursprünglich war er deswegen in einem nicht-psychiatrischen Krankenhaus behandelt worden, wobei die Verletzungen, die er sich bei dem Unfall zugezogen hatte, gut verheilten.⁴¹³ Allerdings entwickelte er nun ein Delir, so dass er im Februar 1913 in die Bonner Nervenklinik überwiesen wurde.⁴¹⁴ Dort stellten die Klinikärzte die Diagnose eines Deliriums tremens.⁴¹⁵ Von der Nervenklinik aus erfolgte am 06.03.1913 die Verlegung in die Bonner Anstalt, da der Patient, wie es in einem Gutachten heißt, „zu unruhig geworden war.“⁴¹⁶ Insgesamt verbrachte Carl F. sieben Monate in der Anstalt, wo er zunächst im Wachsaal untergebracht wurde. In seiner Krankengeschichte wurde dabei folgendes notiert:

„25.4.: Muss fast dauernd eingepackt sein, läuft oder steht sonst im Saal umher.“

⁴¹¹ Vgl. Blasius, 1994, S. 67.

⁴¹² Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45265-45312, Carl F, Krankenblatt.

⁴¹³ Vgl. a. a. O., Gutachten.

⁴¹⁴ Vgl. ebd.

⁴¹⁵ Vgl. a. o. O., Notiz der Nervenklinik.

⁴¹⁶ A. a. O., Gutachten.

17.6.: Halluziniert in letzter Zeit andauernd, sieht Vögel auf sich zufliegen. dauernd unruhig, nicht im Bett zu halten, desgleichen schwer im Bad zu fixieren.

30.6.: Noch unverändert, unter dem Eindruck zahlreicher Sinnestäuschungen.⁴¹⁷

Im Oktober 1913 verließ er als „gebessert“ die Anstalt.⁴¹⁸ Dabei übernahm die für ihn zuständige Ortskrankenkasse die Kosten für die ersten drei Monate seines Aufenthaltes. Anschließend sprang der Armenverband für ihn ein.⁴¹⁹

Anhand dieses Krankheitsverlaufs lassen sich folgende Charakteristika von Anstalt und Nervenlinik verdeutlichen: Zunächst fällt die unterschiedlich lange Aufenthaltsdauer in Klinik und Anstalt auf. Zudem wurde der Patient wegen seines unruhigen Verhaltens von der Klinik in die PHP verlegt. Außerdem drückt dieser Krankheitsverlauf den sozialen Abstieg, der oft mit der Aufnahme in eine Anstalt verbunden war, aus. Der Patient, dessen Aufenthalt ursprünglich von einer Krankenkasse finanziert worden war, wurde im Laufe seines Anstaltsaufenthaltes abhängig von der Unterstützung durch den Armenverband.

⁴¹⁷ A. a. O., Krankenblatt.

⁴¹⁸ Vgl. a. a. O., Deckblatt der Krankenakte.

⁴¹⁹ Vgl. ebd.

7 Die Behandlungsmethoden

7.1 Vergleich der Therapien an Nervenlinik und Anstalt

Sowohl in den Krankenakten der Klinik als auch in den Akten der Anstalt finden sich erstaunlich wenige Informationen über die Therapien. Insbesondere ist es auffällig, dass kaum ärztliche Anordnungen vermerkt sind. Allerdings lässt sich hieraus nicht der Rückschluss schließen, dass keinerlei Therapien stattfanden. Schließlich lassen sich den Verlaufsbeschreibungen einiger Patienten Hinweise auf eine zuvor durchgeführte Therapie entnehmen, ohne dass die jeweilige Behandlung zuvor angeordnet worden wäre.⁴²⁰ Demnach erfolgten die Therapien anscheinend oft ohne eine explizite schriftliche Anordnung in der Krankenakte.

Vereinzelt finden sich in den Akten der Anstaltspatienten Anmerkungen zu den Behandlungsformen. So liegt bei verschiedenen Krankengeschichten der Randvermerk „Wachsaal“ vor, insbesondere direkt nach der Aufnahme der Patienten.⁴²¹ Die Aufnahme in den Wachsaal zu Beginn eines Aufenthaltes war ein gängiges Verfahren, wie es Westphal und Hübner betonten: „Erregte, Verwirrte, Selbstmordverdächtige, ängstliche Kranke, wie überhaupt jeder frische Fall bedürfen der Bewachung.“⁴²²

In einer der Anstaltskrankenakten konnte ein Beschwerdebrief eines Patienten gefunden werden, der aus einem kleineren Saal in den Wachsaal verlegt worden war. Aus seinen Beschreibungen heraus lässt sich die Atmosphäre in diesem Wachsaal erahnen:

„[...] Sofort wurde ich von diesem Saale versetzt (welche der offene Saal genannt wird) und kam zuerst auf einen kleinen Saal dann einige Tage darauf einen andern wo 88 Kranken liegen, o es ist sinht zum gesundt werden da, O denket Euch zwischen 88 Menschen die alle schwer krank sein werde ich hingeworfen, ich der ich mein ganzes Leben hier und auch zu Haus immer in der Freiheit tüchtig gearbeitet habe, daß heißt in der Luft auf dem

⁴²⁰ Als Beispiel sei hier der Falle einer Anstaltspatientin angeführt, in deren Krankheitsverlauf der behandelnde Arzt folgendes notierte: „Sie ist ruhig, bleibt im Bett, fügt sich in die Ordnung“ (Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45650-45694, Anna M, Krankenblatt). Eine vorherige Anordnung zu einer Bettbehandlung findet sich in der Akte nicht.

⁴²¹ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 4840-4902, Maria Sch.; 45455-45528, Wilhelm B.; 45605-45646, Arthur H. & Johannes B.; 45744-45840, Julius Sch. & Johann O. & Paula J.; 4528-4611, Maria W.; 45455-45528, August St.; 45700-45743 Josef K.; 45650-45694 Anna Maria M. & Norbert O.; 45265-45312 Carl F. & Heinrich W.; 45181-45214 Fanny E.; jeweils Krankenblatt.

⁴²² Westphal/ Hübner, 1917b, S. 236.

Felde und in den Steinbrüchen. Nun noch mehr ich hatte bis dahin freien Ausgang er wurd mir sofort genommen, und noch mehr? [...]“⁴²³

Diese Schilderung aus Patientenperspektive ist insbesondere deshalb interessant, da hier ein erfahrener Anstaltspatient (er war zu dem Zeitpunkt schon vier Jahre in der Anstalt) die Verlegung in den Wachsaal als sehr negativ bewertet. In seinem Falle nimmt er die Verlegung sogar als Strafe war.

Eine Atmosphäre wie in diesem Wachsaal konnte in der Nervenlinik im Gegensatz zur Anstalt nicht entstehen. Schließlich waren die Räume von vorneherein kleiner gebaut (vgl. Abbildungen 15-17). Zudem hatte man beim Bau der Klinik auf ein entsprechendes Ambiente geachtet:

„Wenn das Haus auch in erster Linie für Psychisch-Nervöse bestimmt war, so ergab sich aus der bekannten Erfahrung, daß gerade solche Kranke vorübergehend auch schwerer psychisch gestört sein können, die Notwendigkeit, einige Sicherheitsmaßregeln zu schaffen, die eine gewisse Bürgschaft gegen Selbstmordversuche boten, ohne dem ganzen den Charakter einer geschlossenen Anstalt zu geben.“⁴²⁴

Der oben angeführte Brief enthält noch weitere Information über die Therapie an der Anstalt: Es fanden regelmäßig Spaziergänge statt und es existierte sogar etwas wie freier Ausgang.⁴²⁵ Anscheinend fungierte der Entzug dieser Spaziergänge als Sanktionsmittel.

Die Krankenakten der Anstalt enthalten außerdem Angaben über die dort durchgeführten Bett- und Bäderbehandlungen und die so genannten Einpackungen.⁴²⁶ Teilweise dauerten die Bäder nur

⁴²³ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45650-45694, Peter W., Patient an die Gemeinde-Vertretung der Bürgermeisterei Oberpleis, 28.11.1906, Handschrift. Der Brief ist vollständig im Anhang wiedergegeben.

⁴²⁴ Westphal et al., 1911, S. 244f.

⁴²⁵ Es existieren noch weitere Hinweise für die „freien Ausgänge“: Ein Patient kehrte zweimal nicht von seinem freien Ausgang zurück (Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45605-45646, Karl P., Krankenblatt). Ein anderer Patient wollte nach Hause, da er seine Familie häufiger in der Stadt getroffen hatte (Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45650-45694, Heinrich J., Krankenblatt, 12.02.1910 & 03.03.1910).

⁴²⁶ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 4840-4902, Richard Z. & Maria Schell; 45605-45646, Johann V. & Josef B.; 49614-49751, Sibilla H.; 45700-45743, Barbara B. & Friedrich W. & Caroline P. & Peter P. & Katharina W.; 45650-45694, Victor V. & Friedrich W. & Julius N. & Norbert O. & Peter W. & Dora B. & Anna M.; 45265-45312, Carl F. & Ferdinand A. & Anton B.; 45358-45405, Friedrich B.; 45315-45357, Anna Maria K. & Emma M. & Heinrich H.; jeweils Krankenblatt.

eine Stunde an.⁴²⁷ Häufiger handelte es sich aber um so genannte „Dauerbäder“ oder „prol. w. Bäder“, vermutlich prolongierte warme Bäder.⁴²⁸

Wie schon zuvor angedeutet, lassen sich aus den Krankenakten leider keine genauen Informationen über die Durchführung dieser Therapiemaßnahmen gewinnen. WESTPHAL und HÜBNER veröffentlichten allerdings einen Artikel über die Therapien an ihren Krankenhäusern, in dem sie detaillierte Angaben über die Durchführung der Behandlungsmethoden geben. Hieraus wird ersichtlich, dass die Bettbehandlung ein häufig angewendetes Verfahren darstellte, da WESTPHAL und HÜBNER folgende Überzeugung vertraten: „Fast jeder frisch Erkrankte gehört ins Bett.“⁴²⁹ Hinsichtlich der Dauerbäder geben sie folgende Anleitung:

„Dauerbäder können in jeder Badewanne improvisiert werden. Temperatur 30-35°C, Dauer 1-8 Stunden. Mahlzeiten können im Bad gegeben werden. Sorgfältige Kontrolle der Herztätigkeit! Bei schlechtem Puls muß der Patient sofort ins Bett. Auf den Kopf legt man nasse Tücher oder eine Eisblase.

Kranke, die sich im Dauerbad befinden, müssen ständige Wache haben. Beim Nachfüllen warmen Wassers verläßt der Patient am besten die Wanne. Der Wärter muss angewiesen sein, bei Kollapsgefahr sofort das Wasser ablaufen zu lassen.

Spritzt der Kranke in der Wanne stark, so spanne man ein Bettlaken über dieselbe. Letzteres wird am Kopfende so gebunden, daß der Patient mit den Schultern darüber herausragt. Hilflose und Gelähmte können auf einem am Fußende der Wanne geknoteten Laken im Dauerbade gehalten werden.⁴³⁰

Unter den Einpackungen muss man sich folgendes Prozedere vorstellen:

„Der Patient wird in ein Tuch eingepackt, das vorher in Wasser von 25-30°C getaucht und dann gut ausgerungen wurde. Um das feuchte Tuch wird eine wollene Decke gelegt und mit Sicherheitsnadeln befestigt. Der Hals des Patienten muss frei, die Atmung darf nicht erschwert sein. Der Puls ist ständig zu kontrollieren. Auf den Kopf legt man zweckmäßigerweise kühle feuchte Tücher oder eine Eisblase. Dauer der Einpackung 1-3 Stunden.“⁴³¹

Diese Behandlungsformen dienten vor allem als Beruhigungsmaßnahmen. Dieses Ziel verdeutlicht der folgende Krankenblatteintrag einer Patientin:

⁴²⁷ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45605-45646, Josef B.; 45650-45694, Julis N.; jeweils Krankenblatt.

⁴²⁸ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 4840-4902, Maria Sch.; 45605-45646, Johann V.; 49614-49751, Sibilla H.; 45700-45743 Barbara B.; 45650-45694, Norbert O. & Dora B.; jeweils Krankenblatt.

⁴²⁹ Westphal/ Hübner, 1917b, S. 236.

⁴³⁰ Ebd.

⁴³¹ Ebd.

„B. ist anhaltend in einer schweren Erregung. Laut aufschreiend wiegt sie sich im Bett umher schlägt mit den Beinen in der Luft umher, wirft sich aus dem Bett und ruft ‚ich habe meinen Bruder umgebracht‘ ‚das ist doch gar nicht mehr‘ ‚ferdinand‘ ‚ich bin verflucht‘ ‚ich hab doch nichts gemacht‘ mit ängstlichem Affekt. Auf Fragen hört sie kaum. [...] Nahrung ist ihr wegen der motorischen Erregung kaum beizubringen. Die Lippen sind trocken, mit Schorf bedeckt. Ist nur in hydropathischer Einpackung oder unter Scopolamin im Bett zu halten.“⁴³²

Diese Beruhigungsmaßnahmen erfolgten, wenn nötig, über einen Zeitraum von mehren Monaten, wie sich an folgendem Krankenakteneintrag erkennen lässt:

„3.9.: Pat. war die Nacht schlaflos und zuweilen laut. Sie hat eine Pflegerin gehauen und gebissen.

13.9.: Seit gestern Abend ganz wild, wirft alle Nachttische um.

20.9.: prol. w. Bäder

Motorische Erregung hält noch an. Lacht laut. steht gesticulierend im Bett auf u. stösst unarticulierte Laute wie ‚bi, bi‘ usw. aus, bringt das Bett durcheinander u. läuft im Hemd im Saal umher u. dabei nicht zu fixieren. Auf mehrstündige prol. w. Bäder meist einige Stunden ruhiger Schlaf.

28.9.: Jetzt ausgesprochene manische Erregung. Lacht, witzelt auf Anreden. [...] kugelt sich vergnügt im Bett umher. Über Orientierung nichts von ihr zu erfahren. Auf prol. w. Bäder immer ruhig u. guter Schlaf.

12.10.: Zustand unverändert. [...] Täglich noch mehrere Stunden im Bad, darauf meist Schlaf u. ruhig im Bett längere Zeit.

8.11.: Immer noch gleich wechselnd. Nur auf Bäder einige Stunden ruhig u. schlafend. Sonst immer erregt, ununterbrochen zusammenhanglos vor sich hin sprechend. Bettbehandlung.

30.12.: Wird langsam etwas ruhiger. Schläft teilweise spontan. Sprachlich immer noch sehr zusammenhanglos.“⁴³³

Es ist nicht verwunderlich, dass diese stundenlangen Bäder, teilweise über Monate durchgeführt, zu Nebenwirkungen führen konnten, wie zum Beispiel einem „Badeekzem“.⁴³⁴

⁴³² Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45700-45743, Barbara B., Krankenblatt, 29.11.10.

⁴³³ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45700-45743, Caroline P., Krankenblatt.

⁴³⁴ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 457000-45743, Peter P, Krankenblatt.

Daneben finden sich in den Krankenakten der Anstalt Hinweise zu Medikamentengaben. Bei Erregung wurde häufiger Scopolamin gespritzt.⁴³⁵ Des Weiteren dienten Brom⁴³⁶, Chloral⁴³⁷ und Veronal⁴³⁸ als Beruhigungsmittel.⁴³⁹ Bei drei Patienten mit Melancholie wurde, ebenfalls zur Beruhigung, Opium verabreicht.⁴⁴⁰ Als weiteres Medikament sind Codeintropfen zu erwähnen, welche ebenfalls besänftigend wirken sollten.⁴⁴¹ Bei mehreren Patienten ist nur die Angabe „Beruhigungsmittel“ aus der Verlaufsbeschreibung in den Krankenakten zu entnehmen.⁴⁴² Außer diesen Medikamenten werden in den Krankenakten der Anstalt noch die Mittel Amylenhydrat und Digenal erwähnt, die bei einem Patienten mit einem epileptischen Dämmerzustand Verwendung fanden.⁴⁴³

Als weitere Therapiemaßnahme der Anstalt ist die Sondenfütterung oder „zwangsweise Fütterung“ anzuführen, die bei zwei Patienten mit Dementia praecox durchgeführt wurde.⁴⁴⁴

Zudem findet sich bei einem Patienten mit seniler Demenz der Hinweis, dass bei ihm eine Diät als Therapie diene. Worin diese Diät bestand, ist der Krankengeschichte allerdings nicht zu entnehmen.⁴⁴⁵

Außerdem ist es auffällig, dass viele Patienten der Anstalt mit Arbeit beschäftigt wurden. Sie waren zum Beispiel in der Küche, im Garten, im Nähzimmer oder in der Waschküche tätig.⁴⁴⁶

⁴³⁵ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 4528-4611, Maria W.; 45700-45743, Barbara B., Krankenblatt.

⁴³⁶ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45605-45646, Josef B., Krankenblatt.

⁴³⁷ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45455-45528, Benjamin S., Krankenblatt.

⁴³⁸ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45650-45694, Norbert O., Krankenblatt.

⁴³⁹ Westphal und Hübner schrieben hierzu: „Erregungszustände leichterer Art werden durch Brom (Mixt. nervin. 3-5 Eßlöffel täglich), ferner durch stundenweise feuchte Einpackungen oder Dauerbäder [...] bekämpft. Bei den schweren Formen genügt das Bad allein nicht, man muß außerdem andere Sedativa, eventuell in Kombination mit Schlafmitteln, anwenden (z. B. Luminal 0,5, Scopolamin. hydrobrom. 0,001 allein oder Morph. mur. 0,01 und Scopolamin. hydrobrom. 0,001 subkutan. Die Einzeldosis kann bei schwerster Erregung 3 mal im Laufe des Tages wiederholt werden. Auch mit Veronal [...] 0,5 3 mal täglich haben wir gute Erfahrungen gemacht, ferner mit 2-3,0 Chloralhydrat oder 1-2 Pravazspritzen einer Lösung von Duboisin [...]. Stets ist auf Regelung der Darmtätigkeit Bedacht zu nehmen, da bei einzelnen der genannten Mittel (z.B. Veronal) sonst eine kumulative Wirkung eintritt. Die ängstlichen Erregungszustände werden durch Pantopon und Opium bekämpft [...].“ (Westphal/ Hübner, 1917b, S. 236).

⁴⁴⁰ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45265-45312, Ottilie T. & Magdalena L.; 43345-43405, Emmi D.; jeweils Krankenblatt.

⁴⁴¹ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45358-45405, Friedrich B., Krankenblatt.

⁴⁴² Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45265-45312, Helena E.; 49614-49751 Sibilla H.; jeweils Krankenblatt.

⁴⁴³ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45265-45312, Johann K., Krankenblatt.

⁴⁴⁴ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45315-45357, Siegfried B., Krankenblatt; 45181-45214, Ida S., Krankenblatt.

⁴⁴⁵ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 49614-4975, Georg L., Krankenblatt.

Allerdings ist es hierbei unklar, ob es sich um Arbeit als Therapie handelte oder ob hiermit das Ziel verfolgt wurde, die Anstalt möglichst autark zu halten.⁴⁴⁷

In den bisher vorgestellten Behandlungen spiegelt sich ein Problem der Psychiatrie der damaligen Zeit wieder: Eine spezifische Therapie existierte in den meisten Fällen der Geisteskrankheiten nicht, wie WESTPHAL und HÜBNER es für die Manie betonten: „Da wie die Ursache des zirkulären Irreseins nicht kennen, ist eine kausale Therapie unmöglich.“⁴⁴⁸ Stattdessen konzentrierte sich die Behandlung in der Anstalt auf die Überwachung und Ruhigstellung des jeweiligen Patienten.

In den Patientenakten der Klinik finden sich ebenso wenige Angaben zur Therapie wie in den Akten der Anstalt.

In den Fällen, in denen die Klinikakten Angaben zur Therapie enthalten, ähnelte diese in erstaunlicher Weise der Therapie in der Anstalt. So wurden auch hier Brom⁴⁴⁹, Codein⁴⁵⁰, Veronal⁴⁵¹, Chloral⁴⁵², Opium⁴⁵³ und andere Beruhigungsmittel⁴⁵⁴, insbesondere Schlafmittel⁴⁵⁵, verabreicht. Zudem galten in der Klinik wie auch in der Anstalt Bäder und Betruhe als Therapiemaßnahmen.⁴⁵⁶ Im Unterschied zur Anstalt fanden an der Klinik elektrische Verfahren Anwendung, wie zum Beispiel die Anodengalvanisation⁴⁵⁷ oder tägliches Elektrisieren.⁴⁵⁸ Außerdem wurden bei

⁴⁴⁶ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45455-45528, Conrad S. & Wilhelm G.; 6166-6237, Rudolf F.; 45605-45646, Johann P., Arthur H., Karl P.; 45744-45840, Julius S., Paula J.; 53914-53969, Anna-Maria W.; 45700-45743, Georg V.; 45650-45694, Gertrud F., Margaretha E., Peter W., Anna M.; 45265-45312, Anna B., Katharina L.; 45358-45405, Adolf V.; 45315-45357, Heinrich A.; jeweils Krankenblatt.

⁴⁴⁷ Die eigentliche Arbeitstherapie im Sinne einer aktiven Krankheitsbehandlung wurde erst Jahre später durch den Psychiater Hermann Simon (1867-1947) entwickelt. Er veröffentlichte Ende der 1920er Jahre seine Ideen, wonach möglichst alle Anstaltspatienten zu Therapiezwecken einer Beschäftigung zugeführt werden sollten. Allerdings verwendeten schon zu Beginn des 19. Jahrhundert etliche Psychiater, wie zum Beispiel Pinel, Esquirol, Reil, Jacobi oder Roller, Arbeit als Therapiemaßnahme. Im Verlauf des 19. Jahrhunderts verlor mit der Entstehung der großen Anstalten die Beschäftigung der Anstaltspatienten zunehmend ihre therapeutische Bedeutung und wurde nun vor allem aus ökonomischen Gründen eingesetzt. (Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 435ff).

⁴⁴⁸ Westphal/ Hübner, 1917b, S. 241.

⁴⁴⁹ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 31077-31135, Johann E.; 43507-43587, Gertrud Sp.; 43507-43587, Otilie B.; jeweils Krankenblatt.

⁴⁵⁰ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 31077-31135, Johann E., Krankenblatt.

⁴⁵¹ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 43507-43587, Johanna H., Krankenblatt.

⁴⁵² Vgl. ebd.

⁴⁵³ Vgl. ebd.

⁴⁵⁴ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 30710-30966, Josef P.; 31077-31135, Isidor S. jeweils Krankenblatt.

⁴⁵⁵ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 31077-31135, Johann E., Krankenblatt.

⁴⁵⁶ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 31077-31135, Isidor S., ärztliche Mitteilung, 1912; 43507-43587, Otilie B. & Aloysia M.,

⁴⁵⁷ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 31077-31135, Isidor S., ärztliche Mitteilung, 1912 & Anton M., Krankenblatt; 43507-43587, Gertrud S., Krankenblatt; 43507-43587, Otilie B., Krankenblatt.

Patienten mit Neurolues Injektionen mit Calomelan durchgeführt.⁴⁵⁹ Als weitere Therapieoption wurden an der Klinik Maßnahmen wie Spaziergänge verordnet.⁴⁶⁰ Hierfür durften die Klinikpatienten den Anstaltspark benutzen.⁴⁶¹

Als Beispiel für ein typisches therapeutisches Vorgehen an der Klinik sei hier der Therapieplan aus der Krankenakte eines Patienten mit traumatischer Hysteroneurasthenie angeführt: „Die Behandlung bestand [...] in suggestiven Therapie, Hydrotherapie und Anwendung von Beruhigungs-, schmerzstillenden und Schlafmitteln. Zunächst 3 mal 10 Tropfen Baldriantinktur, jeden 2. Tag lauwarmes Bad, Anodengalvisation des Kopfes.“⁴⁶²

Da sich bei der Klinik ebenfalls nur in wenigen Akten Informationen zur Therapie finden ließen, wird im Folgenden wieder auf die Veröffentlichung von WESTPHAL und HÜBNER über die von ihnen durchgeführten Therapien zurückgegriffen. Hier vertraten WESTPHAL und HÜBNER folgende Meinung hinsichtlich der Therapie der Neurasthenie:

„In allen schweren Fällen von Neurasthenie mit starken Zeichen von Übererregbarkeit (völlige Schlaflosigkeit, Angstzustände, Tachykardie, motorische Unruhe) und körperlicher wie geistiger Erschöpfung (Arbeits-, Denkfähigkeit, Depression, Anorexie usw.) ist sofortige geistige und körperliche Entspannung durch Entfernung aus der Berufstätigkeit erstes Erfordernis.“⁴⁶³

Daneben dienten „als weitere Hilfsmittel zum Ausgleich des nervösen Erschöpfungs- und Übererregbarkeitszustandes Hydrotherapie und Massage, Elektrizität, Diät und Beruhigungsmittel.“⁴⁶⁴ Hinsichtlich der Durchführung der Hydrotherapie gaben WESTPHAL und HÜBNER genaue Anweisungen:

„Man beginnt mit abendlichen (4-6 Uhr) Vollbädern 26 °R, Dauer 15-30 Minuten mit nachfolgender kühler Abwaschung (18-20 °R) und 1 stündiger trockener Packung in Wolldecken (Kamelhaar). Bei Blutandrang zum Kopf, im Bad und nachher, kalte Kompressen in Stirn- und Nackengegend. Abwechselnd mit gewöhnlichem Vollbad gibt man Solbad

⁴⁵⁸ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 43507-43587, Mathias W.

⁴⁵⁹ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 30710-30966 Ernst Sch.; 43507-43587, Theodor B., jeweils Krankenblatt.

⁴⁶⁰ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 30710-30966, Franz H., Krankenblatt; 43507-43587, Aloysia M, Krankenblatt.

⁴⁶¹ Vgl. Archiv RK Bonn, Ne3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Uni Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, Abschnitt I, §3.

⁴⁶² Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn, 31077-31135, Isidor S., ärztliche Mitteilung, 1912.

⁴⁶³ Westphal et al., 1917c, S. 222.

⁴⁶⁴ Ebd.

3% (2-2 ½ kg Staßfurter Salz auf mittleres Vollbad) ebenfalls mit nachheriger trockener Packung. Daneben morgens abwechselnd I – I ½ stündige feuchte Packung des ganzen Körpers bis zum Hals (Einwicklung in ein feuchtes Laken, 22-24°, und wollene Decke, nachher kurze Abwaschung und leichtes Abtrocknen und allgemeine Körpermassage). [...]

Gegen erschwertes Einschlafen mit Blutandrang zum Kopf verordnen wir ganz kurze (2-3 Minuten) kalte Fußbäder, 10-12°, bis Mitte Wade, oder feuchte kalte Packungen der Beine bis zu den Knien (jedes Bein für sich), 15-30 Minuten mit nachherigem leichten Abreiben. Bei robusten, nichtanämischen Kranken ohne stärkere, vasomotorische Erscheinungen sind nach vorheriger Abhärtung durch abgekühlte Bäder morgendliche kalte Abreibung (3-6 Minuten), Laken um den ganzen Leib geschlagen, nachher trockene Abreibung und anschließende Zimmergymnastik erlaubt.⁴⁶⁵

Die Elektrizität, so Westphal und Hübner, diene „wesentlich als suggestives Beruhigungsmittel.“⁴⁶⁶ Sie verwandten dabei verschiedene Methoden, wie zum Beispiel ein „faradisches Bad (15 Minuten in einer Stärke, daß leichtes Hautprickeln auftritt).“⁴⁶⁷ Daneben führten sie eine „stabile Galvanisation (5-8 Milliampère 10 Minuten) der Wirbelsäule bei Spinalirritation“⁴⁶⁸ oder eine „Kopfgalvanisation (2 breite Elektroden 80-120 qcm Stirne und Nacken 5 Milliampère 10 Minuten) bei Kopfdruk“⁴⁶⁹ durch.

Zudem führten sie bei der Neurasthenie eine medikamentöse Therapie mit Beruhigungsmitteln, insbesondere mit Bromnatrium und Baldriantee, und Schlafmitteln wie Veronal durch. Hierbei betonten sie, dass diese Mittel nur zu Beginn der Therapie gegeben werden sollten.

Des Weiteren rieten WESTPHAL und HÜBNER zu einer „lakto-vegetabilischen“⁴⁷⁰ Diät. Zudem achteten sie auf einen regelmäßigen Tagesablauf, für den sie sogar einen Kurplan entwarfen.⁴⁷¹ Die von ihnen durchgeführte Therapie der Neurasthenie hatte somit einen ganzheitlichen Charakter.

⁴⁶⁵ A. a. O., S. 222f.

⁴⁶⁶ A. a. O., S. 223.

⁴⁶⁷ Ebd.

⁴⁶⁸ Ebd.

⁴⁶⁹ Ebd.

⁴⁷⁰ Vgl. a. a. O., S. 224.

⁴⁷¹ Dieser Kurplan bezog sich auf Patienten, welche den anfänglichen Erschöpfungszustand überwunden hatten und sah folgenden Tagesablauf vor:

„Morgens 7 ½ Uhr: Abwaschung des ganzen Körpers mit Wasser 22° C oder halb und halb mit Franzbranntwein.

8 Uhr: Haferkakao oder Milch mit Zwieback, reichlich Butter, Honig, etwas Obst.

8 ½ - 9 ½ Uhr: Spaziergang (eventuell Radfahren, Reiten).

9 ½ - 10 Uhr: Ruhe auf dem Sofa, danach Frühstück, 1-2 Eier, Grahambrot, kleine Tasse Milch.

10 ½ - 11 Uhr: Gartenarbeit (Graben) oder sonstige körperliche Bewegung, Gymnastik, Freiübungen.

11 ½ - 12 Uhr: Abwechselnd jeden 2. Tag Massage der Extremitäten des Unterleibs und Rückens oder feuchte Packung um Rumpf und Extremitäten 1 Stunde, eventuell allgemeine Faradisation.

12 ½ Uhr: Mittag, alles erlaubt außer starker Bouillon; wenig Fleisch, viel Obst und Gemüse.

1 ½ Uhr – 3 Uhr: Ruhe auf Sofa oder Bett, Liegekur im Freien oder am offenen Fenster.

Die Hysteriebehandlung ähnelt sehr der Neurastheniebehandlung. Allerdings sei es hier besonders wichtig, „die Ursachen, welche die im Vordergrund stehenden Symptome (Krämpfe, Lähmungen, Aphonie, usw.) ausgelöst haben, zu erforschen.“⁴⁷² Deshalb sei die genaue Anamneseerhebung besonders wichtig. Anschließend sei das erste Ziel, den Kranken von „seiner einseitigen auf seine Krankheit gerichteten Gefühls- und Denkrichtung durch Gewöhnung an regelmäßige geistige und körperliche Arbeit“⁴⁷³ abzulenken. Auch körperliche Bewegung sei dafür förderlich.⁴⁷⁴ Des Weiteren empfahlen WESTPHAL und HÜBNER, bei der Hysterie Hydrotherapie, Elektrizität und Beruhigungsmittel wie bei der Neurasthenie anzuwenden.⁴⁷⁵

Abschließend soll an dieser Stelle auf die technische und räumliche Ausstattung der beiden Häuser eingegangen werden. In der Klinik waren verschiedene Therapieräume im Parterre untergebracht. Hier existierte ein Turnzimmer mit orthopädischen Geräten, das insbesondere zur Durchführung einer Ataxiebehandlung genutzt wurde. Zudem waren Räumlichkeiten für die Durchführung der Hydrotherapie vorhanden, in denen es unter anderem Dampfduschen, Sandbäder und Einrichtungen zur Durchführung von Kohlensäure- und Sauerstoffbädern gab. Außerdem waren verschiedene elektrische Apparate verfügbar.⁴⁷⁶

Eine Möglichkeit für die Durchführung von Dauerbädern war dagegen in der Klinik nicht vorgesehen, da schon in der Anstalt Platz für 20 Dauerbäder vorhanden war.⁴⁷⁷ Die Anstalt war nicht mit elektrotherapeutischen und orthopädischen Geräten ausgestattet. Deswegen sollten die Anstaltspatienten, so die Planungen Westphals vor der Eröffnung der Klinik, die Einrichtungen

3-4 Uhr: Spaziergang, danach Haferkakao mit Zwieback, und Lektüre.

5 ½ oder 6 Uhr: Abwechselnd ein Tag gewöhnliches Vollbad, 28°C, Dauer 20 Minuten bis ½ Stunde. 2. Tag Solbad 15 Minuten 25°. 3. Tag elektrisches Bad, 10-12 Minuten, danach trockene Einpackung ½ Stunde.

7 ¼ Uhr: Abendbrot, Weizenschrot- Milchsuppe oder Einermehlspeise, Salat, Kompott, Käse, Zitronen und Limonade.

9 Uhr: Zu Bett, vorher Tasse Baldriantee.“ (Westphal et al., 1917c, S. 224f).

⁴⁷² Westphal et al., 1917, S. 225. Allerdings nahmen die beiden Bonner Psychiater gezielt Abstand von Freud'schen Theorien: „Von einer Erörterung sexueller Fragen ist dabei aber nach Möglichkeit abzusehen, wenn nicht besondere Gründe derartiges notwendig machen. Besonders warnen möchten wir vor den neuerdings an einzelnen Stellen geübten Methoden des Suchens nach sexuellen Traumata, von denen wir bisher wohl Nachteile, niemals aber Dauerheilungen gesehen haben.“ (Westphal et al., 1917c, S. 225).

⁴⁷³ Westphal et al., 1917c, S. 226.

⁴⁷⁴ Vgl. ebd.

⁴⁷⁵ Vgl. ebd.

⁴⁷⁶ Vgl. Cramer, 1910, S. 34f; Westphal et al., 1911, S. 247.

⁴⁷⁷ Vgl. Cramer, 1910, S. 35.

der Klinik mitbenutzen.⁴⁷⁸ Inwieweit diese Planungen in die Realität umgesetzt wurden, ist aus den Krankenakten nicht zu entnehmen. Angedacht wurde diese Möglichkeit allerdings auch in dem Vertrag zwischen Provinz und Universität: „Wegen Benutzung der orthopädischen und hydrotherapeutischen Einrichtungen der Station seitens der Insassen der Provinzialanstalt bleibt besondere Vereinbarung vorbehalten.“⁴⁷⁹

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die therapeutischen Methoden von Klinik und Anstalt erstaunlich viele Parallelen aufweisen. In beiden Häusern wurde vor allem mit Hydrotherapie und Beruhigungsmitteln gearbeitet, in der Klinik wurde zusätzlich noch Elektrotherapie durchgeführt. Somit lag der therapeutische Schwerpunkt in beiden Institutionen auf einer Beruhigung, wobei in der Anstalt das Ziel in einer Bändigung des aufgeregten Patienten und in der Klinik in einer Beruhigung einer aufgewühlten und ausgelaugten Psyche bestand.

7.2 Die Rolle der Anstalt als Verwahranstalt

Die medizinhistorische Literatur beschreibt des Häufigeren, dass die Anstalten als Verwahrungsort für chronische Patienten dienten. Um dies hinsichtlich der Bonner Anstalt zu untersuchen, erfolgte eine Auswertung der Krankenakten derjenigen Patienten, die mehrere Jahre in der Anstalt verbrachten.

In diesen Akten finden sich tatsächlich teilweise nur sehr rudimentäre Einträge wieder. Beispielsweise liegen bei einem Patienten, der insgesamt neun Jahre in der Anstalt verbrachte, über ein ganzes Jahr hinweg nur folgende Notizen in der Krankengeschichte vor: „Januar: Nichts Neues; April: Status idem; Juli: Unverändert, jede Nacht unrein; Dez.: Status idem“⁴⁸⁰

Ähnlich wenige Einträge finden sich bei einem Patienten mit Dementia praecox, der 1907 zum wiederholten Male aufgenommen wurde. Die ersten Einträge in seiner Krankenakte lauteten: „November 07: völlig stumpf, tut nichts; Januar 08: unverändert; April 08: zu keiner Arbeit zu

⁴⁷⁸ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Westphal an den Kurator der Universität Bonn, 26.1.1907, Handschrift.

⁴⁷⁹ Archiv RK Bonn, Ne3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Universität Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, IX. Abschnitt, §16.

⁴⁸⁰ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45700-45743, Ludwig K., Krankenblatt 1908.

bewegen“⁴⁸¹ Insgesamt finden sich bei ihm über das Jahr 1908 verteilt nur vier Einträge. Der Patient wurde schließlich April 1909 ins städtische Pflegehaus verlegt.⁴⁸²

Bei einer anderen Patientin, welche insgesamt 28 Jahre in der Anstalt verbrachte, findet sich in der Akte meist nur der Vermerk, ihr Zustand sei „unverändert“.⁴⁸³ Vereinzelt liegen Eintragungen wie „sehr dement“⁴⁸⁴, „arbeitet in der Waschküche, ordentlich“⁴⁸⁵ oder „bescheiden und wunschlos“ vor.⁴⁸⁶ Hinweise für eine ausführlichere Auseinandersetzung mit dieser Patientin durch die Ärzte oder gar neuere Behandlungsversuche liegen nicht vor. Eine Therapie wurde bei dieser Patientin allenfalls durch eine Tätigkeit in der Waschküche, die man als Arbeitstherapie bezeichnen könnte, durchgeführt.

Auch wenn bei anderen Patienten mit langjährigen Aufenthalten ausführlichere Einträge vorliegen, zeigen diese Beispiele, dass es Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen gab, für die ihr Leben in der Anstalt ein Leben in einer Verwahranstalt darstellte.

Ein Kommentar von Westphal und Hübner über die Versorgung von Epileptikern stellt die Aufgabe der Anstalten ähnlich dar: „Wenn möglich, ist eine Epileptikeranstalt vorzuschlagen. Alle Kranke, bei denen mehr auf Verwahrung als auf Fortbildung gesehen wird, können auch in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht werden.“⁴⁸⁷ Somit sahen Westphal und Hübner die Provinzialanstalten als Verwahranstalten. Auf der anderen Seite rieten sie bei der Überlegung zur Unterbringung von „Schwachsinnigen“, der für die Versorgung zuständige Armenarzt solle überlegen, ob eine im Vergleich zur Anstalt billigere Unterbringung in einem Armenasyl nicht genüge.⁴⁸⁸

Dementsprechend verlegte die PHP Bonn viele ihrer Langzeitpatienten: Bei der Auswertung der Krankenakten derjenigen 31 Anstaltspatienten, die länger als zwei Jahre in der Anstalt verbrachten, zeigte sich, dass 13 dieser Langzeitpatienten in andere Anstalten verlegt wurden.⁴⁸⁹

⁴⁸¹ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45700-45743, Wilhelm R., Krankenblatt 1907, 1908.

⁴⁸² Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45700-45743, Wilhelm R., Aktendeckblatt.

⁴⁸³ Vgl. Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 53914-53969, Anna Maria W. Krankenblatt.

⁴⁸⁴ Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 53914-53969, Anna Maria W. Krankenblatt 1909.

⁴⁸⁵ A. a. O., Krankenblatt 1912.

⁴⁸⁶ A. a. O., Krankenblatt 1910.

⁴⁸⁷ Westphal et al., 1917b, S. 232.

⁴⁸⁸ Vgl. Westphal/ Hübner, 1917, S. 246.

⁴⁸⁹ Von den insgesamt 31 Patienten, die über zwei Jahre in der Anstalt waren, blieben 15 bis zu ihrem Lebensende dort, 13 Patienten dagegen wurden in andere Anstalten verlegt. Zwei Patienten dieser Gruppe wurden nach Hause entlassen, bei einem Patienten findet sich keine Angabe zu seinem Verbleib (vgl. Tabelle 12, Anhang). Zur Verlegung von Langzeitpatienten innerhalb der Rheinprovinz siehe auch Blasius, 1994, S. 67. Die Verlegung von chroni-

Die Überweisung der Patienten in andere Anstalten fand allerdings nicht nur bei den Langzeitpatienten statt. Auch Patienten mit deutlich kürzerer Aufenthaltsdauer wurden, sofern sie als „ungeheilt“ galten, häufiger in andere Anstalten verlegt. So finden sich unter den untersuchten Krankenakten der Anstalt 28 Fälle, in denen Patienten in andere Pflegeanstalten, bzw. Altersheime wechselten (vgl. Tabelle 12, Anhang).

schen Patienten war auch schon unter Westphals Vorgängern üblich gewesen: „Die [Bonner Provinzialanstalt, Anm. d. Verf.] ist für 600 Kranke eingerichtet, wurde aber 1889 durch die Uebergabe einer grösseren Anzahl von unheilbaren Pflinglingen an verschiedenen Pflegeanstalten wesentlich geleert.“ (Laehr, 1891, S. 28f.).

8 Die psychiatrische Lehre in Bonn

Das folgende Kapitel befasst sich mit der Rolle der Bonner Anstaltspatienten in der universitären Lehre. Einleitend erfolgt hierzu eine Übersicht über die psychiatrischen Unterrichtsveranstaltungen der Jahre 1908-1914 (vgl. Tabelle 25, Anhang).⁴⁹⁰ Dabei ist anzumerken, dass die Bonner Psychiater eine Vielzahl an unterschiedlichen Vorlesungen und Übungen anboten, da sie sich nicht nur für die Ausbildung der Mediziner, sondern ebenso für die der Juristen und Pädagogen mitverantwortlich sahen.⁴⁹¹

Der Schwerpunkt der psychiatrischen Ausbildung lag auf der „Psychiatrischen Klinik“, die WESTPHAL als Hauptvorlesung für die Medizinstudenten dreimal pro Woche hielt. Neben den psychiatrischen Krankheitsbildern behandelte er hier das Themengebiet der forensischen Psychiatrie. Zusätzlich zu dieser psychiatrischen Basisausbildung bot WESTPHAL jede Woche eine weiterführende „Poliklinik für psychische & Nervenkrankheiten“ für Medizinstudenten der höheren Semester an. Diese Veranstaltung stellte „Demonstrationen im kleinen Kreise“⁴⁹² dar und vertrat das Ziel, „solche praktische Fragen, die an den Arzt in der Sprechstunde herantreten, besonders zu erörtern.“⁴⁹³ Daher biete sie, so WESTPHAL, einen guten Einstieg in die Praxis und sei infolgedessen bei den Studenten beliebt.⁴⁹⁴ Zusätzlich lasen in den Wintersemestern nacheinander KÖLPIN, HÜBNER und STERTZ über „klinische Psychiatrie“, bzw. „spezielle Psychiatrie“. In unregelmäßigen Abständen boten HÜBNER und STERTZ außerdem einen psychiatrischen Untersuchungskurs an.

Ergänzend zu dieser klinisch orientierten Ausbildung konnten die Bonner Medizinstudenten täglich im Labor mitarbeiten und die dort verwendeten Methoden kennenlernen. Dieses Labor, in den Vorlesungsverzeichnissen als „Laboratorium der Klinik“ bezeichnet, befand sich auch nach der Kliniköffnung weiterhin in der Anstalt und wurde von beiden Institutionen gemeinsam genutzt.⁴⁹⁵

⁴⁹⁰ Die Darstellung der Vorlesungen basiert auf den Angaben in den Vorlesungsverzeichnissen der Universität Bonn (UA Bonn) der jeweiligen Semester.

⁴⁹¹ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 249.

⁴⁹² A. a. O., S. 248.

⁴⁹³ Ebd.

⁴⁹⁴ Vgl. ebd.

⁴⁹⁵ Vgl. Archiv RK Bonn, Ne3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Uni Bonn und der Rheinprovinz vom 9.7.1907, VI. Abschnitt §13. Hinsichtlich der gemeinsamen Nutzung vgl. Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Westphal an den Kurator der Universität Bonn, 26.1.1907, Handschrift.

Neben dem Unterricht für die Medizinstudenten boten die Bonner Psychiater etliche Lehrveranstaltungen für Studenten anderer Fächer an. So las WESTPHAL in jedem Sommersemester eine spezielle Vorlesung über die forensische Psychiatrie, welche sowohl Mediziner als auch Juristen ansprechen sollte. Ergänzend hierzu gab es regelmäßig ein ebenfalls an Mediziner und Juristen gerichtetes „Psychiatrisch- Forensisches Praktikum“ mit Patientenvorstellungen, welches ab dem Sommersemester 1910 Arthur HÜBNER leitete. Zudem hielt HÜBNER in jedem Wintersemester eine einstündige Vorlesung mit dem Titel „Über geistig abnorme Kinder“, welche für Juristen, Mediziner und Pädagogen angeboten wurde und laut Aussage der Veranstalter „stark besucht“⁴⁹⁶ war. In den Sommersemestern las HÜBNER zudem über Kriminalpsychologie. Hiermit richtete er sich an Mediziner und Juristen oder auch an alle Studenten, wie im Sommersemester 1910.

Neben diesen regelmäßig stattfindenden Veranstaltungen blieben andere Lehrangebote nur wenige Semester über im Programm. So hielt KÖLPIN in den ersten Jahren nach der Eröffnung der Klinik eine Vorlesung über „Ausgewählte Kapitel der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der Geisteskrankheiten“. Diese fand, genauso wie seine Lehrveranstaltung über „Erscheinungen und Ursachen des Irreseins“, nach seinem Tod keine Fortsetzung.

FOERSTERS Vorlesung über Alkoholismus, an Studenten aller Fachrichtungen gerichtet, wurde nach seinem Weggang 1909 ebenfalls zunächst pausiert. Ab dem Wintersemester 1910/11 nahm STERTZ dieses Thema wieder auf und las nun regelmäßig über „Alkoholismus und seine soziale Bedeutung“. In den Sommersemestern 1911 und 1912 unterrichtete STERTZ „Über Ursachen und soziale Bedeutung geistiger Störungen“ und wandte sich dabei ebenfalls an Hörer aller Fakultäten.

Mit dieser Übersicht sind sämtliche Lehrveranstaltungen, welche die Mitarbeitern der Provinzialanstalt und der Nervenklinik anboten, vorgestellt. Zusätzlich beteiligten sich an der Bonner Universität die Ärzte der Hertz'schen Anstalt an der psychiatrischen Ausbildung. So hielt Prof. Robert THOMSEN (1858-1914), der Leiter der Hertz'schen Anstalt⁴⁹⁷, regelmäßig eine Vorlesung zu

⁴⁹⁶ Westphal et al., 1911, S. 248.

⁴⁹⁷ Robert Thomsen wurde 1858 in Hamburg geboren. Nach seinem Medizinstudium in Tübingen, Leipzig und Göttingen trat er 1881 eine Stelle in der Psychiatrie als Assistent bei Ludwig Meyer in Göttingen an. Anschließend arbeitete er kurz an der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg unter Reye und wechselte dann als Assistent von Carl Westphal an die Charité. Thomsen habilitierte 1886 in Berlin und ging zwei Jahre später nach Bonn, um hier Leiter

dem Thema Zurechnungsfähigkeit.⁴⁹⁸ Ab dem WS 1912/13 fand zudem eine Veranstaltung namens „Über Bau und Funktion von Gehirn und Rückenmark unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Gesichtspunkte“ statt, die THOMSEN zusammen mit Max WASSERMEYER, ebenfalls einem Arzt der Hertz'schen Anstalt, anbot.⁴⁹⁹ WASSERMEYER übernahm ab dem SS 1911 auch die „Spezielle Psychiatrie“. Im WS 1911/12 las er außerdem über psychiatrische Untersuchungsmethoden.

Veranstaltungsort der psychiatrischen Vorlesungen war seit der Errichtung der Provinzialanstalt 1882 ein Hörsaal, der in der Anstalt unterhalb der Kapelle, in unmittelbarer Nähe des Laboratoriums und eines Sektionszimmers, untergebracht war.⁵⁰⁰ Allerdings nutzten einige Dozenten, insbesondere Professor THOMSEN, für ihre Lehrveranstaltungen nicht die Anstalt, sondern das Hauptgebäude der Universität.

Mit der Eröffnung des neuen Klinikgebäudes stand ab dem WS 1908/09 der neue Hörsaal der Universitätsklinik für die Lehre zur Verfügung.⁵⁰¹ Dieser befand sich im Obergeschoß des neuen Klinikgebäudes⁵⁰² und bot etwa 150 Zuhörern Platz.⁵⁰³ Die Anstaltsärzte KÖLPIN und FOERSTER unterrichteten allerdings auch nach der Kliniköffnung weiterhin in dem Hörsaal der PHP.⁵⁰⁴ Erst ab dem Sommersemester 1909 hielten alle Dozenten, bis auf die eben erwähnten Ärzte der Hertz'schen Anstalt, die weiterhin das Hauptgebäude der Universität nutzten, ihre Vorlesungen in der Klinik.⁵⁰⁵

Nach dieser Darstellung der Unterrichtsveranstaltungen stellt sich nun die Frage, ob die Anstaltspatienten für die Lehre eine Rolle spielten.

der Hertz'schen Anstalt zu werden. Über seine dortige Tätigkeit heißt es in seinem Nekrolog: „Der wohlbegründete und weit verbreitete ärztliche Ruf Thomsens hat zu dem Blühen und Gedeihen der Hertz'schen Anstalt weitgehend beigetragen.“ (Westphal, 1915, S. 18) 1895 wurde er Professor der Bonner Universität. Er verstarb in Bonn im Oktober 1914. (Vgl. Westphal, 1915, S. 16ff).

⁴⁹⁸ Von dem WS 1912/13 bis zu dem WS 13/14 ließ Thomson diese Vorlesung ausfallen.

⁴⁹⁹ Wassermeyer wurde 1878 in Bonn geboren und studierte bis 1901 in Marburg, Bonn und Straßburg Medizin. 1902 promovierte er in Bonn. Nach verschiedenen Stellen war er von 1903 bis 1904 Assistenzarzt an der Hertz'schen Anstalt in Bonn und von 1904 bis 1910 Arzt an der Nervenklinik in Kiel, wo er auch habilitierte. Von hier kehrte er 1910 nach Bonn zurück und wurde als Privatdozent der dortigen medizinischen Fakultät aufgenommen. (Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das Rechnungsjahr 1910, S. 15f).

⁵⁰⁰ Vgl. Dreling, 1880, S. 138f.

⁵⁰¹ Vgl. UA Bonn, Vorlesungsverzeichnis der Universität Bonn WS 08/09, S. 13ff.

⁵⁰² Vgl. Westphal et al., 1911, S. 236.

⁵⁰³ Vgl. Cramer, 1910, S. 34.

⁵⁰⁴ Vgl. UA Bonn, Vorlesungsverzeichnis der Universität Bonn WS 08/09, S. 13ff.

⁵⁰⁵ Vgl. UA Bonn, Vorlesungsverzeichnis der Universität Bonn SS 09, S. 14ff.

Dazu sei zunächst angemerkt, dass die Verbesserung des Unterrichts eine der wichtigsten offiziellen Begründungen für die Notwendigkeit der Klinikgründung dargestellt hatte. WESTPHAL beschrieb die Patienten der Anstalt und ihre Eignung für die Lehrveranstaltungen, bezogen auf die Situation vor dem Klinikneubau, folgendermaßen:

„Das Krankenmaterial, welches der Anstalt zufließt, war verhältnismäßig einseitig. Die chronischen Fälle überwogen hier [...] Leichtere Psychosenformen und namentlich die sogenannten ‚Grenzzustände‘ waren unter den Aufnahmen nur spärlich vertreten. Hinzu kam, daß ein großer Teil der aufgenommenen Kranken so wenig Charakteristisches bot, daß er zu klinischen Demonstrationen überhaupt nicht mehr verwandt werden konnte.“⁵⁰⁶

Dennoch war es nie geplant gewesen, die Vorlesungen ausschließlich mit Hilfe der Klinikpatienten zu gestalten. Dies lässt sich daraus erkennen, dass WESTPHAL schon 1907, also vor der Eröffnung des neuen Klinikbaus, folgendes an den Kurator der Universität Bonn schrieb:

„Gemäß dem Vertrage vom 27. August 1870 wird der klinische Unterricht in der Psychiatrie im Wesentlichen an der Hand des Krankenmaterials der Bonner Provinzial-Heilanstalt erteilt. An dieser Tatsache kann sich auch nach Eröffnung der nur 20 Betten umfassenden Aufnahmestation nicht viel ändern.“⁵⁰⁷

Ähnliches berichten WESTPHAL und HÜBNER in ihrer Klinikdarstellung von 1911. Hier heißt es, dass die Klinik nur ein Viertel aller in der Hauptvorlesung vorgestellten Patienten stelle. Weiterhin betonen sie, dass durch die räumliche Nähe von Anstalt und Klinik Patienten beider Häuser für den Unterricht zur Verfügung ständen. Einzig die Vorlesungen „Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten“ und „Abnorme Kinder“ würden ausschließlich mit Patienten der Poliklinik gehalten.⁵⁰⁸

Diese Konstellation galt jahrzehntelang. Noch 1925 betonte Westphal, dass er den „größten Teil des psychiatrischen Materials nicht aus der Nervenklinik selbst, sondern aus der Provinzial Heilanstalt zu Demonstrationen heranziehen“⁵⁰⁹ würde.

Damit bleibt festzuhalten, dass in Bonn zu Beginn des 20. Jahrhunderts der psychiatrische Unterricht, trotz einer universitätseigenen Klinik, zum größten Teil mit Hilfe der Anstaltspatienten stattfand.

⁵⁰⁶ Westphal et al., 1911, S. 231.

⁵⁰⁷ Archiv LVR Brauweiler, 15214, Westphal an das Kuratorium der Universität Bonn, 26. Januar 1907, Handschrift.

⁵⁰⁸ Vgl. Westphal et al., 1911, S. 248.

⁵⁰⁹ Vgl. Archiv RK Bonn, Ne1, Westphal an den Dekan der Universität Bonn, 22.1.1925.

9 Die Forschung der Bonner Psychiatrie

Das nachstehende Kapitel behandelt die wissenschaftliche Tätigkeit der Bonner Psychiater zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Hierzu erfolgt zunächst eine Darstellung der Forschungsgebiete WESTPHALS. Anschließend wird auf die Publikationen der übrigen Anstalts- und Klinikärzte eingegangen. Ein Schwerpunkt dieses Kapitels liegt dabei auf der Frage, ob die Anstaltspatienten Berücksichtigung in der Forschung fanden.

9.1 Forschungsgebiete von Alexander Westphal

Alexander WESTPHAL war, wie in seiner Biographie dargestellt, sowohl auf neurologischem als auch auf psychiatrischem Gebiet tätig. Arthur HÜBNER fasste 1923 anlässlich des 60. Geburtstags WESTPHALS dessen Forschungsschwerpunkte folgendermaßen zusammen:

„[...] Die Forscherarbeit, die Sie in vier Jahrzehnten geleistet haben, hat im In- und Auslande volle Anerkennung gefunden. Ihre Pupillenuntersuchungen bei der Hysterie, der Dementia praecox und der Encephalitis haben weitgehende praktische Bedeutung erlangt. Auf jahrelang beobachtete und anatomisch sorgfältig untersuchte Fälle gestützt, haben Sie die schwierige Frage der Differentialdiagnose zwischen der progressiven Paralyse und Gehirnsyphilis erneut zur Diskussion gestellt. Dem Aphasieproblem und der Pathologie des Gedächtnisses haben Sie mehrere umfangreiche Studien gewidmet. Ihre anatomischen Untersuchungen, denen Sie viel Zeit und Geduld geopfert haben, brachten unter anderem nähere Aufklärung über die bis dahin fast unbekanntenen Zelleinschlüsse bei der Myoclonusepilepsie. Sie erweiterten ferner die Kenntnis der amarautischen Idiotie und der Pseudosklerose.

Der extrapyramidale Symptomenkomplex war es in den letzten Jahren, dessen Bedeutung für die Psychopathologie Sie frühzeitig erkannten und dessen Aufklärung Sie durch mehrere klinische und anatomische Arbeiten erfolgreich förderten.“⁵¹⁰

Anhand dieser Zusammenfassung der Forschung WESTPHALS durch einen seiner engsten Mitarbeiter lässt sich die neuroanatomische Ausrichtung seiner Arbeiten erkennen. Interessanterweise beschäftigen sich auch seine Arbeiten zur Dementia praecox und zur Hysterie, beides Erkrankungen, die eine weite Bandbreite an klinischen Fragestellungen bieten, mit neurologischen Phänomenen.

Die Titel seiner Publikationen verdeutlichen ebenfalls die starke neurologische, bzw. neuroanatomische Ausrichtung seiner Forschung.⁵¹¹ Die ausführliche Beschäftigung mit der Neuro-

⁵¹⁰ Hübner, 1923, S. 215.

⁵¹¹ Vgl. Verzeichnis 1, Anhang.

logie stellte für WESTPHAL einen Vorteil der Universitätspsychiatrie dar. So schrieb er über seine eigene Berufung als Bonner Psychiatrieprofessor:

„Einer besonderen Begründung bedurfte dieser Schritt [Westphals Berufung, Anm. d. Verf.] für den nicht, der berücksichtigt, daß unserer Wissenschaft inzwischen Gebiete erschlossen waren, die dem praktischen Anstaltspsychiater ferner lagen, deren Kultivierung für den akademischen Lehrer unumgänglich notwendig war; gemeint sind in erster Linie die pathologische Anatomie, ferner die Neurologie und auch die experimentelle Psychologie.“⁵¹²

Eines der wichtigsten Arbeitsgebiete WESTPHALS bildeten die Pupillenstörungen bei psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere bei der Dementia praecox. Hierzu veröffentlichte er schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts diverse Arbeiten. Noch 1933 publizierte er zusammen mit Otto LÖWENSTEIN eine Monographie über die Pupillenbewegungen bei der Schizophrenie. Im Rahmen dieser Arbeiten konnte er als Erster eine spezielle Form der Pupillenstörung bei Patienten mit katatonem Stupor beschreiben, welche infolgedessen nach ihm benannt wurde.⁵¹³

Genauere Informationen zu WESTPHALS Forschungen hinsichtlich der Pupillenstörungen lassen sich einer 1911 veröffentlichten Dissertation aus der Provinzialanstalt über die Pupillendiagnostik bei der Katatonie entnehmen, deren Autor Friedrich WINTER damals die zweite Hälfte seines praktischen Jahres in der Provinzialanstalt verbrachte.⁵¹⁴ Im Rahmen dieser Arbeit beschreibt WINTER ausführlich, wie WESTPHALS Forschungen verliefen. Zum ersten Mal, so beschreibt es WINTER, habe WESTPHAL 1907 das Phänomen einer Pupillenstörung beobachtet.⁵¹⁵ Im Laufe der folgenden Jahre habe er die Möglichkeit gehabt, zahlreiche Patienten mit Katatonie zu untersuchen, und dabei festgestellt, dass in vielen Fällen eine Pupillenstörungen auftrat.⁵¹⁶ Bei diesen Patienten habe es sich um Patienten der PHP gehandelt:

„Durch lange und sorgfältige, fast täglich durchgeführte Beobachtung an seinem sehr reichen Material der Provinzial- Heil- und Pflege- Anstalt Bonn vermochte nun A. Westphal im Laufe der Zeit noch eine ganze Reihe von Fällen festzustellen, die die nach ihm benannte katatonische Pupillenstarre zeigten.“⁵¹⁷

⁵¹² Westphal et al., 1911, S. 230.

⁵¹³ Vgl. Winter, 1911, S. 6.

⁵¹⁴ Vgl. a. a. O., S. 73.

⁵¹⁵ Vgl. a. a. O., S. 6.

⁵¹⁶ Vgl. a. a. O., S.9f.

⁵¹⁷ A. a. O., S.25.

An dieser Stelle kann somit festgehalten werden, dass WESTPHAL seine Forschungen auch anhand der Patienten der Provinzialanstalt durchführte.

9.2 Veröffentlichungen der ärztlichen Mitarbeiter aus Nervenlinik und Provinzialanstalt

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der wissenschaftlichen Tätigkeit der übrigen an der Bonner Nervenlinik und der Bonner Provinzialanstalt tätigen Ärzte. Die Veröffentlichungen dieser Psychiater zeigen dabei ein breites Bild an Forschungsthemen⁵¹⁸, so dass nicht von einem einzelnen Forschungsschwerpunkt innerhalb der Bonner Psychiatrie ausgegangen werden kann. Zudem finden sich auch bei jedem einzelnen Arzt unterschiedlichste Arbeitsgebiete.

Der Oberarzt der Klinik, Arthur HÜBNER, habilitierte 1908 über die Melancholie. In den folgenden Jahren legte er den Schwerpunkt seiner Forschungen auf den forensischen Bereich.⁵¹⁹ In diesem Rahmen bearbeitete er ein weites Spektrum an Themen, wie zum Beispiel die Auffälligkeiten der Psychopathologie in höherem Lebensalter. Daneben veröffentlichte er, ebenso wie WESTPHAL, Arbeiten zu histologischen Fragestellungen.

Der Assistenzarzt der Klinik, Georg STERTZ, untersuchte, neben diversen anderen Themen, typische psychiatrische Krankheitsbilder. So publizierte er 1910 eine Arbeit über den Residualwahn bei Alkoholdeliranten und eine Schrift über eine epileptische Psychose. Außerdem beschäftigte er sich mit der diagnostischen Wertigkeit von Lumbalpunktionen und mit aphasischen Symptomen.

Sein Nachfolger, Heinrich BICKEL, legte in seinen Arbeiten einen neurologischen Schwerpunkt. Er publizierte beispielsweise zu dem Thema Reflexe oder zur funikulären Myelitis. Daneben beschäftigte er sich mit Kreislaufreaktionen bei psychischen Vorgängen.

Ebenso wie die Klinikärzte veröffentlichten die Anstaltsärzte Arbeiten mit unterschiedlichsten thematischen Schwerpunkten. So beschäftigte sich der Anstaltsoberarzt Otto KÖLPIN mit neurologischen und neuroanatomischen Themen, wie zum Beispiel der pathologischen Anatomie bei der Chorea Huntington. Außerdem erforschte er das Themengebiet der Hysterie.

⁵¹⁸ Vgl. Verzeichnis 2. Es wurde versucht, mittels verschiedener Quellen ein möglichst vollständiges Bild der Publikationen zu geben. Allerdings kann hierbei keine Vollständigkeit der Daten garantiert werden.

⁵¹⁹ Vgl. Westphal, 1935, S. 20ff.

Sein Vorgänger Richard FOERSTER behandelte in seinen damaligen Publikationen die Serodiagnostik bei Syphilisfolgen am Zentralen Nervensystem und beschrieb forensische Erfahrungen bei der Dementia praecox.

Der zur damaligen Zeit in der Anstalt tätige Oberarzt LÜCKERATH veröffentlichte unter anderem eine Arbeit über Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. Darüber hinaus befasste er sich mit der Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie und erforschte die Methodik von Intelligenzprüfungen.

Ebenso wie WESTPHAL beschäftigte sich der Anstaltsoberarzt SIOLI mit den pathologischen Pupillenreaktionen der Dementia praecox. Daneben veröffentlichte er Arbeiten über pathologische Neuroanatomie und eine forensische Arbeit über Alkoholismus.

Abschließend lässt sich festhalten, dass sich die an Nervenlinik und Provinzialanstalt tätigen Ärzte, trotz eines weit gefächerten Forschungsspektrums, vornehmlich mit neurologischen Themen beschäftigten. Auffällig ist insbesondere, dass sowohl die Ärzte der Anstalt als auch der Nervenlinik neurologische Fragestellungen bearbeiteten. Die psychiatrischen Krankheitsbilder wurden meistens hinsichtlich ihrer rechtlichen Folgen oder ihrer neurologischen Auffälligkeiten ausgewertet.

9.3 Dissertationen

Hinsichtlich der Forschungen der Bonner Psychiatrie folgt nun abschließend eine Darstellung der psychiatrischen Dissertationen aus den Jahren 1908 bis 1914. Laut der damaligen Promotionsordnung war es vorgeschrieben, die Klinik oder das Institut, an dem die Doktorarbeit angefertigt worden war, anzugeben.⁵²⁰ Daher lässt es sich in den meisten Fällen gut ermitteln, ob die Dissertationen, bei denen es sich in der Regel um Darstellungen von einer oder mehrerer Krankheitsgeschichten handelt, aus der Klinik oder der Anstalt stammten. Zudem bieten die Dissertationen den Vorteil, dass von ihnen eine vollständige Aufzählung vorliegt.⁵²¹ Damit ist anhand dieser Quellen

⁵²⁰ Vgl. UA Bonn, Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn für das Rechnungsjahr 1904, S. 110ff, Promotionsordnung der medizinischen Fakultät, § 50.

⁵²¹ Die Anzahl wurde den „Jahres-Verzeichnissen der an den Deutschen Universitäten erschienenen Schriften“ (Vgl. Anonymus 1910-1915) entnommen, in welchen alle in jenem Zeitraum an deutschen Universitäten veröffentlichten Dissertationen aufgelistet sind. In den Jahresverzeichnissen finden sich Angaben zu Verfasser, Betreuer, Thema und teilweise auch eine Nennung des Instituts, an dem die jeweilige Dissertation entstanden ist.

eine statistische Auswertung möglich, inwiefern die Anstaltspatienten eine Rolle in der Forschung spielten.

Insgesamt wurden an der Bonner Universität in dem untersuchten Zeitraum 46 Dissertationen veröffentlicht, welche unter der Betreuung von Alexander WESTPHAL oder Arthur HÜBNER standen.

Die Dissertationen wurden hinsichtlich der Frage, an welchem Krankenhaus sie geschrieben worden waren, ausgewertet. Hierbei ist es auffällig, dass die Arbeiten nicht nur aus der Bonner Nervenlinik oder der Bonner Provinzialanstalt stammen, sondern ebenso an anderen Instituten entstanden. So betreute Westphal 1910 eine Arbeit an der Staats-Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg.⁵²² Teilweise erschienen die Arbeiten als Zusammenarbeit aus mehreren Instituten, wie etwa eine Arbeit aus dem Jahr 1911, die sich mit posteklamptischen Psychosen beschäftigte und sowohl an der Bonner Universitätsfrauenklinik als auch an der Bonner Nervenlinik und der Provinzialanstalt geschrieben worden war.⁵²³

Insgesamt stammt der größte Teil der psychiatrischen Doktorarbeiten aus der Bonner Nervenlinik. Allerdings fand auch die Provinzialanstalt Berücksichtigung. Immerhin entstanden ungefähr zwanzig Prozent aller Doktorarbeiten ausschließlich in der Anstalt. Durch Zusammenarbeit mit anderen Institutionen war die Provinzialanstalt an 13 der insgesamt 46 Dissertationen beteiligt (vgl. Tabelle 27, Anhang).⁵²⁴

Inhaltlich lässt sich festhalten, dass die Dissertationsthemen in Bezug auf die Diagnosen relativ weit gestreut waren.

Die Arbeiten aus der Nervenlinik behandeln, entsprechend den in der Klinik therapierten Krankheitsbildern, sowohl psychosomatische, als auch neurologische und psychiatrische Krankheiten. Besonders oft werden hier versicherungsrechtliche Fragen und Unfallfolgen thematisiert.

Die Arbeiten aus der Provinzialanstalt beschäftigen sich dementsprechend insbesondere mit psychotischen Erkrankungen. Auch hier ist es wieder auffällig, dass neurologische Phänomene und forensische Fragestellungen Interessenschwerpunkte bildeten. Allerdings beschäftigen

⁵²² Vgl. Anonymus, 1912, S. 71.

⁵²³ Vgl. a. a. O., S. 69.

⁵²⁴ Bei einem Teil der Dissertationen konnte schon anhand der „Jahres-Verzeichnisse der an den Deutschen Universitäten erschienen Schriften“ ermittelt werden, an welchem Krankenhaus sie entstanden waren. Bei den restlichen Arbeiten wurde versucht, diese Angaben durch eine Durchsicht der jeweiligen Dissertation herauszufinden. Entsprechende Informationen konnten meist dem Methodenteil der Arbeiten oder den einzelnen Fallbeschreibungen entnommen werden.

sich die Arbeiten auch mit Krankheitsverläufen, wie zum Beispiel eine Arbeit über die Intelligenzentwicklung im Verlauf der Dementia praecox, oder mit diagnostischen Methoden.

10 Diskussion

Abschließend ist die Frage zu diskutieren, ob innerhalb der Bonner Psychiatrie nun eine Kluft zwischen der Anstalts- und der Universitätspsychiatrie vorlag. Die hier vorliegende Arbeit ist den verschiedenen Ebenen des Verhältnisses zwischen den beiden Institutionen Universitätsnervenklinik und Provinzialanstalt nachgegangen. Dabei ergaben sich je nach untersuchter Ebene unterschiedliche Antworten auf die Frage nach einer Kluft.

Zunächst ist auf die besondere räumliche Nähe der beiden Häuser einzugehen. Aufgrund der stadt- und universitätsnahen Lage der Anstalt konnte in Bonn, im Gegensatz zu dem sonst üblichen Vorgehen, die Universitätsklinik auf dem Anstaltsgelände erbaut werden. Damit gehörte das Grundstück, auf dem sich die Klinik befand, dem Provinzialverband. Gleichzeitig entstand die seltene Konstruktion der Personalunion von Anstalts- und Klinik-Direktor. Die Leihgabe des Provinzgrundstücks an die Universität war dabei an das Fortbestehen der Personalunion gebunden. Somit verpflichteten sich Provinz und Universität durch den Bau der Nervenklinik vertraglich auf eine Zusammenarbeit.

Hinsichtlich der Alltagsbewältigung war die Klinik aufgrund fehlender eigener Einrichtungen von der Anstalt abhängig. So besaß die Klinik im Gegensatz zur Anstalt keine eigene Wäscherei und Küche und war damit nicht zu einer selbständigen Patientenversorgung fähig. Außerdem benutzte die Klinik für ihre Untersuchungen weiterhin das Labor auf dem Anstaltsgelände.

Ähnliche Beobachtungen sind in Bezug auf das Personal festzustellen. So beschäftigte die Nervenklinik keine eigenen Pflegekräfte, sondern stellte Provinzmitarbeiter ein. Damit waren Provinz und Universität gemeinsam Arbeitgeber. Ebenso waren die Geistlichen und der Rendant der Klinik eigentlich Provinzialangestellte, die nebenamtlich die Klinik mitversorgten.

Auf der verwaltungstechnischen Ebene kann damit von einer engen Zusammenarbeit, bzw. sogar Abhängigkeit der Klinik von der Anstalt, gesprochen werden.

Bezüglich des Verhältnisses von Anstalts- und Klinikärzten zeigt sich im Laufe der untersuchten Jahre ein Wandel. In der Gründungsphase der Klinik sah WESTPHAL zunächst eine starke Verzahnung der Ärzte von Klinik und Anstalt vor. Dementsprechend war der Klinikarzt in den ersten Jahren nach der Klinikgründung gleichzeitig Angestellter der Provinzialanstalt und gehörte offi-

ziell dem Kollegium der Anstaltsärzte an. Außerdem beteiligten sich die Oberärzte der Anstalt an der Lehre. Im weiteren Verlauf führte der Ausbau des ärztlichen Personals der Nervenklinik zu einer zunehmenden Trennung von Anstalts- und Klinikärzten.

Bezüglich des personellen Austausches kann festgehalten werden, dass in Bonn, wie in der damaligen Psychiatrie deutschlandweit üblich, keine Arztwechsel zwischen der Anstalt und der Klinik stattfanden. Dennoch erhielten auch die ärztlichen Mitarbeiter der Provinzialanstalt die Möglichkeit einer Habilitation.

Letztendlich erscheint der Begriff einer Kluft für die Situation der Ärzteschaft von Klinik und Anstalt, insbesondere in den ersten Jahren nach der Klinikeröffnung, unangebracht.

Infolge der organisatorischen Verbindungen zwischen Provinzialanstalt und Nervenklinik spielten die Anstaltspatienten in der Lehre eine große Rolle. Sie ermöglichten einen wesentlichen Anteil der Vorlesungen.

Zudem waren sie für die Forschungsarbeit wichtig. WESTPHAL erarbeitete eines seiner wichtigsten Forschungsthemen, die Pupillenstörungen, vornehmlich an Anstaltspatienten. Ebenso verdeutlichte die Auswertung der Dissertationen, dass die Patienten der Anstalt in der Forschung Berücksichtigung fanden. Einschränkend ist allerdings darauf hinzuweisen, dass vor allem die neurologischen Phänomene der Psychosen Interesse bei den wissenschaftlich tätigen Ärzten weckten. Damit spiegelt sich hier die neurologische Ausrichtung der Forschung jener Zeit wider.

Neben den Vorteilen und den organisatorischen Verbindungen, die die räumliche Nähe der beiden Institutionen brachte, bedingte die Existenz zweier psychiatrischer Krankenhäuser nebeneinander, dass WESTPHAL für den Bau einer Nervenklinik eine besondere Rechtfertigung brauchte. Schon bei der Planung der Nervenklinik musste WESTPHAL ein anderes Aufgabengebiet als das der Anstalt definieren und dadurch eine Abgrenzung zur Anstalt schaffen, um den Bau einer Klinik zu legitimieren. Dabei resultierten die verschiedenen Aufgabenfelder vor allem aus der unterschiedlichen Trägerschaft. Die Gründung der Bonner Provinzialanstalt im Zuge der Reform des rheinischen Irrenwesens zielte vor allem auf eine effektivere und dezentralisierte Patientenversorgung ab. Nur ein untergeordnetes Ziel stellte die Benutzung der Anstalt als Veranstaltungsort für die Lehre dar. Die Nervenklinik dagegen entstand mit dem Ziel, die universitäre Lehre zu verbessern, wobei insbesondere das Spektrum der für die Lehre zur Verfügung stehenden Krank-

heitsbilder erweitert werden sollte. Dementsprechend war schon bei der Planung der Nervenkl
nik vorgesehen, dass sie andere Krankheiten als die Anstalt behandeln sollte.

Neben diesen offiziellen Begründungen für die Errichtung der beiden Krankenhäuser konnten
auch persönlichen Beweggründe sowie die professionspolitischen Hintergründe aufgezeigt wer
den. Die Gründung der Klinik war dabei stark an die Persönlichkeit von Alexander WESTPHAL
gebunden. Mit ihm war in der Bonner Psychiatrie die zuvor bestehende personelle Kontinuität in
Form verschiedener Anstaltspsychiater durchbrochen worden. Erstmals besetzte ein typischer U
niversitätspsychiater den Bonner Lehrstuhl für Psychiatrie.

Die Errichtung der Bonner Nervenkl
nik stellte für Alexander WESTPHAL ein Prestigeob
jekt dar, welches zur Durchführung seiner persönlichen Ziele unentbehrlich war. Insbesondere
das Ziel, auch die neurologischen Krankheiten weiterhin als Teil der Psychiatrie zu behandeln,
war nur mit Eröffnung einer neuen Klinik mit neuen Behandlungsmethoden möglich.

Aus diesen unterschiedlichen Zielsetzungen resultieren die Unterschiede, die sich hinsichtlich der
behandelten Krankheitsbilder zeigten. Die Klinik legte ihren Schwerpunkt auf psychosomatische
und neurologische Krankheiten. Nur so ließ sich die Neurologie als Teil der Psychiatrie bewah
ren, bzw. das Spektrum des Unterrichts erweitern. Im Gegensatz dazu behandelte die Anstalt vor
allem psychotische Patienten. Damit zeigen sich in Bezug auf die behandelten Krankheitsbilder
ein deutlicher Unterschied zwischen Klinik und Anstalt.

Ebenso konnte hinsichtlich der Aufenthaltsdauer eine Differenz zwischen den beiden
Häusern herausgearbeitet werden. Die Nervenkl
nik behandelte die Patienten in der Regel nur
über einen Zeitraum von wenigen Wochen. Die Patienten der Provinzialanstalt dagegen verblie
ben teilweise Monate oder Jahre in stationärer Therapie.

Diese Unterschiede verdeutlicht insbesondere die Verlegungspolitik zwischen Klinik und
Anstalt. Vor allem Patienten, die zu Langzeitfällen zu werden drohten oder aufgrund ihres Ver
haltens auffällig wurden, wurden aus der Nervenkl
nik in die Provinzialanstalt verlegt. Umge
kehrt fanden keine Verlegungen statt.

Bezüglich der jeweils versorgten Patienten konnte ein weiterer Unterschied herausgear
beitet werden. Die Anstalt als Teil des öffentlichen Versorgungssystems für Geisteskranke beh
bergte vor allem ärmere Patienten. Die Klinik dagegen fand auch bei besser gestellten Personen,
welche selber für ihren Krankenhausaufenthalt aufkommen konnten, Anklang.

Hinsichtlich der Patientenbetreuung ist zunächst festzuhalten, dass die Terminologie der Diagnosen in Anstalt und Klinik übereinstimmten und das Klischee der veralteten Diagnosen in der Anstalt nicht zutrifft. Zudem konnte dargestellt werden, dass die in Klinik und Anstalt verwendeten Behandlungsmethoden sich ausgesprochen ähnelten. Ob die Therapie qualitativ unterschiedlich war, konnte anhand der dünnen Datenlage in den Krankenakten nicht untersucht werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass für die Bonner Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Metapher einer „Kluft zwischen Anstalt und Klinik“ nur teilweise zutraf. Gerade auf organisatorischer Ebene lagen Verbindungen vor, welche die Akteure als positiv und mit Vorteilen verbunden wahrnahmen.

Ausgeprägte Differenzen zeigten sich allerdings in der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung in Bezug auf die behandelten Krankheitsbilder. Insbesondere die Langzeitpatienten und die verhaltensauffälligen Patienten versorgte die Provinzanstalt alleine. Vermutlich förderten die enge räumliche Lage und die zahlreichen organisatorischen Verbindungen diese Unterschiede hinsichtlich der zu betreuenden Patienten, da hierdurch eine leichte und schnelle Überweisung von der Klinik zur Anstalt möglich war.

Dieses Ergebnis wirft neue Fragen auf.

Zunächst stellt sich die Frage, ob die enge organisatorische Verknüpfung ein Einzelfall darstellte oder ob ähnliche Konstellationen auch an anderen Orten vorlagen. Hier wäre insbesondere eine Untersuchung der Nervenklinik in Marburg und Göttingen interessant, da WESTPHAL selbst die Situation in diesen Städten mit der Bonner Regelung verglich. Falls auch hier eine enge organisatorische Koppelung der Klinik an die Anstalt bestand, wäre der Begriff einer deutschlandweiten Kluft zwischen Anstalten und Nervenkliniken zu überdenken.

Außerdem wäre eine Untersuchung interessant, inwiefern sich andere psychiatrische Universitätskliniken in Deutschland ebenfalls auf die Therapie neurologischer und psychosomatischer Krankheiten konzentrierten und die Behandlung von Patienten mit Psychosen vermieden. Insbesondere hinsichtlich der „Euthanasie“ während des Dritten Reiches wäre eine Untersuchung dieser Frage wünschenswert. Hierdurch könnte vielleicht die Beobachtung erklärt werden, dass die Patienten der Universitätskliniken, im Gegensatz zu den in Anstalten untergebrachten Kran-

ken, nicht von der NS-„Euthanasie“ betroffen waren.⁵²⁵ In Bonn waren die Patienten der Klinik alleine aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunkte hinsichtlich der Krankheitsbilder viel seltener Zielgruppe der „Euthanasie“ als die Anstaltspatienten.

Diese Überlegungen verdeutlichen erneut, dass eine Beschäftigung mit der Psychiatrie des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts unumgänglich für eine Beurteilung der Psychiatrie und der „Euthanasie“ während des Dritten Reiches ist.⁵²⁶

⁵²⁵ Vgl. Schott/ Tölle, 2006, S. 563.

⁵²⁶ Vgl. Engström/ Roelcke, 2003.

11 Zusammenfassung

Die medizinhistorische Fachliteratur beschreibt für das beginnende 20. Jahrhundert eine deutschlandweite Trennung zwischen der Anstalts- und der Universitätspsychiatrie. In den hier vorliegenden Untersuchungen wurde diese vorherrschende Meinung anhand des lokalen Beispiels Bonn für den Zeitraum von der Eröffnung der universitären Nervenlinik 1908 bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges 1914 überprüft und das Verhältnis zwischen der psychiatrischen Universitätsklinik und der Provinzialanstalt Bonn untersucht.

Als Grundlage hierfür dienten zeitgenössische Quellen, wie Verwaltungsberichte der beiden Institutionen, Vorlesungsverzeichnisse, Dissertationsverzeichnisse oder Biographien. Zudem wurden die im Archiv Brauweiler noch im Original vorliegenden Krankenakten beider Institutionen ausgewertet.

Dabei konnte herausgearbeitet werden, dass in Bonn, bedingt durch eine räumliche Nähe und insbesondere eine gemeinsame ärztliche Leitung, eine enge organisatorische und verwaltungstechnische Zusammenarbeit zwischen der psychiatrischen Universitätsklinik und der Provinzialanstalt Bonn bestand. In beiden Institutionen wurde wissenschaftlich geforscht. Zudem dienten nicht nur die Patienten der Klinik, sondern auch die Anstaltspatienten der universitären Lehre. Allerdings setzte die räumliche Nähe auch eine besondere Rechtfertigung für den Neubau der universitären Nervenlinik voraus. Der Klinikgründer und Inhaber des psychiatrischen Lehrstuhls, Alexander WESTPHAL, argumentierte hierfür mit einer Verbesserung der universitären Lehre und Forschung durch Ausweitung des behandelten Krankheitsspektrums infolge des Klinikbaus. WESTPHAL wollte in diesem Rahmen auch neurologische Krankheiten behandeln, um das sich damals selbstständig entwickelnde Fach Neurologie in der Psychiatrie festzuhalten. Hieraus resultierten deutliche Unterschiede in den Schwerpunkten der behandelten Krankheitsbilder. Während die Anstalt vor allem Patienten mit Schizophrenien, affektiven Störungen und Suchterkrankungen behandelte, konzentrierte sich die Nervenlinik eher auf Patienten mit psychosomatischen und neurologischen Krankheiten. Langzeitpatienten gab es in der Klinik, im Gegensatz zur Anstalt, nicht. Zudem konnte eine Darstellung der Verlegungspraxis zwischen den beiden Häusern zeigen, dass verhaltensauffällige Patienten aus der Klinik in die Anstalt überwiesen wurden.

Zusammenfassend konnte die Trennung zwischen Universitäts- und Anstaltspsychiatrie in Bonn widerlegt werden, da zwischen beiden Institutionen eine enge Zusammenarbeit bestand. Allerdings lagen deutliche Unterschiede bei den behandelten Krankheitsbildern vor.

12 Anhang

12.1 Tabellen- und Graphikverzeichnis

- Tabelle 1: Die Entwicklung der Universitätspsychiatrie in Deutschland und Österreich - Universitäten mit Personalunion, bzw. langjährigem Unterricht in einer Anstalt.
- Tabelle 2: Die Entwicklung der Universitätspsychiatrie an den Universitäten in Deutschland und Österreich - Universitäten, bei denen während einer Lehrstuhlgründung auch eine psychiatrische Universitätsklinik vorgesehen wurde
- Tabelle 3: Ärzteschaft der Klinik
- Tabelle 4: Ärzteschaft der PHP
- Tabelle 5: Pflegepersonal der PHP
- Tabelle 6: Die Patientenzahlen der Klinik
- Tabelle 7: Die Patientenzahlen der PHP
- Tabelle 8: Die Patientenzahlen der Poliklinik
- Tabelle 9: Aufenthaltsdauer in Klinik und Anstalt in absoluten Zahlen
- Tabelle 10: Aufenthaltsdauer in Klinik und Anstalt in Prozent
- Tabelle 11: Verbleib der Patienten der Anstalt mit einer Aufenthaltsdauer unter 6 Monaten
- Tabelle 12: Verlegungen der „ungeheilten Patienten“
- Tabelle 13: Diagnosen der in die Anstalt aufgenommenen Patienten laut Verwaltungsbericht
- Tabelle 14: Diagnosen der Anstaltspatienten laut Krankenakten
- Tabelle 15: Diagnosen der Klinikpatienten anhand einer zeitgenössischen Darstellung
- Tabelle 16: Die Diagnosen der Klinikpatienten und ihre Geschlechtsverteilung anhand der Krankenakten
- Tabelle 17: Geschlechtsverhältnis bei den Patienten der Klinik
- Tabelle 18: Die Gutachten an den Klinikpatienten
- Tabelle 19: Verpflegungsklassen der Patienten der PHP laut Verwaltungsberichten
- Tabelle 20: Verteilung der Verpflegungsklassen in Anstalt und Klinik laut Krankenakten
- Tabelle 21: Kostenträger Anstalt
- Tabelle 22: Kostenträger Klinik
- Tabelle 23: Selbstzahler in der Klinik: Verteilungsprofil der Verpflegungsklassen
- Tabelle 24: Verpflegung der Patienten der Nervenlinik
- Tabelle 25: Die Lehrveranstaltungen der Bonner Psychiatrie von 1908 – 1914
- Tabelle 26: Die psychiatrischen Dissertationen von 1909 bis 1914

Tabelle 27:	Entstehungsorte der Dissertationen zu psychiatrischen Themen 1908-1914
Verzeichnis 1:	Veröffentlichungen von A. Westphal 1908-1914
Verzeichnis 2:	Veröffentlichungen der in Klinik und Anstalt tätigen Ärzte (1908-1914)
Graphik 1:	Aufenthaltsdauer (in Prozent)
Graphik 2:	Aufenthaltsdauer (absolute Anzahl der Patienten)

12.2 Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: Krankenakte einer Anstaltspatientin, Persönliche Daten.
- Abbildung 2: Krankenblatt einer Anstaltspatientin, Krankheitsverlauf
- Abbildung 3: Brief Westphals bezüglich des Assistenzarztes der Nervenlinik
- Abbildung 4: Die Siegburger Irrenanstalt
- Abbildung 5: Provinzial-Heilanstalt Bonn
- Abbildung 6: Portrait Maximilian Jacobi
- Abbildung 7: Portrait Friedrich Nasse
- Abbildung 8: Portrait Werner Nasse
- Abbildung 9: Portrait Carl Pelman
- Abbildung 10: Portrait Alexander Westphal
- Abbildung 11: Portrait Arthur Hübner
- Abbildung 12: Portrait Friedrich Umpfenbach
- Abbildung 13: Grundriss der Bonner Provinzialanstalt
- Abbildung 14: Psychiatrische- und Nervenlinik Bonn. Vorderansicht
- Abbildung 15: Grundriss der Nervenlinik, Sockelgeschoss
- Abbildung 16: Grundriss der Nervenlinik, Erdgeschoss
- Abbildung 17: Grundriss der Nervenlinik, Obergeschoss
- Abbildung 18: Psychiatrische- und Nervenlinik Bonn. Innenansicht eines Aufenthaltsraumes

12.3 Tabellen

Tabelle 1: Die Entwicklung der Universitätspsychiatrie in Deutschland und Österreich - Universitäten mit Personalunion, bzw. langjährigem Unterricht in einer Anstalt.

Universität (Land)	Professor für Psychiatrie ab(1)	Ordinarius ab	Eigenständige Klinik seit	Unterricht in einer Anstalt	Personalunion bis
Bonn (Preußen)	1881	1889	1908	1889-1945	1948
Breslau (Preußen)	1851	1905	1907	1874-1907	1900
Erlangen (Bayern)	1849	1903	1903 (2)	1846-1963	
Göttingen (Preußen)		1866	1866, 1901, 1955 (3)	1866-1955	1955
Graz (Österreich)	1870	1885	1912	1872-1912	
Greifswald (Preußen)	1873	1906	1906	1875-1906	
Halle (Preußen)	1874	1879	1891 (4)	1879-1891	1885
Jena (Sachsen-Weimar)	1870	1891	1879 (5)		
Königsberg (Preußen)	1895	1903	1913	1895-1913 (6)	1903
Leipzig (Sachsen)	1877	1884	1882	1878-1882	
Marburg (Preußen)		1877	1920	1876-1914	1915
München (Bayern)	1859	1864	1904	1859-1902	1901
Straßburg (Elsass-Lothringen)	1872	1875	1885/86		
Wien (Österreich)	1870	1873		1870-1911	
Würzburg (Bayern)	1848	1863	1893 (7)	1863-1893	

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Eulner, 1970, S.262ff; Schott/Tölle, 2006, S. 295f; Kersting, 1996, S 199f; Laehr, 1907, S. 250 ff; Cramer, 1910.

Anmerkungen zu Tabelle 1:

1) teilweise als außerordentliche Professur, teilweise als Honorarprofessur

2) Erlangen: Die neu gegründete Klinik befand sich weiterhin in der Kreisirrenanstalt, die schon zuvor als Lehranstalt genutzt worden war (Eulner, 1970, S. 275f).

3) Göttingen: 1901 wurde hier eine Poliklinik für psychische und Nervenkrankheiten eröffnet, 1904 erfolgte die Gründung einer kleinen stationären Nervenklinik. Dennoch wurden die Provinzialanstalt, und daneben auch das Provinzial-Sanatorium Rasemühle, weiterhin für den Unterricht herbeigezogen (Cramer, 1910, S. 31f).

- 4) Halle: schon ab 1885 Bestand einer prov. Klinik (Cramer, 1910, S. 4)
- 5) Jena: Eine 1879 eröffnete staatl. Irrenanstalt war gleichzeitig als Klinik bestimmt (Eulner, 1970, S. 273).
- 6) Königsberg: Der Unterricht fand in der Fachabteilung des städtischen Krankenhauses statt, dementsprechend bestand eine Personalunion zwischen dem Direktor des städtischen Krankenhauses und dem Universitätsprofessor (Eulner, 1970, S. 271).
- 7) Würzburg: ab 1888 Bestand einer provisorischen Klinik (Eulner, 1970, S. 275).
- 8) In dieser Tabelle sind die deutschen und die österreichischen Universitäten aufgeführt. Die österreichischen Universitäten finden deshalb Berücksichtigung, da auch nach 1871 folgendes galt: „seine (Österreichs, Anm. d. Verf.) hohen Schulen und höheren Lehranstalten blieben Bestandteil des deutschsprachigen Hochschul- und Bildungssystems. [...] Abstimmungen unter den deutschen Hochschulverwaltungen über Promotionsordnungen, Zugangsvoraussetzungen zu den Hochschulen [...] wären ohne Österreich illusorisch gewesen.“ (zit. n. Brocke, 2002, S. 195).

Tabelle 2: Die Entwicklung der Universitätspsychiatrie an den Universitäten in Deutschland und Österreich - Universitäten, bei denen während einer Lehrstuhlgründung auch eine psychiatrische Universitätsklinik vorgesehen wurde

Universität (Land)	Professor für Psychiatrie ab*	Ordinarius ab	Neubau einer Klinik
Berlin (Preußen)	1839 (1)	1865, 1874 (2)	1800, 1835, 1867 & 1905 (3)
Heidelberg (Baden)		1877	1877
Prag (deutsche Univ.)	1874	1886	
Freiburg (Baden)		1886	1887
Innsbruck (Österreich)	1891	1904	1894, 1937
Tübingen (Württemberg)		1893	1894
Gießen (Hessen)	1895	1896	1896
Rostock (Mecklenburg-Schwerin)		1895	1896
Kiel (Preußen)		1900	1901

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Eulner, 1970, S.262ff; Schott/Tölle, 2006, S. 295f; Kersting, 1996, S 199f; Laehr, 1907, S. 250 ff; Cramer, 1910.

Anmerkungen zu Tabelle 2:

- 1) Berlin: Wilhelm Ideler hatte schon 1830 die Leitung der Irrenabteilung in der Charité übernommen (Eulner, 1970, S. 263). Als Professor der Psychiatrie war er von 1840 bis 1860 tätig (Schott/Tölle, 2006, S. 296).
- 2) Berlin: W. Griesinger hatte eine Stelle als Ordinarius inne. Sein Nachfolger C. Westphal war zunächst Extraordinarius. Er wurde erst 1874 zum Ordinarius ernannt (Eulner, 1970, S. 263).
- 3) Berlin: Hier entstand jeweils im Rahmen der Neubauten der Charité (1800 und 1835) eine psychiatrische Klinik (Cramer, 1910, S. 8f). Unter Griesinger wurde nochmals eine Klinik für Nervenkrankheiten eingerichtet (Eulner, 1970, S. 263). 1905 konnte schließlich ein großer Neubau als Psychiatrische und Nervenklinik eingeweiht werden. (Cramer, 1910, S.9).

Tabelle 3.: Ärzteschaft der Klinik

Jahr	Direktor	Oberärzte	klin. Assistenzarzt	Volontärarzt
1908	Westphal		Hübner	
1909	Westphal	Hübner	Hübner	Hennes
1910	Westphal	Hübner	Stertz (ab 01.04)	Hennes (bis 31.3.) Strakosch (ab 15.10.)
1911	Westphal	Hübner	Stertz	Strakosch
1912	Westphal	Hübner	Stertz (bis 01.08) Bickel (ab 01.08)	Strakosch (bis 01.02)
1913	Westphal	Hübner	Bickel	
1914(1)	Westphal	Hübner	Bickel	

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Westphal et al., 1911; UA Bonn, Chroniken der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn 1908-1914, jeweils Jahresberichte der Psychiatrischen und Nervenlinik.

Anmerkungen zu Tabelle 3:

1) bis Kriegsbeginn am 01.08.1914

Tabelle 4: Ärzteschaft der PHP

Jahr	Direktor	Oberärzte	Anstaltsarzt	Assistenzarzt	Klinischer Assistenzarzt	Volontärarzt
1908	Westphal	Umpfenbach Lückerath Foerster	Schütte (ab 31.03.)	Trapet	Hübner	Roller (31.03.-30.04.) Sioli (ab 02.05.)
1909	Westphal	Umpfenbach Lückerath Foerster (bis 31.03.) Kölpin (ab 01.04.; † Dez. 1909)	Schütte Wiehl (ab 14.05.)	Trapet (bis 01.04.)	Hübner	Sioli (bis 14.11.) Schwan (ab. 20.04.)
1910	Westphal	Umpfenbach Lückerath Schütte	Wiehl	Förster (ab 10.01.) Hennes (01.04.- 30.11.) Gieslar (ab 01.12.)		Gieslar (08.07.-01.12.)
1912	Westphal	Umpfenbach Lückerath Schütte	Sioli Bastin Förster			
1913	Westphal	Umpfenbach Lückerath Schütte († Mai 1913) Raether (ab 01.09.)	Sioli Bastin Förster			Siegener (01.06.-01-10.) Bremer (ab 27.11.)
1914	Westphal	Umpfenbach Lückerath Raether Sioli (ab 01.02.)	Bastin (bis 31.03.) Förster Dietrich (ab 01.06.)	Dietrich		Bremer (bis 31.03.) Jacoby (ab 01.04.)

Quelle: eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn 1908-1914.

Anmerkungen zu Tabelle 4:

Die in dieser Tabelle bestehende Lücke für das Jahr 1911 entstand dadurch, dass der Verwaltungsbericht für dieses Jahr leider nicht aufzufinden war.

Tabelle 5: Pflegepersonal der PHP

Jahr	Oberpfleger	Stationspfleger	Oberpflegerin	Stationspflegerinnen
1908	Nowicki	Kümpel Naebers Noethen Rickrath Krug	Eggeling	Schmitz Fischer Link Mai
1909	Nowicki	Kümpel Naebers Noethen Rickrath Krug	Eggeling	Schmitz Fischer Link Mai
1910	Nowicki	Kümpel Naebers Noethen Rickrath Krug (bis 01.07.) Denkel (ab 01.07)	Eggeling (bis 01.10.) Brie (ab 01.10.)	Schmitz Fischer Link Mai
1912	Nowicki	Kümpel Naebers Noethen Rickrath Denkel	Brie	Schmitz Fischer Link Mai
1913	Nowicki	Kümpel Naebers Noethen Rickrath Denkel	Brie	Schmitz Fischer Link Mai
1914	Nowicki	Kümpel Naebers Noethen Rickrath Denkel	Brie	Schmitz Fischer Link Mai

Quelle: eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn 1908-1914.

Tabelle 6: Die Patientenzahlen der Klinik

	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914
Bestand 1.4.	16 (3)	34	34	35	32	37	43
Zugang	101	293	389	439	485	530	312
Abgang	83	293	387	442	482	525	328
Bestand 31.3. (1)	34	34	36	32	35	42	27

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: UA Bonn, Chroniken der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn, 1908-1914, jeweils Jahresberichte der Psychiatrischen und Nervenlinik und der Provinzialanstalt.

Anmerkungen zu Tabelle 6:

1) Die Begriffe „Bestand“, „Zugang“ und „Abgang“ entsprechen jenen Begriffen, die auch in den damaligen Jahresberichten üblich waren.

2) des Folgejahres

3) die Zahlen für 1908 beziehen sich auf den Zeitraum ab 15. Oktober 1908

Tabelle 7: Die Patientenzahlen der PHP

	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914
Bestand 1.4.	764	822	828	922	890	903	910
Zugang	683	649	582	607	638	789	925
Abgang	625	643	488	639	625	782	870
Bestand 31.3. (1)	822	828	922	890	903	910	965

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: UA Bonn, Chroniken der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn 1908-1914, jeweils Jahresberichte der Provinzialanstalt; Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP 1908-1914.

Anmerkungen zu Tabelle 7:

1) des Folgejahres

Tabelle 8: Die Patientenzahlen der Poliklinik

	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914
Patienten	291	602	875	1003	1022	1001	1143
Konsultationen	1785	8637	13 698	12 336	14 227	13 798	14 249

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: UA Bonn, Chroniken der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn 1908- 1914, jeweils Jahresberichte der Psychiatrischen und Nervenlinik

Anmerkungen zu Tabelle 8:

Die Angaben beziehen sich auf den Zeitraum vom 01.04. des Jahres bis zum 31.03. des Folgejahres. In dem Eröffnungsjahr 1908 beziehen sich die Zahlen auf den Zeitraum vom 03.10.08 bis zum 31.03.09.

Tabelle 9: Aufenthaltsdauer in Klinik und Anstalt in absoluten Zahlen

Dauer	Anstalt	Klinik
1 Tag bis 14 Tage	21	48
15 Tage bis 1 Monat	17	19
mehr als 1 Monat bis 2 Monate	19	10
mehr als 2 Monate bis 6 Monate	40	7
mehr als 6 Monate bis 1 Jahr	21	2
mehr als 1 Jahr bis 2 Jahre	13	1
mehr als 2 Jahre bis 5 Jahre	13	0
mehr als 5 Jahre bis 10 Jahre	10	0
mehr als 10 Jahre bis 20 Jahre	5	0
mehr als 20 Jahre	3	0
gesamt	162	87

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik & PHP Bonn.

Anmerkungen zu Tabelle 9:

Zur Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer wurden sowohl bei den Anstalts- als auch bei den Klinikpatienten die jeweiligen Aufenthaltsdauern in Tage umgerechnet, wobei Beurlaubungen in die Berechnung nicht mit einbezogen wurden. Bei Wiederaufnahmen wurden die jeweiligen Aufenthaltsdauern einzeln ausgewertet. Somit liegt die Gesamtzahl der Patienten über der der untersuchten Krankenakten.

Tabelle 10: Aufenthaltsdauer in Klinik und Anstalt in Prozent

Dauer	Anstalt	Klinik
1 Tag bis 14 Tage	13%	55%
15 Tage bis 1 Monat	11%	22%
mehr als 1 Monat bis 2 Monate	12%	12%
mehr als 2 Monate bis 6 Monate	25%	8%
mehr als 6 Monate bis 1 Jahr	13%	2%
mehr als 1 Jahr bis 2 Jahre	8%	1%
mehr als 2 Jahre bis 5 Jahre	8%	0%
mehr als 5 Jahre bis 10 Jahre	6%	0%
mehr als 10 Jahre bis 20 Jahre	3%	0%
mehr als 20 Jahre	2%	0%
gesamt	101%	100%

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik & PHP Bonn.

Anmerkungen zu Tabelle 10:

Als Basis für die Prozentangabe wurden die Gesamtzahlen (162; 87) aus Tabelle 9 verwendet.

Tabelle 11: Verbleib der Patienten der Anstalt mit einer Aufenthaltsdauer unter 6 Monaten

Status	Anzahl der Patienten
Entlassen als gebessert/ genesen	45
Entlassen als ungeheilt nach Hause	16
Entlassen als ungeheilt in andere Anstalt	11
verstorben	13
Entwichen	1
Entlassen ins einweisende Gefängnis	6
Abschiebung	1
Nicht geisteskrank	3
Keine Angabe	1

Quelle: eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn.

Tabelle 12: Verlegungen der „ungeheilten Patienten“

Verlegungsort	Anzahl der dorthin verlegten Patienten
nach Hause	13
Ausland	5
Klosterhoven	8
Alexianer- Anstalt (Crefeld; Mönchen-Gladbach)	3
Ensen	2
Saffig	1
Departement-Anstalt Düsseldorf	2
Ebernach	1
Waldbröl	2
Bonner städt. Pflegehaus	3
Trinkeranstalt Brauweiler	1
Königshof	2
Privatanstalt (keine genauere Angabe)	1
Anstalt Weilmünster	1
Trier Provinziallandarmenhaus	1
Gefängnis	3
k. A.	5

Quelle: eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn.

Anmerkungen zu Tabelle 12:

Durch Wiederaufnahme und erneute Verlegung wurden hier insgesamt 147 Patientenfälle gezählt.

Tabelle 13: Diagnosen der in die Anstalt aufgenommenen Patienten laut Verwaltungsbericht

	1908		1909		1910		1912		1913		Durchschnitt
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.	%
einfache Seelenstörung	443	64,9	409	63,0	371	63,8	400	62,7	525	66,5	64,2
paralytische Seelenstörung	62	9,1	71	10,9	59	10,1	62	9,7	80	10,1	10,0
Seelenstörung mit Epilepsie	75	11,0	66	10,2	61	10,5	65	10,2	81	10,3	10,4
Imbecillität, Idiotie, Kretinismus	43	6,3	46	7,1	32	5,5	60	9,4	53	6,7	7,0
Delirium potatorium	43	6,3	42	6,5	43	7,4	25	3,9	20	2,5	5,3
nicht geisteskrank	17	2,5	15	2,3	16	2,8	26	4,1	30	3,8	3,1
gesamt	683		649		582		638		789		

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP 1908-1914.

Anmerkungen zu Tabelle 13:

Die Jahresangaben beziehen sich hier entsprechend den Verwaltungsberichten auf den Zeitraum vom 01.04. des Jahres bis zum 31.03. des Folgejahres. Für das Jahr 1911 war kein Verwaltungsbericht auffindbar.

Tabelle 14: Diagnosen der Anstaltspatienten laut Krankenakten

in den Akten genannte Diagnose	Anzahl
Dementia praecox	14
Katatonie	5
Hebephrenie	2
Dementia paranoides	6
Paranoia	5
praeseniler Beeinträchtigungswahn	1
Melancholie	10
manisch - depress. Irresein	6
Depression	5
senile Melancholie	1
Manie	1
senile Depression	1
Dementia senilis	9
Demenz	1
Arterioscl. / postapoplect. Demenz	2
senile Geistesstörung	1
Chron. Alkoholismus	6
Delirium tremens	4
Alkoholhalluzinose	1
Dipsomanie	1
Morphinismus	1
Progressive Paralyse/ Dementia paralytica	12
akute Verwirrtheit/ Amentia	5
ängstliche Verwirrtheit	1
Erregungszustand und Delir	1
pathologischer Erregungszustand	1
Imbecillität	3
Schwachsinn	1
Imbecillität und Erregung	2
Epilepsie	5

postepilept. Verwirrtheit	1
Degeneration/ degeneratives Irresein	4
patholog. Rausch bei Degeneration	1
Paranoid bei Degeneration	1
Depression bei Degeneration; Haftpsychose	1
degenerative Haftpsychose	2
Psychose bei Degeneration	1
Hysterie	3
Neurasthenie (mit Wahnbildung?)	1
Neurasthenie	1
postapoplect. Irresein	1
Psychopathie	2
nicht geisteskrank	5
keine Angabe	21

Quelle: eigene Darstellung; Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn.

Anmerkungen zu Tabelle 14:

Da ein Teil der Patienten mehrere Diagnosen aufwies, liegt die Gesamtanzahl der Diagnosen über der Gesamtanzahl der Krankenakten.

Tabelle 15: Diagnosen der Klinikpatienten anhand einer zeitgenössischen Darstellung

Diagnose	Anzahl	Diagnose	Anzahl
Dem. Praec.	24	Gehirnabsceß	1
Man.-depressiv. Irresein	27	Unklare Fälle	5
Progr. Paralyse	17	Hysterie	68
Imbecillität	8	Epilepsie	33
Idiotie	1	Neurasthenie	120
Del. Tremens	3	Basedowsche Krankheit	4
Alk. Chron.	10	Paralysis agitans	1
Korsakowsche Psychose	1	Psychopath. Konstitution	6
Dem. sen.	7	Tic convulsiv	4
Degenerationspsychosen	20	Zwangsvorstellungen	5
Amentia	1	Herzneurosen	2
Kohlenoxydvergiftungen	2	Syringomyelie	2
Morphinismus	1	Friedreichsche Ataxie	1
Schädelbasisbrüche	11	Multiple Sklerose	5
Huntingtonsche Chorea	2	Tuberkulöse Wirbelcaries	1
Aphasie	1	Tabes	3
Lues cerebri	4	Spinale Kinderlähmung	3
Gehirntumoren	5	Progressive Muskelatrophie	1
Cerebrale Kinderlähmung	3	Peroneusparese	1
Apoplexie	1	Trigeminusneuralgie	2
Arteriosklerose	5	Eklampsie	2
Schußverletzungen des Gehirns	2	Urämie	2
Bulbärparalyse	2	Chronische Nephritis	2
Chorea minor	6		

Quelle: Westphal et al., 1911, S. 247.

Tabelle 16: Die Diagnosen der Klinikpatienten und ihre Geschlechtsverteilung anhand der Krankenakten

Diagnose	Anzahl	Geschlecht	
		m	w
Hysterie	8	1	7
Hysteroneurasthenie	1		1
traum. Hysteroneurasthenie	1	1	
Neurasthenie	8	8	
Nervenschwäche nach Unfall	1	1	
traumatische Neurose	1	1	
traum. Neurasthenie	1	1	
Unfallhysterie	2	1	1
Unfallneurose	7	7	
Beschäftigungsneurose	1	1	
Hypochondrie	2	2	
Lähmung nach Unfall	1	1	
Tabes	2	1	1
PP	1	1	
Taboparalyse	1	1	
Lues cerebrospinalis	1	1	
PP & Hysterie	1		1
Psychose (Altersschwäche)	1	1	
Paranoia acuta	2	1	1
Dem. sen.	1	1	
sen. Depression – paranoid	1	1	
periodische Manie	1	1	
Cyclothymie, degener. Ersch.	1		1
Depression	1		1
Degeneration	2	1	1
Psychopathie	1	1	
Imbec.	1	1	
Hysterie und Imbecillität	1	1	

Hirntumor	2	1	1
Pseudobulbärparalyse	1	1	
Neuritis	1	1	
Multiple Sklerose	2		2
Epilepsie	2	2	
traum. Epilepsie	1	1	
k.A.	9	6	3
gesamt	71	50	21

Quelle: eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn.

Tabelle 17: Geschlechtsverhältnis bei den Patienten der Klinik

	1908		1909		1910		1911		1912		1913		1914	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Best. 1.4.	9(1)	7(1)	20	14	21	13	20	15	15	17	19	18	20	23
Zugang	77	24	218	75	272	117	286	153	329	156	370	160	220	92
Abgang	66	17	217	76	274	113	291	151	326	156	369	156	223	105
Best 31.3	20	14	21	13	19	17	15	17	18	17	20	22	17	10

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: UA Bonn, Chroniken der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn 1908-1914, jeweils Jahresberichte der Psychiatrischen und Nervenlinik.

Anmerkungen zu Tabelle 17:

1) am 15.10.1908

Tabelle 18: Die Gutachten an den Klinikpatienten

Diagnose	Anzahl gesamt	Begutachtungen
Hysterie	8	2
Hysteroneurasthenie	1	
traum. Hysteroneurasthenie	1	1
Neurasthenie	8	2
Nervenschwäche nach Unfall	1	1
traumatische Neurose	1	
traum. Neurasthenie	1	1
Unfallhysterie	2	2
Unfallneurose	7	7
Beschäftigungsneurose	1	
Hypochondrie	2	2
Lähmung nach Unfall	1	1
Tabes	2	
PP	1	
Taboparalyse	1	
Lues cerebrospinalis	1	
PP & Hysterie	1	
Psychose (Altersschwäche)	1	1
Paranoia acuta	2	
Dem. sen.	1	
sen. Depression – paranoid	1	
periodische Manie	1	
Cyclothymie, degener. Ersch.	1	
Depression	1	
Degeneration	2	
Psychopathie	1	
Imbec.	1	
Hysterie und Imbecillität	1	
Hirntumor	2	
Pseudobulbärparalyse	1	

Neuritis	1	
Multiple Sklerose	2	
Epilepsie	2	2
traum. Epilepsie	1	
k.A.	9	1
gesamt	71	21

Quelle: eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn.

Tabelle 19: Verpflegungsklassen der Patienten der PHP laut Verwaltungsberichten

Klasse	1908		1909		1910		1912		1913	
	VT	%	VT	%	VT	%	VT	%	VT	%
I	0	0	0	0	119	0,03	72	0,02	0	0
II	2241	0,8	1995	0,7	1751	0,5	2625	0,82	2799	0,85
III	29798	10,5	30018	9,9	26079	8,2	29088	9,12	29820	9,08
IV	252580	88,7	268897	89,4	290076	91,2	287262	90,04	295721	90,07
gesamt	284619		300910		318025		319047		328340	

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15186, Verwaltungsberichte der PHP Bonn 1908-1913.

Anmerkungen zu Tabelle 19:

In den Verwaltungsberichten erfolgt die Angabe zu den Verpflegungsklassen anhand so genannter Verpflegungstage (VT) pro Verpflegungsklasse und Jahr, so dass dieser Begriff auch in dieser Tabelle übernommen wurde.

Tabelle 20: Verteilung der Verpflegungsklassen in Anstalt und Klinik laut Krankenakten

Verpflegungsklasse	Anstalt		Klinik	
	absolut	relativ	absolut	relativ
I	0	0	1	1,4
II	4	2,6	7	9,7
III	17	11,2	14	19,4
IV	123	81,0	44	61,1
Freibett			1	1,4
Kinder			2	2,8
k. A.	8	5,3	3	4,2
Gesamt	152	100	72	100

Quelle: eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik & PHP Bonn.

Anmerkungen zu Tabelle 20:

Die Anzahl der Patienten ist hier höher als die eigentlich untersuchte Anzahl an Krankenakten. Dies liegt daran, dass einige Patienten von einer Klasse in eine andere wechselten. In diesen Fällen wurden hier beide Klassen mit berücksichtigt.

Tabelle 21: Kostenträger Anstalt

Kostenträger	Verpflegte Patienten	% (Basis = 146)
Armenverwaltung	89	61
Angehörige/ Selbstzahler	34	23
Krankenkasse	21	14
Staatsanwaltschaft	7	5
Strafanstalt Siegburg	1	0,7
Armee	2	1,4
Landesversicherungsamt	1	0,7
Eisenbahndirektion	1	0,7
k.A.	7	4,8

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn.

Tabelle 22: Kostenträger Klinik

Kostenträger	Verpflegte Patienten
Armenverwaltung	7
Angehörige/ Selbstzahler	26
Krankenkasse	15
Arbeitgeber	1
Berufsgenossenschaften	21
Schiedsgericht Arbeiterversicherung	2
Eisenbahndirektion	1
Freibett	1

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn.

Anmerkungen zu den Tabellen 21 und 22:

In mehreren Fällen wurden die Kosten von unterschiedlichen Trägern geteilt oder der Kostenträger wechselte nach einiger Zeit. Besonders oft geschah dies bei Patienten, die bei einer Krankenkasse versichert waren. Hier übernahmen die Kassen oft nur die Kosten für einen gewissen Zeitraum, danach sprang der Armenverband ein. Daher ist die Gesamtzahl der Patienten in dieser Tabelle höher als die eigentlich untersuchte Patientenzahl.

Unter Armenverwaltung werden an dieser Stelle Orts- und Landesarmenverbände zusammen gewertet. Auch die Freistellen wurden in diese Rubrik mit einbezogen. Unter den Krankenkassen wurden hier Orts- und Betriebskrankenkasse zusammengerechnet.

Tabelle 23: Selbstzahler in der Klinik: Verteilungsprofil der Verpflegungsklassen

Klasse	Anzahl der Selbstzahler
I	1
II	5
III	12
IV	7
Kind	1
k. A.	1

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten Nervenlinik Bonn.

Anmerkungen zu Tabelle 23:

Auch hier führte die Tatsache, dass ein Patient während seines Aufenthaltes in unterschiedlichen Klassen verpflegt wurde, dazu, dass die Gesamtzahl der hier aufgeführten höher als die tatsächliche Anzahl der Selbstzahler ist.

Tabelle 24: Verpflegung der Patienten der Nervenlinik

	I. Klasse	II. Klasse	III. Klasse	IV. Klasse
1. Frühstück	Kaffee od. Milch od. Kakao; Butterbrötchen	Kaffee od. Milch od. Kakao; Butterbrötchen	Kaffee od. Milch; Butterbrötchen	Kaffee Butterbrot
2. Frühstück	Butterbrot mit Beilage; Kakao od. Bouil- lon	Butterbrot mit Bei- lage; Kaffee	Butterbrot mit Beilage; Kaffee	Butterbrot Kaffee
Mittag	Suppe, Fleisch, Braten, Gemüse, Kartoffel, Kompott, Dessert	Suppe, Fleisch, Braten, Gemüse, Kartoffel, Kompott (Sonntags Dessert)	Suppe, Fleisch, Gemüse, Kartoffel (Sonntags Kom- pott)	(Sonntags Suppe) Fleisch, Gemüse
Nachmittag	Kaffee od. Milch od. Kakao; Butterbrot	Kaffee od. Milch, Butterbrot	Kaffee od. Milch, Butterbrot	Kaffee, Butterbrot
Abend	Braten, Kartoffel, Salat, Käse	Braten, Kartoffel, Salat	Braten, Kartoffel	Suppe, 2mal wöchentlich Wurst oder Hering

Quelle: Westphal et al., 1911, S. 246.

Tabelle 25: Die Lehrveranstaltungen der Bonner Psychiatrie von 1908 – 1914

Jahr / Vorlesung	WS 1908/09	SS 1909	WS 1909/10	SS 1910	WS 1910/11	SS 1911
Psychiatrische Klinik	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal
Poliklinik für psychische & Nervenkrankheiten	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal
Arbeiten im Laboratorium der psychiatrischen Klinik	Westphal Hübner		Westphal Kölpin	Westphal Hübner	Westphal Stertz	Westphal Stertz
Forensische Psychiatrie		Westphal		Westphal		Westphal
Psychiatrisch- Forensisches Praktikum	Förster	Kölpin	Kölpin	Hübner	Hübner	Hübner
Über geistig abnorme Kinder	Hübner	Hübner	Hübner		Hübner	
Über Alkoholismus mit Krankenvorstellungen	Förster					
Der Alkoholismus und seine soziale Bedeutung					Stertz	
Spezielle Psychiatrie	Kölpin				Stertz	Wassermeyer
Ausgewählte Kapitel aus der allgemeinen und speziellen Psychiatrie						
Klinische Psychiatrie			Hübner			
Ausgewählte Kapitel der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der Geisteskrankheiten	Kölpin		Kölpin			
Psychiatrischer Kurs	Hübner					
Psychiatrische Untersuchungsmethoden						
Psychiatrischer Untersuchungskurs		Hübner				Stertz
Über Ursachen und soziale Bedeutung geistiger Störungen	Hübner					Stertz
Erscheinungen und Ursachen des Irreseins		Kölpin				
Ausgewählte Kapitel der Kriminalpsychologie				Hübner		
Kriminalpsychologie						Hübner
Kriminalpsychologie mit Übungen						
Über Zurechnungsfähigkeit	Thomsen	Thomsen	Thomsen	Thomsen	Thomsen	Thomsen
Über Bau und Funktion von Gehirn und Rückenmark unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Gesichtspunkte						

Jahr / Vorlesung	WS 1911/12	SS 1912	WS 1912/13	SS 1913	WS 1913/14	SS 1914
Psychiatrische Klinik	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal
Poliklinik für psychische & Nervenkrankheiten	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal	Westphal
Arbeiten im Laboratorium der psychiatrischen Klinik	Westphal Sertz	Westphal Sertz	Westphal Sertz	Westphal Hübner	Westphal Hübner	Westphal
Forensische Psychiatrie		Westphal		Westphal		
Psychiatrisch- Forensisches Praktikum	Hübner	Hübner	Hübner	Hübner	Hübner	Hübner
Über geistig abnorme Kinder	Hübner		Hübner		Hübner	
Über Alkoholismus mit Krankenvorstellungen						
Der Alkoholismus und seine soziale Bedeutung	Sertz		Sertz			
Spezielle Psychiatrie		Wasser- meyer		Wasser-meyer		Wasser- meyer
Ausgewählte Kapitel aus der allgemeinen und speziellen Psychiatrie	Sertz					
Klinische Psychiatrie						
Ausgewählte Kapitel der pathologischen Anatomie des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung der Geisteskrankheiten						
Psychiatrischer Kurs						
Psychiatrische Untersuchungsmethoden	Wasser- meyer					
Psychiatrischer Untersuchungskurs		Sertz	Sertz			
Über Ursachen und soziale Bedeutung geistiger Störungen		Sertz				
Erscheinungen und Ursachen des Irreseins						
Ausgewählte Kapitel der Kriminalpsychologie						
Kriminalpsychologie				Hübner		Hübner
Kriminalpsychologie mit Übungen		Hübner				
Über Zurechnungsfähigkeit	Thomsen	Thomsen				Thomson
Über Bau und Funktion von Gehirn und Rückenmark unter besonderer Berücksichtigung der klinischen Gesichtspunkte			Thomsen Wassermeyer		Thomsen Wassermeyer	

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: UA Bonn, Vorlesungsverzeichnisse der Universität Bonn 1908 – 1914.

Tabelle 26: Die psychiatrischen Dissertationen von 1909 bis 1914

Datum	Doktorand	Titel	Institution (Referent)
10.02.1909	Hoffmann, Friedrich	Psychosen bei Infektionskrankheiten	Nervenlinik (Westphal)
04.03.1909	Poncelet, Franz	Ueber Huntington'sche Chorea	Nervenlinik (Westphal)
13.05.1909	Reuter, Franz	Ueber das Verhalten der Intelligenz bei älteren Fällen von Dementia paranoides	PHP (Westphal)
19.05.1909	Burger, Alexander	Beiträge zur Kasuistik des sogenannten menstruellen Irreseins	Nervenlinik (Westphal)
30.06.1909	Schaefer, Peter	Über die familiären und conjugalen Fälle von progressiver Paralyse u. Tabes dorsalis	PHP (Westphal)
05.07.1909	Rath, Georg	Beiträge zur Lehre vom manisch-depressiven Irresein	Nervenlinik (Westphal)
20.11.1909	Hochgeschurz, Wilhelm	Die epileptische Amnesie in klinischer und forensischer Bedeutung	psychiatrische Abteilung der Akademie für praktische Medizin zu Köln (Westphal)
15.12.1909	Krajca, Clementine	Progressive Paralyse und Gefäßerkrankungen	Nervenlinik (Westphal)
22.01.1910	Hennes, Hans	Die epileptischen Dämmerzustände, ihre klinische u. forensische Bedeutung	Nervenlinik (Westphal)
03.06.1910	Wiersberg, Joseph	Psychologische Untersuchungen über die Merkfähigkeit bei der progressiven Paralyse u. der Dementia senilis	PHP (Westphal)
25.06.1910	Ehrenwall, Josef	Zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica progressiva von anderen paralyse-ähnlichen Erkrankungen syphilogenen Ursprungs	Nervenlinik & Dr. v. Ehrenwall'sche Privatlinik Ahrweiler (Westphal)
30.07.1910	Skoczynski, Vincenz	Beitrag zur Kenntnis der Sprachbewegungshalluzinationen und ihrer Beziehung zum Gedankenlautwerden	Charité Berlin (Westphal)
15.10.1910	Roesen, Alexander	Ueber die Bedeutung der serologischen Syphilisforschung für die Psychiatrie	Nervenlinik, PHP & Hertzsche Heilanstalt zu Bonn (Westphal)
12.12.1910	Prager, Joseph Julius	Experimenteller Beitrag zur Psychopathologie der Merkfähigkeits-Störungen	Staats-Irrenanstalt Friedrichsberg Hamburg (Westphal)
12.12.1910	Wilmanns, Kurt	Statistische Untersuchungen über Haftpsychosen	PHP (Westphal)
27.01.1911	Dormanns,	Über manisch-depressives Irresein mit be-	Nervenlinik

	Josef	sonderer Berücksichtigung der langen Phasen	(Westphal)
24.02.1911	Laymann, Ludwig	Posteklamptische Psychosen	Universitätsfrauen- klinik Bonn & Ner- venklinik & PHP (Westphal)
26.05.1911	Rollmann, Josef	Klinische Beobachtungen über den Korsakowschen Symptomenkomplex	Nervenklinik (Westphal)
26.05.1911	Winter, Friedrich Wilhelm	Ein kasuistischer Beitrag zu den A. Westphalschen Pupillenstörungen bei Katanie	PHP (Westphal)
02.06.1911	Bonsmann, Moritz Richard	Ein Beitrag zur Lehre von der Erbllichkeit bei Psychosen und Neurosen	Nervenklinik (Westphal)
26.06.1911	Kurthen, Jacob Theodor	Über atypische Unfallpsychosen und ihre unfallrechtliche Bedeutung	Nervenklinik (Westphal)
04.08.1911	Joerrens, Alfred	Über chronische Alkoholpsychosen	PHP (Westphal)
15.11.1911	Hoestermann, Ernst	Zerebrale Lähmung bei intakter Pyramidenbahn (Ein Beitrag zu d. Entwicklungskrankheiten d. Gehirns)	neurologisches Insti- tut zu Frankfurt, Abteilung für Hirn- pathologie (Westphal)
21.05.1912	Meyer, Max	Dementia praecox - Unfall	Nervenklinik (Westphal)
24.05.1912	Steenbeck, Wilhelm	Über Hysterie vom versicherungsrechtlichen Standpunkt	Nervenklinik (Westphal)
29.07.1912	Hallauer, Wilhelm	Über Unfälle im Kindesalter	k.A. (Westphal)
02.08.1912	Stork, Fritz	Unfall und progressive Paralyse	Nervenklinik (Westphal)
18.11.1912	Friedrich, Waldemar	Die strafrechtliche Bedeutung des Manisch-depressiven Irreseins und der Dementia praecox	Nervenklinik & PHP (Westphal)
09.12.1912	Töpfer, Max	Beitrag zu der Geschichte der Kohlenoxydvergiftungen	Nervenklinik (Westphal)
16.12.1912	Dub, Emil	Über Epilepsie mit besonderer Berücksichtigung versicherungsrechtlicher Fragen	Nervenklinik (Westphal)
16.12.1912	Jacoby, Fritz	Über die Folgen elektrischer Entladungen auf den Menschen speziell über Telefon- Unfälle	Nervenklinik (Westphal)
21.01.1913	Ebbert, Josef	De suicidio	Nervenklinik (Westphal)
21.02.1913	Brenner, Heinz	Ueber die Frage der Entmündigung	PHP (Westphal)
05.05.1913	Kremer, Wilhelm	Multiple Sklerose und Unfall	Nervenklinik (Westphal)
07.05.1913	Nathan, Walter	Die psychischen Störungen bei der Hunting-	Nervenklinik

		tonschen Chorea	(Westphal)
21.05.1913	Wolf, Fritz	Die multiple Sklerose im Kindesalter (mit Berücksichtigung eines eigenen Falles)	Nervenlinik (Westphal)
21.06.1913	Staudacher, Paul	Ehescheidung wegen Geisteskrankheit	Nervenlinik (Westphal)
18.07.1913	Bensch, Rudolf	Zur Casuistik der epileptischen Dämmerzustände	Nervenlinik (Westphal)
02.08.1913	Gröning, Franz	Über einen Fall von Psychose nach Kokaingebrauch	k.A. (Hübner)
02.08.1913	Sinz, Erwin	Der Alkoholversuch in der forensischen Psychiatrie	PHP (Westphal)
03.01.1914	Sünder, Bernhard	Querulantenwahn und Dienstfähigkeit	Nervenlinik (Westphal)
13.01.1914	Duge, Bruno	Ein Beitrag zur Kenntnis der Psychosen bei der multiplen Sklerose des Gehirns und Rückenmarks	Nervenlinik, II. med. Abteilung allg. Krankenhauses Eppendorf Hamburg (Westphal)
31.01.1914	Strauß, Alice	Zur Psychologie der pathologischen Schwindler	psychiatrisches Klinik der Krankenanstalt Lindenburg, Cöln (Westphal)
25.04.1914	Dotzel, Edward	Fünf merkwürdige Fälle von Paralyse	PHP (Westphal)
07.05.1914	Liebelt, Paul	Zur Frage der Beziehungen der Hysterie zu den funktionellen Psychosen	k.A. (Westphal)
28.07.1914	Siepe, Wilhelm	Beitrag zur Frage der strafrechtlichen Bedeutung der Hysterie	Nervenlinik (Westphal)

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Anonymus 1910-15. Jahres-Verzeichnis der an den Deutschen Universitäten erschienenen Schriften. Ausgabe XXIV bis XXX.; Angaben in den Dissertationen.

Tabelle 27: Entstehungsorte der Dissertationen zu psychiatrischen Themen 1908-1914

Entstehungsort	Anzahl der Dissertationen
nur Nervenlinik	24
nur PHP	9
Nervenlinik gemeinsam mit PHP	1
Nervenlinik gemeinsam mit anderen Krankenhäuser	2
Nervenlinik gemeinsam mit PHP und mit anderen Krankenhäusern	2
nur andere Krankenhäuser	5
k. A.	3
insgesamt	46

Quelle: Eigene Darstellung. Daten: Jahres-Verzeichnis der an den Deutschen Universitäten erschienenen Schriften. Ausgabe XXIV bis XXX. 1908-1914; Angaben in den Dissertationen.

Verzeichnis 1: Veröffentlichungen von A. Westphal 1908-1914

Westphal, A. (1908): Ueber die Behandlung der Krämpfe. In: Deutsche medizinische Wochenschrift. Band 34. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 1681-1683.

Westphal, A. (1908): Ueber einen Fall von motorischer Apraxie (mit Sektionsbefund). In: Medizinische Klinik. Band 4. Berlin: Urban & Schwarzenberg. S. 283-286.

Westphal, A. (1908): Beitrag zur Kenntnis der Kleinhirnbrückenwinkeltumoren der multiplen Neurofibromatose. In: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 95. Berlin: Springer. S. 403-417.

Westphal, A. (1908): Manisch-depressives Irresein und Lues cerebri. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 65. Berlin: Reimer. S. 829-838.

Westphal, A. (1908): Ueber einen Fall von amnestischer Aphasie, Agraphie und Apraxie nebst eigenartigen Störungen des Erkennens und Vorstellens im Anschluss an eine eklamptische Psychose. In: Deutsche medizinische Wochenschrift. Band 34. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 2326-2327.

Westphal, A. (1909): Über einen Fall von progressiver neurotischer (neuraler) Muskelatrophie mit manisch-depressiven Irresein und sogenannter Maladie des tics convulsifs einhergehend. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 45. Berlin: August Hirschwald. S. 980-1003.

Westphal, A. (1909): Weitere Beobachtungen über die im katatonischen Stupor beobachtete Pupillenphänomene nebst einem Erklärungsversuch der katatonischen Pupillenstarre. In: Deutsche medizinische Wochenschrift. Band 35. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 1001-1006.

Westphal, A. (1910): Über seltenere Formen von traumatischen und Intoxikationspsychosen, insbesondere über aphasische, agnostische und apraktische Störungen bei denselben, zugleich ein Beitrag zur Pathologie des Gedächtnisses. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 47. Berlin: August Hirschwald. S. 213-277 & S. 843-914.

Westphal, A. (1910): Krankenvorstellungen: Traumatische Psychose, Friedreichsche Krankheit, Progressive Paralyse und Aortenerkrankungen. Pupillenstörungen bei Hysterie und Katatonie. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 67. Berlin: Reimer. S. 326-330.

Westphal, A. (1910): Über hysterische Gehstörungen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 67. Berlin: Reimer. S. 953-955.

Westphal, A. (1911): Pupillenstarre bei Dementia praecox. In: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. Band 12. Halle: Marhold. S. 468.

Westphal, A. (1911): Ueber einen Todesfall nach Behandlung mit Salvarsan bei spinaler Erkrankung (Tabes mit Meningitis spinalis syphilitica) mit mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks. In: Berliner klinische Wochenschrift. Band 48. Berlin: August Hirschwald S. 973-976.

Westphal, A. (1911): Ueber eine eigenartige Form familiärer Myoklonie mit psychischen Störungen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 68. Berlin: Reimer. S. 719-724.

Westphal, A. (1911): Ueber einen Fall von Hemerania ophthalmica (Augenmigräne) mit anfallsweise auftretender Pupillenstarre. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 68. Berlin: Reimer. S. 724-727.

Westphal, A. (1912): Beitrag zur Aetiologie und Symptomatologie der Chorea minor. In: Medizinische Klinik. Band 8. Berlin: Urban & Schwarzenberg. S. 604-607.

Westphal, A. (1912): Komplikation von Tetanie mit Hysterie oder hysterische Pseudotetanie. In: Deutsche medizinische Wochenschrift. Band 38. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 1809.

Westphal, A. (1912): Weiterer Beitrag zur Pathologie der Pupille. In: Deutsche medizinische Wochenschrift. Band 38. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S.1769.

Westphal, A. (1912): Beginnende Akromegalie mit deutlichem Röntgenbefund an der Sella turcica. In: Deutsche medizinische Wochenschrift. Band 38. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 1809.

Westphal, A. (1913): Beitrag zur Lehre von der Pseudosklerose (Westphal- Strümpell), insbesondere über ihre Beziehungen zu dem eigenartigen durch Pigmentierungen, Lebercirrhose, psychische und nervöse Störungen ausgezeichneten Krankheitsbilde (Fleischer). In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 51. Berlin: August Hirschwald. S. 1-29.

Westphal, A. (1913): Ueber die Behandlung der progressiven Paralyse. In: Berliner klinische Wochenschrift. Band 50. Berlin: August Hirschwald. S. 669.

Quellen: Eigene Darstellung; Daten: Kreuter, 1996; Anonymus, 1967.

Anmerkungen zu Verzeichnis 1:

Diese Darstellung erhebt keinen Anspruch auf eine vollständige Auflistung aller der in diesem Zeitraum veröffentlichten Schriften.

Verzeichnis 2: Veröffentlichungen der in Klinik und Anstalt tätigen Ärzte (1908-1914)

Bickel, H. (1912): Die Erkrankung der Vorderhörner des Rückenmarks bei der Tabes. In: Berliner klinische Wochenschrift. Band 49. Berlin: August Hirschwald. S. 1006.

Bickel, H. (1912): Ueber die diagnostische Bedeutung der Knochenreflexe. In: Deutsche medizinische Wochenschrift. Band 38. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 2399.

Bickel, H. (1914): Ueber die normale und pathologische Reaktion des Blutkreislaufs auf psychische Vorgänge. In: Neurologisches Centralblatt. Band 33. Leipzig: Veit & Comp. S. 90-97.

Bickel, H. (1914): Zur Kasuistik der klinisch negativen Fälle von Aphasie. In: Neurologisches Centralblatt. Band 33. Leipzig: Veit & Comp. S. 287-291.

Bickel, H. (1914): Ueber den Einfluss der Konstellation auf die sensorische Wahlreaktion und auf die Resultate der Konstanzmethode. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 53. Berlin: August Hirschwald. S. 565-592.

Bickel, H. (1914): Funikuläre Myelitis mit bulbären und polyneuritischen Symptomen. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 53. Berlin: August Hirschwald. S. 1106-1117.

Foerster, R. (1908): Referat über impulsives Irresein. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 65. Berlin: Reimer. S. 149-158.

Foerster, R. (1908): Ueber das Wassermann-Plautsche Verfahren der Serodiagnostik bei syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 65. Berlin: Reimer. S. 158-161.

Foerster, R. (1909): Forensische Erfahrungen bei Dementia praecox. In: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Heft 37, II. Supplement-Heft. Berlin: August Hirschwald. S.162.

Hübner, A.H. (1908): Klinische Studien über die Melancholie (Habilitationsschrift). In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 43. Berlin: August Hirschwald. S. 505-559.

Hübner, A.H. (1908): Über das Greisenalter in psychologischer, psychopathologischer und forensischer Beziehung. In: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. Band 10. Halle: Marhold. S. 310.

Hübner, A.H. (1909): Zur Lehre von den syphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 66. Berlin: Reimer. S. 657-664.

Hübner, A.H. (1910): Ueber die Much-Holzmannsche Kobragiftreaktion im Blute Geisteskranker. In: Deutsche medizinische Wochenschrift. Band 35. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 1183.

Hübner, A.H. (1910): Ueber die Kobragift-Hämolyse und die Much-Holzmannsche Psychoreaktion. In: Medizinische Klinik. Band 6. Berlin: Urban & Schwarzenberg. S. 831.

- Hübner, A.H. (1910): Zur Psychologie und Psychopathologie des Greisenalters. In: Medizinische Klinik. Band 6. Berlin: Urban & Schwarzenberg. S. 1205-1208.
- Hübner, A.H. (1910): Zur Histopathologie der senilen Hirnrinde. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 46. Berlin: August Hirschwald. S. 598- 609.
- Hübner, A.H. (1910): Über den Selbstmord. Eine klinische und versicherungsrechtliche Studie für Ärzte, Juristen und Beamte der staatlichen Arbeiterversicherung. Jena: Fischer Verlag.
- Hübner, A.H. (1911): Zur forensischen Bedeutung der Hypnose. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 68. Berlin: Reimer. S. 734-740.
- Hübner, A.H. (1911): Beobachtungen über Trichinose. In: Klinisches Jahrbuch. Band 25. Jena: Verlag von Gustav Fischer. S. 569.
- Hübner, A.H. (1912): Kriminalpsychologisches über das weibliche Geschlecht. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 69. Berlin: Reimer. S. 276.
- Hübner, A. H. (1913): Pathologie und Therapie der Degeneration. In: Deutsche medizinische Wochenschrift. Band 39. Stuttgart: Georg Thieme Verlag. S. 921.
- Hübner, A. H. (1914): Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. Bonn: Marcus & Weber.
- Hübner, A. H. (1914) Ueber Diafor (acetylsalcylsaure Harnstoff). In: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. Band 16. Halle: Marhold. S. 207-208.
- Kölpin, O. (1909): Zur pathologischen Anatomie der Huntingtonschen Chorea. In: Journal für Psychologie und Neurologie. Band 12. Leipzig: Barth. S. 57-68.
- Kölpin, O. (1909): Multiple Papillome (Adeno-Carcinome) des Gehirns. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 45. Berlin: August Hirschwald. S. 595-604.
- Kölpin, O. (1910): Hysterische Schlaf- und Dämmerzustände mit eigenartigen Augenstörungen. In: Neurologisches Centralblatt. Band 29. Leipzig: Veit & Comp. S. 226-235.
- Lückerath, M. (1909): Ueber Degenerationspsychosen bei kriminellen Geisteskranken. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 66. Berlin: Reimer. S. 693-694.
- Lückerath, M. (1911): Zur Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und Hysterie. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 68. Berlin: Reimer. S. 312-329.
- Lückerath, M. (1914): Ueber Intelligenzprüfungen, namentlich nach der Binet-Simonschen Methode. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 71. Berlin: Reimer. S. 523-528.
- Sioli, F. (1910): Histopathologische Befunde in einem Fall von Tabespsychose. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Band 3. Berlin: Springer. S. 330-340.

Sioli, F. (1910): Ueber die A. Westphal'schen Pupillenstörungen bei Katatonie und die Pupillennruhe und sensible Reaktion bei Dementia praecox. In: Neurologisches Centralblatt. Band 29. Leipzig: Veit & Comp. S. 520-527.

Sioli, F. (1912): Ueber amyloidähnliche Degeneration im Gehirn. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Band 12. Berlin: Springer. S. 447-464.

Sioli, F. (1912): Ein Fall von Gehirnverletzung im epileptischen Anfall. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 69. Berlin: Reimer. S. 177-179.

Sioli, F. (1913): Über histologischen Befund bei familiärer Myoklonus-Epilepsie. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 51. Berlin: August Hirschwald. S. 30-39.

Sioli, F. (1914): Die Behandlung des Alkoholismus im Vorentwurf des deutschen Strafgesetzbuches. In: Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen. Heft 48. Berlin: August Hirschwald. S. 312.

Stertz, G. (1910): Über Residualwahn bei Alkoholdeliranten. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 67. Berlin: Reimer. S. 540-571.

Stertz, G. (1910): Eigenartige epileptische Psychose. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 67. Berlin: Reimer. S. 477-479.

Stertz, G. (1910): Cerebrospinale Cysticerkose. Menigealcyste des linken Schläfenlappens. In: Berliner klinische Wochenschrift. Band 47, Nr. 10. Berlin: August Hirschwald. S.461.

Stertz, G. (1911): Über periodisches Schwanken der Hirnfunktion. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 48. Berlin: August Hirschwald. S. 199-255.

Stertz, G. (1911): Atypische Bleilähmung, durch ein Trauma ausgelöst. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 68. Berlin: Reimer. S. 727-729.

Stertz, G. (1912): Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Diagnose von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten. In: Medizinische Klinik. Band 8. Berlin: Urban & Schwarzenberg. S. 133.

Stertz, G. (1912): Über subcorticale sensorische Aphasie nebst einigen allgemeinen Bemerkungen zur Auffassung aphasischer Symptome. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Band 32. Basel: Karger. S. 327-365.

Umpfenbach, F. (1912): Funktionelle Psychosen. Sammelreferate. Berichte über die psychiatrische Literatur. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Literaturhefte zu Band 69. Berlin: Reimer.

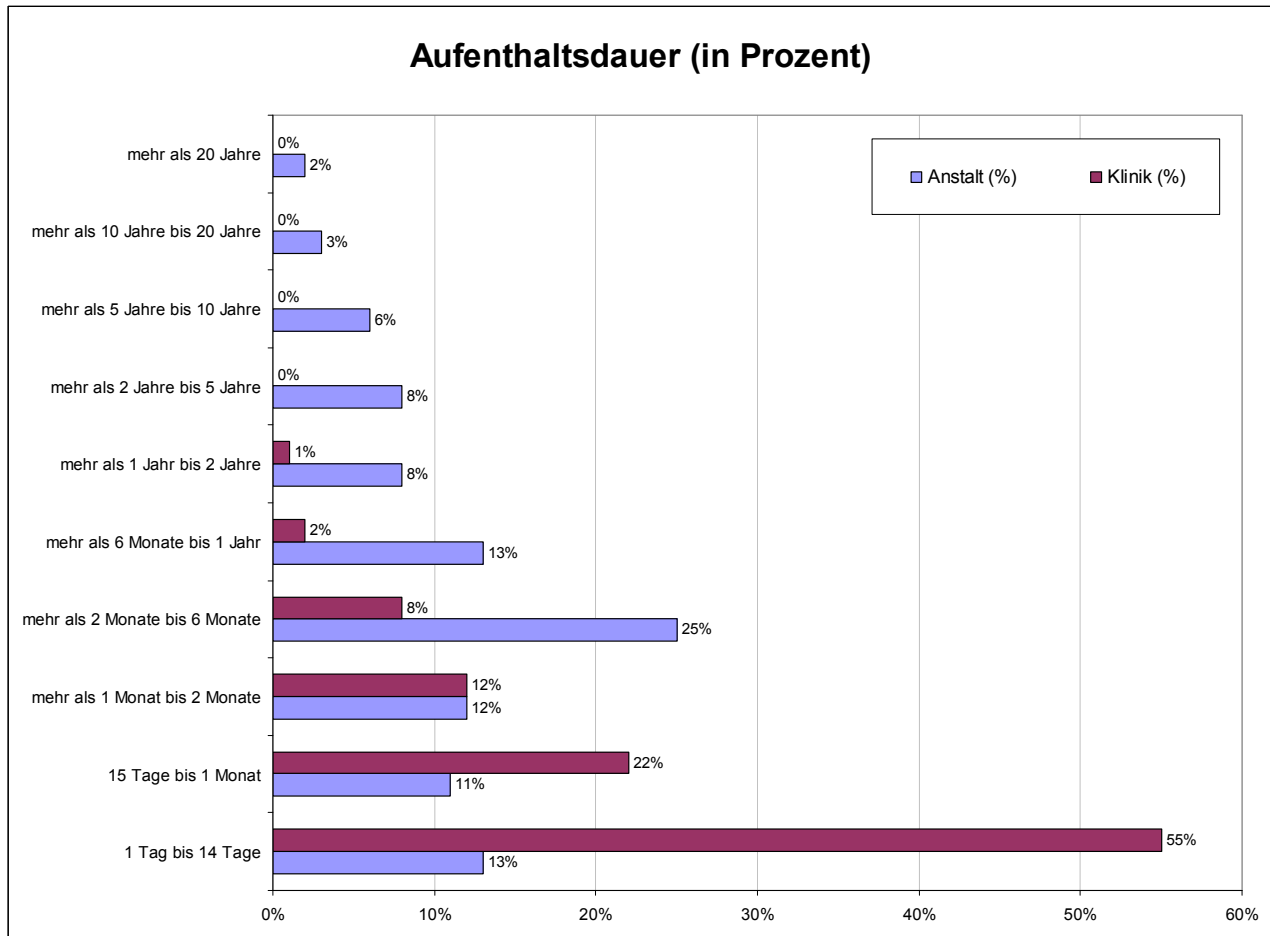
Umpfenbach, F. (1913): Funktionelle Psychosen. Sammelreferate. Berichte über die psychiatrische Literatur. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Literaturhefte zu Band 70. Berlin: Reimer.

Umpfenbach, F. (1914): Funktionelle Psychosen. Sammelreferate. Berichte über die psychiatrische Literatur. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Literaturhefte zu Band 71. Berlin: Reimer.

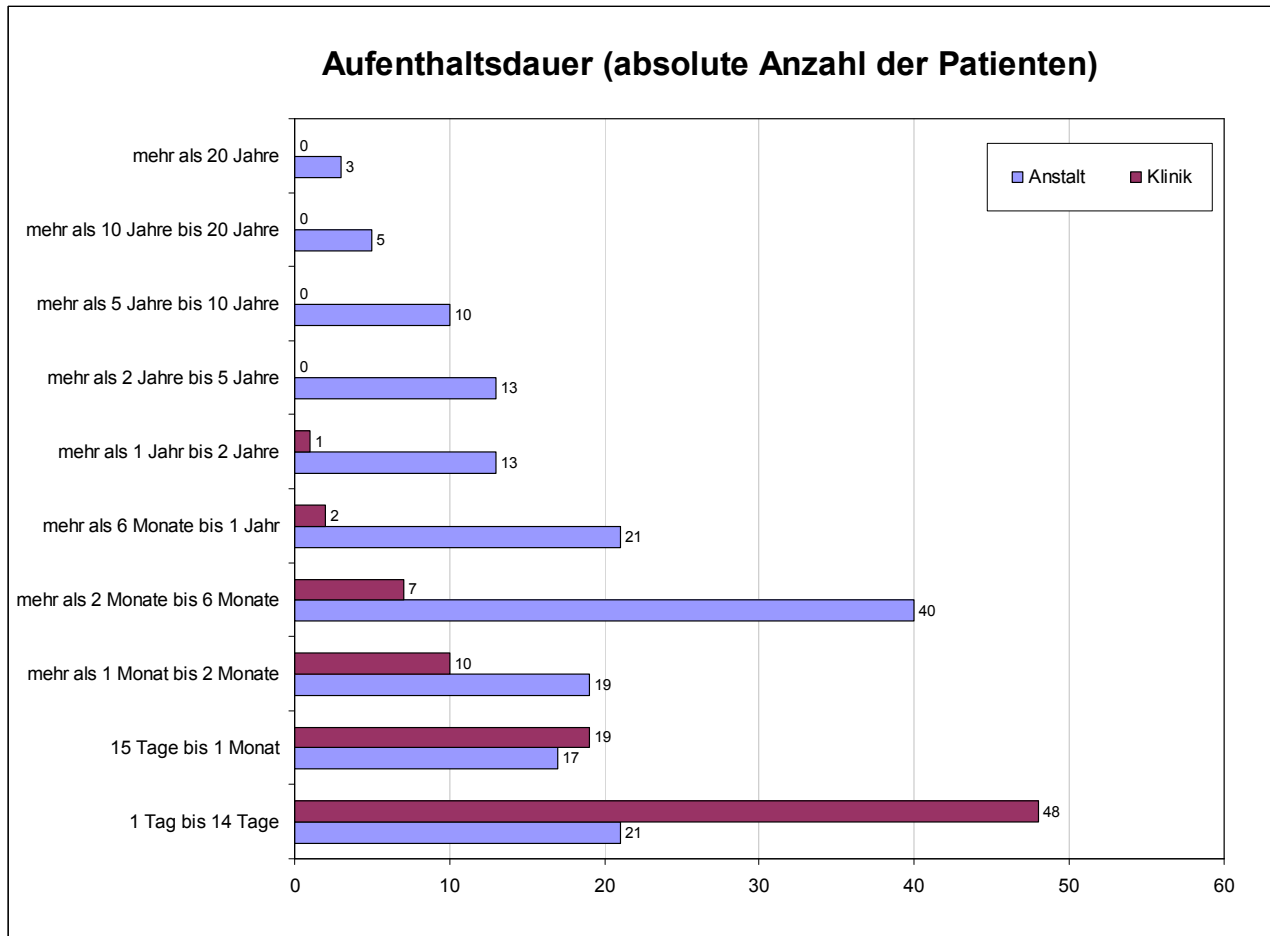
Quellen: Eigene Darstellung. Daten: Kreuter, 1996; Anonymus, 1967.

Anmerkungen zu Verzeichnis 2:

Diese Darstellung erhebt keinen Anspruch auf eine vollständige Auflistung aller der in diesem Zeitraum veröffentlichten Schriften.

Graphik 1: Aufenthaltsdauer (in Prozent)

Quelle: Eigene Darstellung, vgl. Tabelle 10.

Graphik 2: Aufenthaltsdauer (absolute Anzahl der Patienten)

Quelle: Eigene Darstellung, vgl. Tabelle 9.

12.4 Wichtige Quellen

Quelle 1: Auszug aus dem Vertrag zwischen dem Kuratorium der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Bonn und dem Provinzialverband vom 9. Juli 1907.

I. Abschnitt:

§1

Der Provinzialverband überlässt zum Zwecke der Errichtung einer klinischen Station zu 20 Betten dem Kuratorium der Friedrich-Wilhelm- Universität einen Teil des zur Rheinischen Provinzial- Heil und Pflegeanstalt zu Bonn gehörigen an der Ringstrasse zu Bonn gelegenen Grundstückes.

§2

Die Übertragung des Grundstückes erfolgt durch Begründung eines Erbbaurechtes gemäß §1012 f des Bürgerlichen Gesetzbuches.

§3

Das zu Errichtung der klinischen Station bestimmte Grundstück ist unmittelbar an der Ringstrasse zu Bonn gelegen und erhält von dieser Strasse aus einen besonderen Zugang. Die Abgrenzung des Grundstückes bleibt einer besonderen Vereinbarung vorbehalten. Ein besonderer Garten wird der klinischen Station nicht eingeräumt- jedoch bleibt den Kranken der klinischen Station das Recht vorbehalten, sich in den Gärten der Provinzialanstalt zu bewegen.

Eine Umzäunung der klinischen Station ist nicht erforderlich.

§4

Damit des zu errichtende Gebäude der klinischen Station mit dem Gesamtbaucharakter der Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt in Übereinstimmung besteht, sind die Baupläne vor der Errichtung des Gebäudes dem Landeshauptmann vorzulegen, damit dieser Gelegenheit findet, etwaige Ausstellungen zu machen

§5

Das Erbbaurecht an dem oben bezeichneten Grundstück fällt entweder

a) wenn die klinische Station zu dem Gebäude nicht mehr aufrecht erhalten wird

oder

b) wenn die Professur für Psychiatrie an der Universität Bonn und die Stellung des Direktors der Prov. Heil. und Pflegeanstalt in Bonn nicht mehr in derselben Person vereinigt sind.

In diesem Falle ist der Landeshauptmann berechtigt, die Löschung des Erbbaurechts im Grundbuche zu verlangen. Die Bedingungen unter a) und b) sind bei Begründung des Erbbaurechts mit in das Grundbuch einzutragen.

Die Vorschriften des Vertrages vom 27. Aug. 1870 zwischen den Rheinischen Provinzialständen und der Königlich Rheinischen- Friedrich- Wilhelms- Universität werden durch vorstehende Bestimmungen nicht berührt.

§6

Im Falle der Aufhebung des Erbbaurechtes fällt das auf dem Grundstücke errichtete Gebäude an den Provinzialverband der Rheinprovinz. Dieser hat als Entschädigung an die Kgl. Staatsregie-

rung den nachgewiesenen Betrag der Neubauunkosten abzüglich einer Abnutzungsquote von 11/4 % für jedes Jahr der Benutzung zu entrichten.

§7

Die Kosten für die baulichen Veränderungen, die zum Zwecke der Herstellung einer Verbindung zwischen der Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt und der klinischen Station getroffen werden müssen, trägt das Kuratorium der Universität. [...]

V. Abschnitt:

§11

Das für die klinische Station erforderliche Pflegepersonal wird von der Provinzial-Verwaltung gestellt. Dasselbe untersteht in dienstlicher Hinsicht dem Landeshauptmann. Die Zahlung des dem Pflegepersonal zustehenden Lohnes, der Entschädigung für die Beköstigung der III. Klasse, sowie der sonstigen Emolumente nach dem im Etat festgesetzten Werte einschließlich der Kosten für die Dienstbekleidung übernimmt das Kuratorium der Universität. Dasselbe zahlt ausserdem an den Provinzialverband 15 % der Bezüge des Pflegepersonals Beitrag zum Pensionsfond und ausserdem die Prämie, welche die Provinzialverwaltung dem Pflegepersonal nach fünfjähriger ununterbrochener Dienstzeit gewährt und zwar nach Verhältnis der in der klinischen Station verbrachten Zeit. Der Anteil an der Prämie ist auch dann zu zahlen, wenn die betreffende Pflegeperson vor Ablauf der fünf Jahre wieder in die Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt versetzt wird.

§12

An der klinischen Station wird ein besonderer klinischer Assistenzarzt angestellt. Derselbe hat gleichzeitig im Krankendienste der Prov. Heil- und Pflegeanstalt nach näherer Anweisung des Direktors tätig zu sein. Hierfür werden ihm die in den Haushaltsplänen der Bonner Anstalt vorgesehenen Emolumente, nämlich Beköstigung in der I. Tischklasse, Wäsche und Arznei gewährt, während die Zahlung der Remuneration sowie Anweisung einer Wohnung vom Kuratorium der Universität erfolgt.

VI. Abschnitt

§13

Der bisher in der Prov. Heil- und Pflegeanstalt befindliche Hörsaal wird in die klinische Station verlegt. Die sonstigen für wissenschaftliche Zwecke benutzten Räume in der Anstalt werden weiter benutzt.

VII. Abschnitt

§14

Die Anstaltsgeistlichen der Prov. Heil- und Pflegeanstalt werden ihre Dienste auch der klinischen Station widmen. Sollten sie hierfür ein besonderes Entgelt beanspruchen, so ist es Sache des Kuratoriums der Universität mit dem Geistlichen selbst eine Einigung über die Höhe des von ihm zu entrichtenden Entgelts herbeizuführen.

VIII. Abschnitt

§15

Dem Rendanten der Prov. Heil- und Pflegeanstalt wird auf jederzeitigen Widerruf gestattet werden, die Leitung der Buch- und Kassenführung der klinischen Station gegen eine seitens des Kuratoriums zu zahlende Vergütung zu übernehmen, wofern ein Angestellter der klinischen Station (Pfortner oder Stationspfleger) mit der Erledigung der Schreibebeiten beauftragt wird.

IX. Abschnitt

§16

Wegen Benutzung der orthopädischen und hydrotherapeutischen Einrichtungen der Station seitens der Insassen der Provinzialanstalt bleibt besondere Vereinbarung vorbehalten.

X. Abschnitt

§17

Die in den §§ 8 bis 15 getroffenen Vereinbarungen erhalten Gültigkeit zunächst auf die Dauer von 3 Jahren, von da ab können die von beiden Teilen am 1. Okt. eines jeden Jahres zum 1. Okt. des darauffolgenden Jahres gekündigt werden. [...]

Quelle: Archiv RK Bonn, Ne 3, Vertrag zwischen dem Kuratorium der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Bonn und dem Provinzialverband vom 9. Juli 1907.

Quelle 2: Brief von A. Westphal vom 26. 01.07 über die Stellung des klinischen Assistenten.Abschrift

Bonn, den 26. Januar 1907

Betrifft
Stellung des klinischen Assistenzarztes
an der neu zu errichtenden
klinischen Aufnahmestation.

Eurer Exzellenz

beehrt sich der Unterzeichnete gemäß Rücksprache vom 24. Januar ds. Js. Nachstehenden Bericht zu überreichen:

Der § 12 des zwischen dem Kuratorium der Friedrich-Wilhelm- Universität zu Bonn und dem Provinzialverbande der Rheinprovinz zu schließenden Vertrages bezüglich einer klinischen Aufnahmestation für psychisch- und Nerven-Kranke bestimmt, daß die Tätigkeit des klinischen Assistenzarztes sich auf die klinische Station beschränken soll. Gegen diese Abgrenzung der Tätigkeit des Assistenten haben sich bei näherer Betrachtung eine Reihe schwerer Bedenken erhoben, die Eur. Exzellenz zu unterbreiten ich nicht verfehlen möchte.

Gemäß dem Vertrage vom 27. August 1870 wird der klinische Unterricht in der Psychiatrie im Wesentlichen an der Hand des Krankenmaterials der Bonner Provinzial-Heilanstalt erteilt. An dieser Tatsache kann sich auch nach Eröffnung der nur 20 Betten umfassenden Aufnahmestation nicht viel ändern.

Zu einer sorgfältigen Vorbereitung der Vorlesung ist es nun unbedingt erforderlich, daß der klinische Assistenzarzt den gesamten Krankenbestand der Provinzialanstalt aus eigener Anschauung kennt. Letzteres ist aber nur möglich, wenn er Gelegenheit hat, dauernd mit den Patienten in Fühlung zu bleiben, sie mit zu beobachten und die Ergebnisse seiner Beobachtungen in den Krankheitsgeschichten der Anstalt niederzulegen. Schon allein dieser Gesichtspunkt läßt es äußerst wünschenswert erscheinen, daß er auch außerhalb der mit dem Unterzeichneten gemeinsamen Hauptvisiten Gelegenheit erhält, sich über die Kranken der Provinzialanstalt möglichst genau zu informieren.

Ein weiterer Grund, der dies erforderlich macht, betrifft die Poliklinik. Unter den in derselben Rat suchenden Kranken befinden sich, wie schon jetzt die Erfahrung lehrt, nicht weniger die seit kürzerer oder längerer Zeit aus der Provinzialanstalt entlassen worden sind. Diesen die geeigneten Verordnungen und Verhaltensmaßregeln zu geben, ist ohne Zweifel einem Arzte, der die Patienten bereits aus der Anstalt kennt, leichter möglich, als einem Anderen, der ihnen fremd gegenübersteht. Daß sie sich außerdem einem bekannten Arzte lieber anvertrauen, ist wohl auch sicher.

Je länger und genauer daher der klinische Assistenzarzt mit dem Krankenbestande der Anstalt vertraut ist, desto mehr wird er in der Lage sein, den die Poliklinik aufsuchenden Patienten, soweit sie unter seinen Augen in der Anstalt früher behandelt wurden, Nutzen zu bringen. Daß es umgekehrt den Ärzten der Provinzialanstalt von hohem Wert sein muß, über das Verhalten eines vor der Aufnahme poliklinisch Behandelten zuverlässige Angaben zu erhalten, steht außer Frage.

Es kann überhaupt nicht eindinglich genug betont werden, daß eine Poliklinik, wie die zu errichtende, ihren Patienten nur dann von Nutzen sein kann, wenn sie im engsten Konnex mit derjenigen Anstalt steht, in der die Kranken sobald stationäre Behandlung notwendig wird, Aufnahme finden. Ein solcher Konnex läßt sich aber nur dadurch herstellen, daß der die Poliklinik

haltende Arzt auch über alle wichtigen Einrichtungen, Behandlungsmöglichkeiten und Krankheitsfälle der Provinzialanstalt dauernd unterrichtet wird.

Der Nutzen, der dadurch erzielt werden kann, kommt nicht nur den Kranken und dem klinischen Unterricht zu gute, er wird auch der Provinzialverwaltung zuteil, die hierdurch in der Lage ist, zahlreiche, nur als gebessert entlassene Patienten der Obhut einer in naher Beziehung zu ihrer Anstalt stehenden Poliklinik anzuvertrauen, sie somit auch nach der Entlassung oder Beurlaubung unter fachärztlicher Aufsicht zu halten.

Ein dritter Grund, der gegen die Beschränkung der Tätigkeit des klinischen Assistenzarztes auf die Aufnahmestation in's Feld zu führen ist betrifft folgendes: Elektrotherapeutische und orthopädische Einrichtungen sind in der Provinzialanstalt nicht vorhanden. Da nun die Aufnahmestation solche erhalten soll, besteht die Absicht, geeigneten Kranken der Anstalt diese Heilmittel gleichfalls zugänglich zu machen. Die Auswahl der geeigneten Fälle sowohl, wie die Durchführung der therapeutischen Maßnahmen liegt aber fast ganz in den Händen des klinischen Assistenzarztes. Schaltet man ihn nun aus der Provinzialanstalt völlig aus, dann wird die Absicht, den Kranken der letzteren die erwähnten Heilfaktoren zugänglich zu machen, sich in dem Umfange, wie ich dies plane, nicht durchführen lassen. Es würden also der Provinzialanstalt gewisse, aus dem Vorhandensein der Aufnahmestation resultierende Vorteile entzogen, oder wenigstens schwerer zugänglich gemacht sein, lediglich aus formalen Gründen, was gewiß sehr zu bedauern wäre.

Schon aus dem bisher angeführten ergibt sich, daß eine ganze Reihe von Tatsachen sehr wünschenswert erscheinen lassen, daß der Assistent der Aufnahmestation in dienstlicher Beziehung zur Provinzialanstalt bleibt. Es gibt noch weitere Gründe, die dies dringend notwendig machen.

Es ist z. B. unbedingt erforderlich, im Falle einer Erkrankung oder Beurlaubung desselben einen Vertreter für ihn zu besitzen, der sowohl mit den Einrichtungen des Instituts, als auch mit der Eigenart der Kranken einigermaßen vertraut ist. Ein solcher würde sich aus der Reihe der Provinzialärzte leicht finden lassen, wenn man den bisherigen Modus beibehielte, daß der klinische Assistent den einen oder anderen Herrn aus der Provinzialanstalt und letzterer ihn wiederum im Falle einer Beurlaubung verträte. Dasselbe ist jetzt auch bezüglich kleinerer auf einige Stunden oder einen Tag sich erstreckender Vertretungen der Fall und hat sich so gut bewährt, daß keiner der Beteiligten eine Änderung wünschen würde.

Schließlich erlaube ich mir noch zu bemerken, daß, solange die Provinzialanstalt das Laboratorium der Klinik mitbenutzt, und das ist täglich notwendig, sie sich der Tätigkeit des klinischen Assistenten nie ganz entraten kann, denn er führt die Aufsicht über das Laboratorium und hat bisher zum Teil mit den der Klinik gehörigen Instrumenten einen Teil der erforderlichen Untersuchungen angestellt, wie er überhaupt häufig zeitraubende und schwierige Laboratoriumsarbeiten lediglich im Interesse der Provinz ausgeführt hat und auch in Zukunft wird ausführen müssen. Eben so notwendig ist es, daß er auch weiterhin das im Laboratorium untergebrachte Inventar der Provinz weiter verwaltet und beaufsichtigt, da eine durchgehende Trennung des Letzteren von dem der königlichen Klinik gehörigen nicht angängig erscheint, abgesehen davon, daß für anderweitige Unterbringung desselben in der Provinzialanstalt Räume nicht vorhanden sind.

Es liegt demnach sowohl im Interesse der königlichen Staatsregierung wie der Provinzialverwaltung den klinischen Assistenten nicht vollständig aus dem Provinzaldienst auszuschalten; es würde sich vielmehr sehr empfehlen, denselben auf fernerhin nach meinen Anweisungen in der Anstalt Dienst tun zu lassen.

Um dies zu ermöglichen, müßte jedoch der § 12 des oben erwähnten Vertrages wieder entsprechend geändert werden, und zwar am besten derart, daß die Bestimmungen, welche der jetzige Dienstvertrag des klinischen Assistenten mit der Provinzialverwaltung erhält, in den § 12 hin-

eingesetzt würden. Der Absatz würde dann folgende Fassung erhalten: „An der klinischen Station wird ein besonderer klinischer Assistenzarzt angestellt. Derselbe hat gleichzeitig im Krankendienst der Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt nach näherer Anweisung des Direktors tätig zu sein. Hierfür werden ihm die im Haushaltsplane der Bonner Anstalt vorgesehenen Emolumente, nämlich Beköstigung in der I. Tischklasse, Wäsche und Arznei gewährt, während die Zahlung einer Remuneration, sowie Anweisung einer Wohnung vom Kuratorium der Universität erfolgt.“ Durch diese Änderung würde es mir möglich sein, die vorhandenen Schwierigkeiten zu beseitigen. Es würde damit gleichzeitig eine andere Frage gelöst werden, nämlich die Honorierung des klinischen Assistenzarztes für die der Provinzialverwaltung geleisteten Dienste. Wie ich mir erlaube oben auszuführen, wird die Provinzialanstalt sich der Mitarbeit des klinischen Assistenten auch bei der jetzigen Fassung des § 12 nicht völlig entzogen können; Sie wird denselben vielmehr in einem so erheblichen Maße in Anspruch zu nehmen gezwungen sein, daß sie ihn für die aufgewandte Mühe und Zeit auch eine Entschädigung wird bieten wollen. In dem Falle nun, daß die königliche Staatsregierung und die Provinzialverwaltung sich mit der vorgeschlagenen Änderung des Vertrages einverstanden erklären, würde auch die Entschädigungsfrage gelöst, indem der klinische Assistent die oben erwähnten Emolumente erhielte, während die bisher gewährte freie Wohnung, Heizung und Beleuchtung in Fortfall kämen.

Sollte jedoch dieser Vorschlag die Zustimmung eines der vertragschließenden Teile nicht finden, so bittet Eur. Exzellenz der Unterzeichnete, die Frage anregen zu wollen, in welcher Weise der Provinzialverband den klinischen Assistenten für seine im Interesse des Anstaltsdienstes aufgewandte Arbeit zu entschädigen beabsichtigt. Es würde in diesem Falle entweder die Gewährung einer noch zu fixierenden Baarentschädigung oder die Zubilligung von Vorzugspreisen für Entnahme der Beköstigung aus der Provinzialanstalt in Betracht kommen.

Eur. Exzellenz bitte ich gehorsamst dem Herrn Minister der geistlichen- Unterrichts und Medizinal- Angelegenheiten sowie dem Herrn Landeshauptmann im Sinne des vorstehenden Berichtes Vorschläge zu unterbreiten.

gez: Westphal
Professor

An Seine Exzellenz den Herrn Kurator der Friedrich-Wilhelm-Universität zu Bonn

Quelle: Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Westphal an den Kurator der Universität Bonn, 26.1.1907, Handschrift.

Quelle 3: Schreiben von A. Westphal an den Minister geistlichen, Unterrichts- und Medizinangelegenheiten; o. J.

Der Unterricht in der Psychiatrie an der hiesigen psychiatrischen mit der Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt verbundenen Klinik hat unter der Art des Krankenmaterials, wie es naturgemäß das Hauptkontingent der Insassen einer Provinzialanstalt bildet, empfindlich zu leiden. Da diese Anstalten dazu bestimmt sind, unheilbare Fälle dauernd unterzubringen und zu verpflegen, ist es leicht ersichtlich, daß sich sehr große Mengen verblödeter Kranker dort anhäufen, die für den Unterricht nicht mehr verwertbar sind. Frische, heilbare Fälle kommen spärlich zur Aufnahme, da die bestehenden Bestimmungen eine schnelle, unvermittelte Aufnahme nicht zulassen, so daß derartige Fälle in anderen Krankenhäusern, Stadtasylen usw. schon zum Ablauf kommen, ehe sie hier aufgenommen und für den Unterricht nutzbar gemacht werden können. Die vereinzelt akuten Psychosen, welche zur Aufnahme gelangen, stellen aber in der Regel die allerschwersten, mit tobsüchtiger Erregung einhergehenden Fälle dar, während die leichteren Formen psychischer Erkrankungen fast völlig fehlen, da diese Kranken die Aufnahmeformalitäten der Provinzialanstalten scheuend, anderweitig Rat und Heilung suchen. Kommt einmal ein solcher Kranker zur Aufnahme in die Provinzialanstalt, so verlangt er, wie die Erfahrung zeigt, sehr bald seine Entlassung wieder, da ihm das Zusammensein mit anderen schwerkranken, zum Teil noch mehr oder weniger unsauberen Kranken nicht behagt.

Diese einseitige Beschaffenheit des Krankenmaterials trifft den Unterricht in allerschwerster Weise. Gerade diejenigen Krankheitsfälle, deren Kenntnis für den praktischen Arzt von größter Wichtigkeit ist, um den Beginn einer Psychose feststellen, die frühen Stadien und leichten Krankheitsfälle diagnostizieren und behandeln zu können, fehlen beim Unterricht. Dieser Mangel kann in keiner Weise dadurch kompensiert werden, daß eine große Anzahl unheilbarer und schwerster Krankheitsfälle dem Lehrer für den Unterricht zu Gebote steht. Auf die Kenntnis dieser Zustände, so notwendig dieselbe an und für sich ist, kommt es dem Praktiker sehr viel weniger an, da die Art dieser Erkrankungen, sowie die Notwendigkeit ihrer dauernden Internierung in geschlossenen Anstalten sie zur Domäne des spezialistisch ausgebildeten Psychiaters macht. Es bleibt somit den Studierenden bei der Art des hier zu Gebote stehenden Krankenmaterials die Kenntnis einer großen Anzahl der praktisch wichtigsten psychischen Krankheitsfälle verschlossen. Dieser Mangel wird sich jetzt, wo die Psychiatrie obligatorisches Prüfungsfach geworden ist, doppelt fühlbar machen, da wir gerade auf die Kenntnis der akuten, heilbaren Fälle bei ihrer eminenten Wichtigkeit für den praktischen Arzt besonderes Gewicht legen müssen und uns wohl bewußt sind, daß selbst das eingehendste Bücherstudium die lebendige Anschauung des Krankheitsbildes nicht zu ersetzen imstande sein wird. Es ist deshalb im Interesse des Unterrichts von weittragender Bedeutung, daß diesem Mangel durch Neubau einer klinischen Aufnahmestation abgeholfen wird. Mit dieser Aufnahmestation muß eine Poliklinik für psychisch-nervöse Kranke verbunden werden. Diese Verbindung mit einer Poliklinik, wie sie jetzt an fast allen psychiatrischen Kliniken besteht, hat sich als eine überaus nützliche erwiesen. Es kommt auf diese Weise eine nicht unbeträchtliche Zahl von Fällen leichter oder beginnender psychischer Erkrankung zur Behandlung, welche die Aufnahme in die Irrenanstalt scheuen, für die anderen Kliniken aber wegen des Überwiegens psychischer Symptome, wegen Erregungszuständen oder Neigung zum Selbstmord, Krämpfen, etc. nicht geeignet sind. Die Möglichkeit, diese Fälle auf dem Wege der Poliklinik in frühen Stadien aufzunehmen und sachgemäß zu behandeln, wird in vielen Fällen durch die schönsten therapeutischen Erfolge, vor allem durch die Verhütung der Verschleppung heilbarer Krankheitsfälle, belohnt werden. Für den Unterricht kann diese Verbindung der Aufnahmestation mit einer Poliklinik nicht hoch genug veranschlagt werden, da gerade diejenigen Fälle, auf deren Kenntnis es für den praktischen Arzt in erster Linie ankommt, am besten auf die-

sem Wege Gegenstand der klinischen Demonstrationen und Besprechungen werden können. Für den klinischen Lehrer werden die bezeichneten Fälle eine ergiebige Quelle für die eigene wissenschaftliche Forschung sein, da sie erfahrungsgemäß ein überaus anregendes und für die wissenschaftliche Analyse besonders geeignetes Krankenmaterial darstellen, auf welches nicht gut verzichtet werden kann.

Quelle: Westphal et al., 1911, S. 231ff.

Quelle 4: Auszug aus den Aufnahmebedingungen der königlichen Klinik für psychisch und Nervenranke zu Bonn, o. J.

Aufnahmebedingungen:

1. Die Klinik nimmt Nerven- und Geistesranke (Letztere nur in beschränktem Umfange) zwecks Behandlung und Verpflegung auf.
2. Eine Verpflichtung zur Aufnahme besteht für die Klinik nicht. Für gewöhnlich geschieht dieselbe, nachdem der Patient sich in der Poliklinik vorgestellt hat.
3. Behörden, Krankenkassen und Berufsgenossenschaften können ihre Kranken der Klinik im allgemeinen direkt zuweisen. Die Direktion muss sich aber das Recht vorbehalten, ungeeignete Kranke abzulehnen.
4. Ärztliche Atteste und polizeiliche Zustimmungserklärungen sind zur Aufnahme nicht erforderlich. Nur die Kostenfrage muss geregelt sein.
5. Es wird gebeten, bei der Aufnahme geistig Erkrankter anzugeben, ob dieselben unter Pflugschaft stehen oder entmündigt sind.
6. Die Pflegesätze betragen: Für die I. Klasse 10 Mk, für die II. 6 Mk, für die III. 3.60 Mk. und für die IV. 2,30 Mk. den Tag. Für Kinder unter 2 Jahren sind für die I. und II. Klasse die Hälfte der obigen Sätze, für die IV. Klasse 1,20 Mk. den Tag zu zahlen; desgleichen im Alter von 2-14 Jahren 1, 75 Mk. den Tag in der IV. Klasse.
Eingeschlossen in diesen Satz sind die gewöhnlichen Medikamente und Bäder sowie die ärztliche Behandlung. Stärkungsmittel, einzelne Extraverordnungen und medizinische Bäder sind jedoch besonders zu vergüten.
7. Die Pflegekosten müssen im allgemeinen für 4 Wochen voraus gezahlt werden. Mit Behörden und Berufsgenossenschaften wird am Schlusse der Behandlung abgerechnet. Zuviel eingezahltes Pflegegeld wird bei der Entlassung zurückgezahlt.
8. Nachtwachen müssen besonders bezahlt werden. Der Preis für eine Nachtwache beträgt 3 Mk., für einen Tagpfleger 2, 50 Mk.
9. Die Kranken der III. Klasse haben gemäß Ministerialverfügung kein Anrecht auf Unterbringung in einem besonderem Zimmer: Soweit angängig, wird jedoch auf dieselben Rücksicht genommen.
Die Patienten der II. Klasse werden für gewöhnlich zu zweien in einem Zimmer verpflegt.
Nur die I. Klasse kann ein gesondertes Zimmer beanspruchen, sofern der psychische Zustand das gestattet.
Die Klassenpatienten tragen eigene Wäsche und Kleidung.
10. Auch die Kranken der IV. Klasse dürfen mit Zustimmung des Arztes eigene Kleidung tragen.
11. Falls ein Geistesranke, der in der Klinik Aufnahme gefunden hat, sich derartig verändert, daß seine Behandlung in derselben nicht weiter fortgesetzt werden kann, muss die Direktion ihn in die für den Kranken zuständige, ev. auch nächste Provinzial- Heilanstalt verlegen. Soweit die

Verhältnisse das gestatten, erfolgt vorher eine Benachrichtigung der nächsten Angehörigen und der zahlenden Dienststelle. In dringenden Fällen behält sich die Direktion jedoch das Recht vor, die Kranken auch ohne vorherige Zustimmung der Angehörigen einer geeigneten Heilanstalt zuzuführen.

Die Nagehörigen, Kasse und Berufsgenossenschaften oder sonstigen Behörden erkennen die Berechtigung zur Durchführung aller den Ärzten der Klinik notwendig erscheinenden Maßregeln (insbesondere einer dringend notwendig erscheinenden Verlegung ohne vorherige Benachrichtigung) an, und verpflichten sich auch zur Tragung der durch die Überführung entstehenden Kosten.

12. Operationen werden in der Klinik nicht ausgeführt. Falls solche notwendig sind, erfolgt die Verlegung der Patienten in die chirurgische Universitätsklinik oder ein anderes geeignetes Krankenhaus nach vorheriger Benachrichtigung der Angehörigen. Liegt Lebensgefahr vor, so behält sich die Direktion das Recht vor, den Patienten ohne vorherige Benachrichtigung zu verlegen. Mitteilung von dem Geschehenen erfolgt dann nachträglich.

13. Kranke, welche die Haus-Ordnung oder Ruhe der Abteilung erheblich stören, können auf Verfügung der Direktion sofort entlassen werden. [...]

**Quelle: Archiv RK Bonn, Ne 10. Aufnahmebedingungen der königlichen Klinik für psychisch und Nerven-
kranke zu Bonn, o. J.**

Quelle 5: Beschwerdebrief eines Anstaltspatienten

Der wohlloblichen Gemeinde Vertretung erlaube ich mir das Nachfolgende ganz ergebenst zu unterbreiten. Ich endes unterzeichneter wie es der Gemeinde Vertretung doch bekannt sein wird, auf zwei Monate nach 4 Jahre in hiesiger Provinzial Heil und Pflege Anstalt als Kranker. Mein Leiden ist immer noch ungefähr dasselbe. Bis jetzt ist noch keine Klage über die Anstalt, von mir vorgebracht worden, wozu ich öfters den Grund gehabt hätte. Doch in letzter Zeit sind Zustände hier vorgekommen wovon ich die Gemeinde Vertretung Kenntnis setzen muß und als Beistand anrufen muß. Seit vierzehn Tagen bekam ich mit einem Mitkranken etwas Streitigkeiten, wovon aber von uns beiden länger nach dachte denn wir hatten uns beide nicht wehe gethan, aber doch Verwaltung dachte daran? Sofort wurde ich von diesem Saale versetzt (welche der offene Saal genannt wird) und kam zuerst auf einen kleinen Saal dann einige Tage darauf einen andern wo 88 Kranken liegen, o es ist sinht zum gesundt werden da, O denket Euch zwischen 88 Menschen die alle schwer krank sein werde ich hingeworfen, ich der ich mein ganzes Leben hier und auch zu Haus immer in der Freiheit tüchtig gearbeitet habe, daß heißt in der Luft auf dem Felde und in den Steinbrüchen. Nun noch mehr ich hatte bis dahin freien Ausgang er wurd mir sofort genommen, und noch mehr? Die anderen Kranken werden jeden Tag einige Stunden im Garten spazieren wer nicht darf daß bin ich. Nun ich duldete mich bis Dienstag den 22 dieses Monats bis es schellte zum Essen hollen, ich sagte zu dem Pfleger las mich einmal mit gehen damit ich auch noch einmal die Welt sehen er sagte mir der Doktor hats verboten.

Bin ich nun hier um gestraft zuwerden und warum? Ich bin nun krank und habe genug Leid u Züchtigung, doch mein Brot habe ich in hiesiger Anstalt nun noch immer gut verdient wovon sich die Gemeinde Verwaltung gut überzeugen kann durch Herrn Obergärtner Freud und Stationspfleger Richard. Nun als ich zum Essen holen nicht mit durfte gehen sagt ich da wurde ich aufgeregt und schlug einige Fensterscheiben ein, um mich da aber zuhalten rief ein Pfleger sogar? Nur darauf geschlagen es kostet jetzt schon zehn Mark. Sollte dieses nun das heißt die Kosten der Gemeinde V. zulaßt fallen, so wisse Sie den Sachverhalt und Pfleger zum Zeugen sind auch da. Um nun weiter vorzugehen muß ich auf das Essen zurückkommen? Denket Euch wie weiter es geht mit mir nicht alleine sondern mit meinen Mitkranken. Morgen ein Butterbrot zum Frühstück 1 und Nachmittags eins und Morgens und Nachmittags Kaffee sowie auch zum Frühstück aber nicht für Suhtarbeiter, denket Euch ich wäre davon saat. Nun aber auf das Mittag und Abendessen zurückkommen, O könnte sich die wohllobliche Gemeinde Vertreter einmal davon überzeugen. Es ist kein Essen und verdient fast den Namen Futter genannt zu werden, ich habe mich schon oft darüber beschwert aber es nützt nicht, und es wird aufgeessen aber nicht das es wohl-schmecken soll, sondern von Hunger, den ich früher nie gekannt habe, und jetzt trotz meines Leidens nicht kennen würde wenn ich in Freiheit wäre.

Quelle: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP Bonn, 45650-45694, Peter W., Patient an die Gemeinde-Vertretung der Bürgermeisterei Oberpleis, 28.11.1906, Handschrift.

12.5 Abbildungen

Form. II. 6.

National

der am 8^{ten} Februar 1911 unter Rec. Nr. 5795 in die Prov.-Heil- und
 Pflege-Anstalt zu Prann W. 487 aufgenommenen Kranken.

Namen: <u>Sibilla Carl</u>	Größe:
Stand oder Gewerbe: <u>Wahm. u. u. Pf. ^{früher}</u>	Haare:
Geburtsort: <u>Obendorf</u>	Stirn:
Wohnort: <u>Seelscheid</u> } <u>Körsel</u>	Augen:
Letzter Aufenthaltsort: <u>Sieg</u>	Nase:
Religion: <u>evangelisch</u>	Mund:
Tag, Monat und Jahr der Geburt: <u>12. Sept. 1862</u>	Zähne:
Namen, Stand und Wohnort beider Eltern des Kranken:	Bart:
<u>Carl Carl ^{früher} in Obendorf</u>	Gesicht:
<u>Sibilla geb. ^{früher} in Obendorf</u>	Statur:
<u>früher in Obendorf</u>	Besondere Kennzeichen:
<u>aus Obendorf</u>	

Nummer: Sandweil Markt Obendorf, Weisenbach of Seelscheid

Freistelle.

Bezahlte Beträge: Carl 5718

laut Verfügung W. 487

T. D. 4159

Abbildung 1: Krankenakte einer Anstaltspatientin, Persönliche Daten (Quelle: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP, 43345-43405, Sibilla W., Personaldaten.)

Sonn. II. 7.

Krankenblatt

Der am 8ten Februar 1901 unter Aufnahme-Nr. 5495 Buch W Nr. 427 in die Heil- u. Pflegeanstalt zu Bonn aufgenommenen Kranken.

Personalverhältnisse:

Namen:	<u>W. Sibilla geb. [redacted]</u>	
Stand:	<u>Witwe von Wilf. W. [redacted]</u>	
Gewerbe:		
Wohnort:	<u>Seelsoheid Kreis Sieg</u>	
Religion:	<u>unangehört</u>	
Tag, Monat und Jahr der Geburt:	<u>12. September 1862 zu Oberdorf, Kreis Sieg.</u>	
Aufnahme:	<u>I. II. Klapp.</u>	

Datum	Krankheitsverlauf	Bemerkungen
<u>1901</u> <u>8. II.</u>	<p><u>Anamnese:</u> (cf. Fragebogen). Mater sehr hochalt geachtet, über Mutter nichts bekannt. 3 Geschwister haben und sind geblieben. über diese fast nichts bekannt. Gut fleckenhaftes Gesicht, was nicht besonders anmerkt. Gutmütig. Ca 15 Jahre verheiratet; ein intelligen- dies ist im Alter von ca 10 Jahren gestorben. Andere Geschwister sind nicht vorhanden. Vater ist seit ca 10 Jahren geistig gestört; mehrere Epochen. Die geistige Erkrankung begann vor ca 8 Jahren ohne voraussetzliche Ursache allmählich mit Kopfschmerzen, Schwindel, Schwindel, Schwindel und Zitterbewegun- gen; die Symptome steigerten sich in den letzten Tagen. Er- krankte ist jetzt unruhig, ängstlich, nicht alle geistigen Gegenstände im Zimmer umher. Geht nur vermindert aus. Mangelhaft, Mangelhaft nicht geistig. kein Lärm abhören. Keinen rauchen sonst. Nach will nicht</p>	<u>III. D</u>

Abbildung 2: Krankenblatt einer Anstaltspatientin, Krankheitsverlauf (Quelle: Archiv LVR Brauweiler, Krankenakten PHP, 43345-43405, Sibilla W., Krankenblatt.)

49

Obpfiff.

Bonn, den 26. Januar 1907

Betrifft

Bestimmung des klinischen Obpfiffungs-
arztes von der man zu vorerwähnten
klinischen Aufnahmestationen.

fürs erste bezugnehmend

Bezieht sich der Unterzeichnete gemäß Rückfrage vom
24. Januar d. J. nachstehenden Bericht zu überreichen:
Der H. H. des zugehörigen dem Provinzialrat der
Friedrich-Wilhelm-Universität zu Bonn und dem
Provinzialparlament der Rheinprovinz zu Köln am
Hauptort bezugnehmend klinischen Aufnahmestationen
für psychisch- und Nerven-krankheiten bestimmt, dass die
Zuständigkeit des klinischen Obpfiffungsarztes sich auf die
klinische Station beschränken soll. Gegen diese Überge-
bung der Zuständigkeit des Obpfiffungsarztes haben sich bei
unserer Bekanntmachung eine Reihe sehr schwerer Bedenken
erheben, die zur Ergänzung zu unterbreiten ich nicht
zweifelhaft weißte.

Gemäß dem Beschlusse vom 27. August 1890
wird der klinische Unterarzt in der Psychiatrie im
Hauptort von der Hand des Provinzialparlamentes
der Provinz Rheinprovinz - Gekommenheit erteilt. Da die-
ser Beschlusse kann sich eine gewisse Verflechtung des mit
20 Betten umfassenden Aufnahmestationen nicht
finden.

Zu einer vorläufigen Vorberathung der Vor-

Abbildung 3: Brief Westphals bezüglich des Assistenzarztes der Nervenklinik (Quelle: Archiv LVR Brauweiler, Aktennummer 15214, Westphal an den Kurator der Universität Bonn, 26.1.1907.)

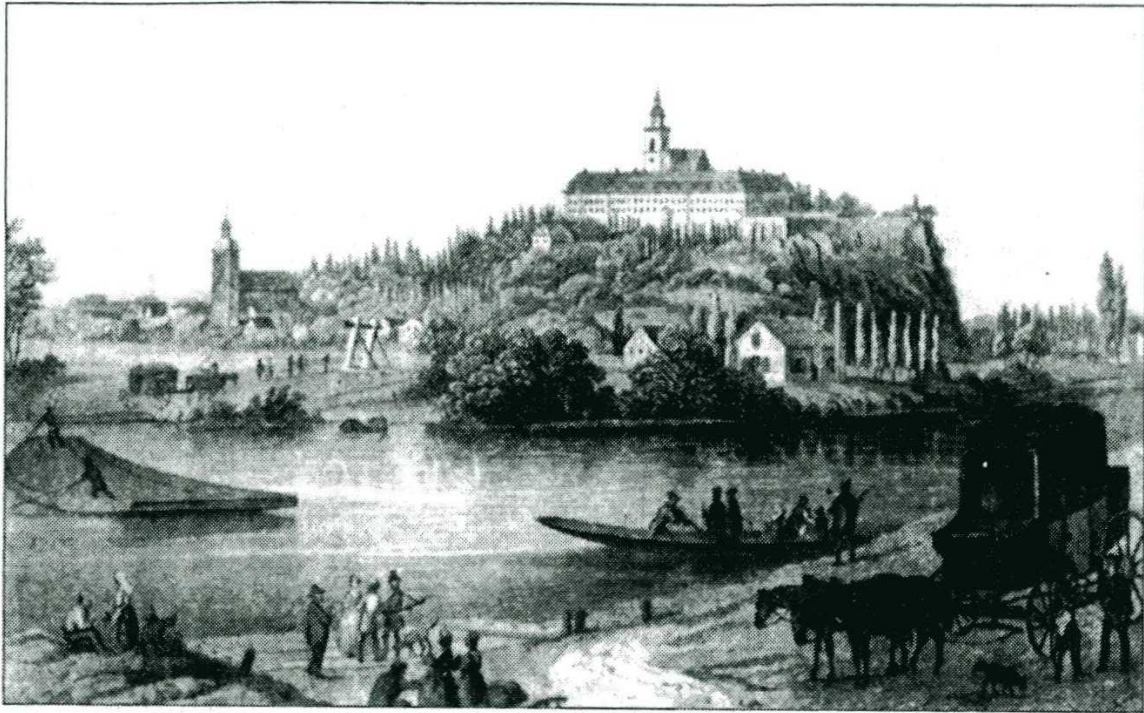


Abbildung 4: Die Siegburger Irrenanstalt (Quelle: Orth et al. 1996, S. 13)

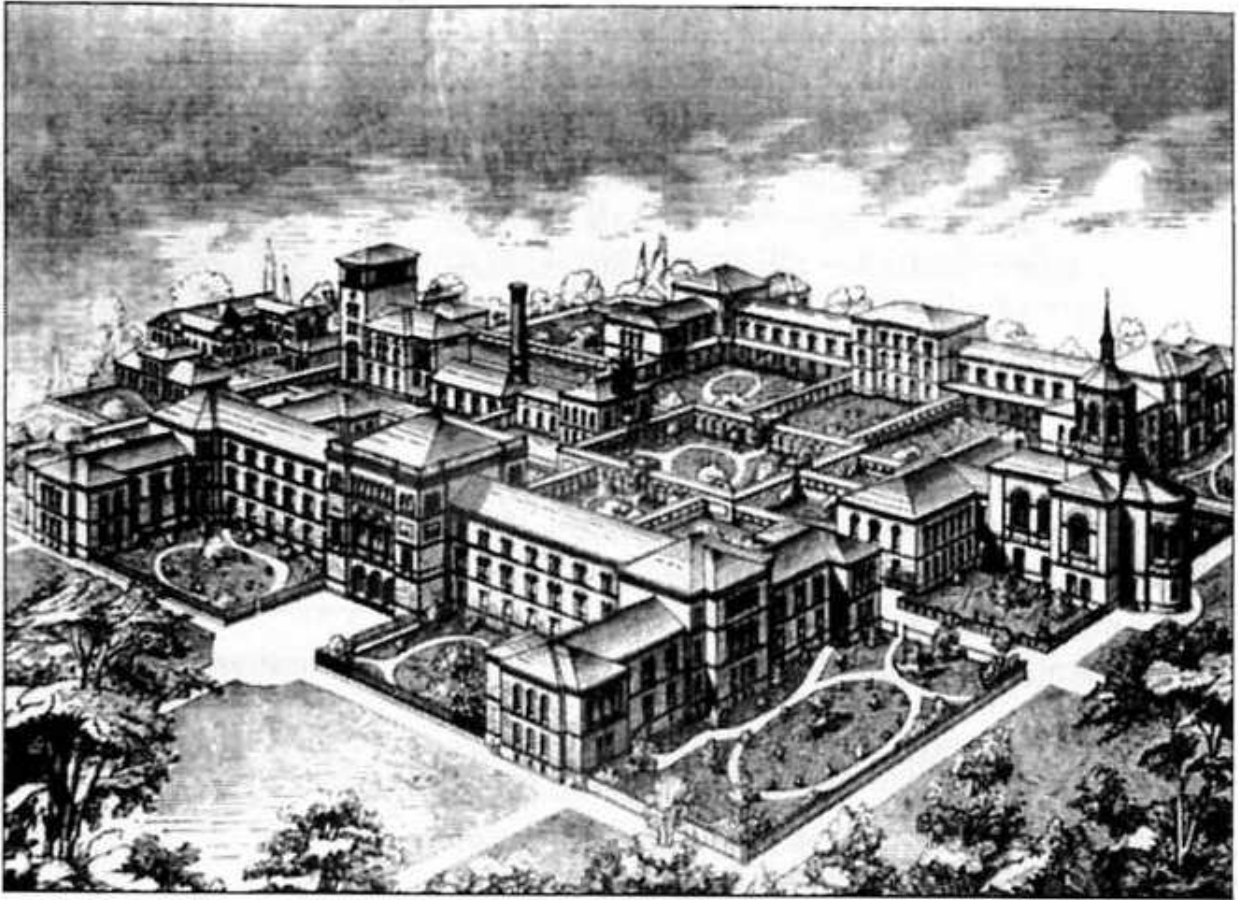


Abbildung 5: Provinzial-Heilanstalt Bonn (Quelle: Orth et al, 1996, S. 16)

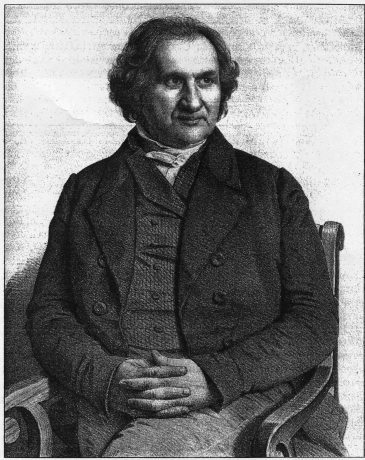


Abbildung 6: Portrait Maximilian Jacobi (Quelle: Herting, 1921, S.85)



Abbildung 7: Portrait Friedrich Nasse (Quelle: Sioli, 1921, S. 107)



Abbildung 8: Portrait Werner Nasse (Quelle: Peretti, 1924, S. 42)



Abbildung 9: Portrait Carl Pelman (Quelle: Orth et al, 1996, S. 18)



Abbildung 10: Portrait Alexander Westphal (Quelle: Hübner, 1923, S. 213)

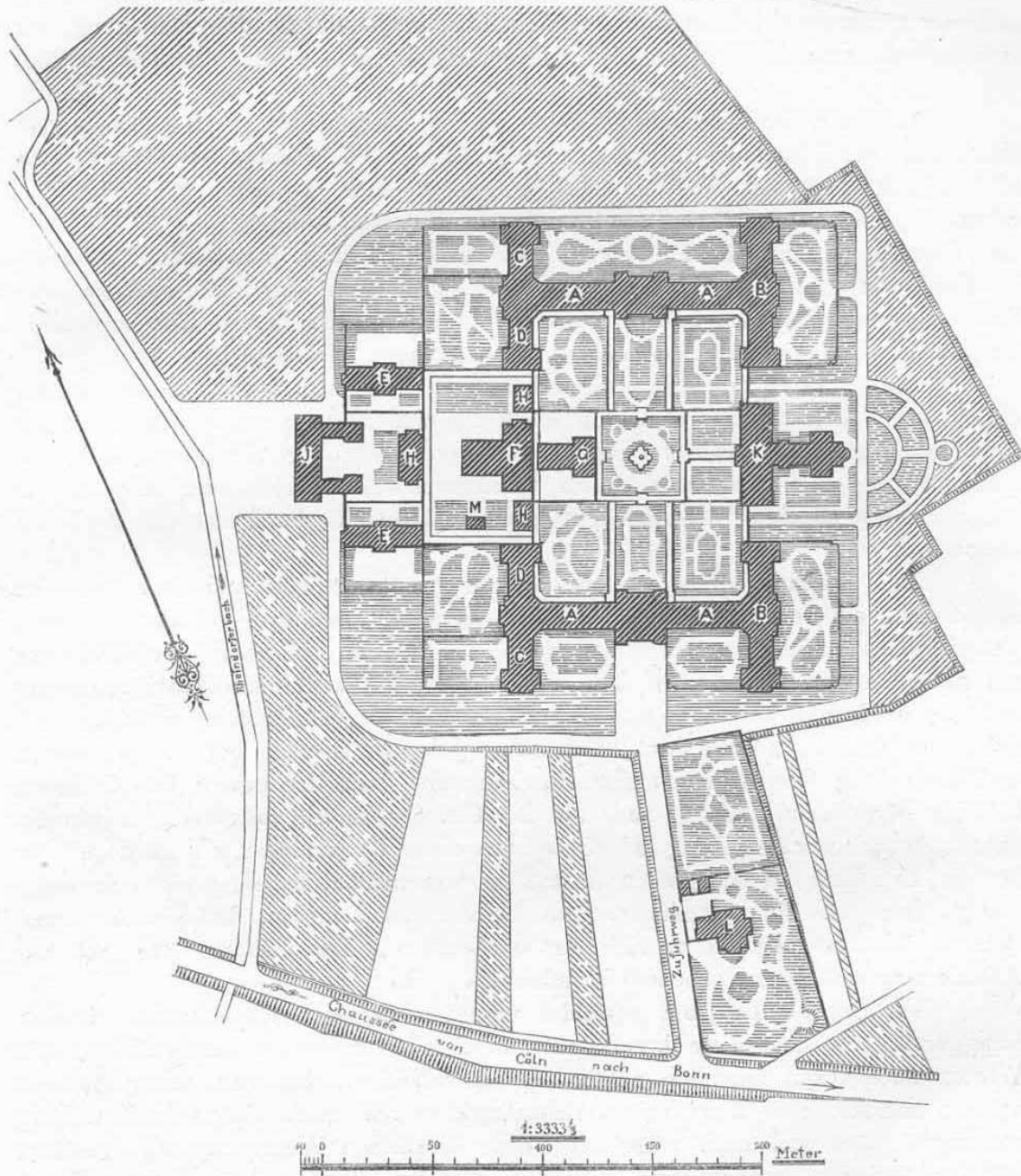


Abbildung 11: Portrait Arthur Hübner (Quelle: Orth, 2007b, S. 69)



Abbildung 12: Portrait Friedrich Umpfenbach (Quelle: Orth et al, 1996, S.161)

Fig. 2. General-Plan der Provinzial-Irrenanstalt bei Bonn.



AAAA Abtheilungen für Ruhige dritter Klasse.*) — BB Abth. für gebildete Kranke. — CC Im Erdgeschoss: Abth. für Unreinliche, im 2. Geschoss: Abth. für neu aufgenommene Kranke. — DD Abth. für Halbruhige. — EE Isolirgebäude. — F Wasch-, Kessel- und Maschinenhaus. — G Kochhaus. — H Badehäuser. — J Landwirthschaftliches Gebäude. — K Kapelle. — L Direktor-Wohnhaus.

*) Ausserdem befinden sich in diesen Gebäudetheilen auf der Männerseite die Verwaltungsräume, die Oberwärter-Wohnung und ein Kranken-Besuchzimmer.

Abbildung 13: Grundriss der Bonner Provinzialanstalt (Quelle: Dreling, 1880, S. 40)



Abbildung 14: Psychiatrische- und Nervenlinik Bonn. Vorderansicht (Quelle: Westphal et al, 1911, S. 251)

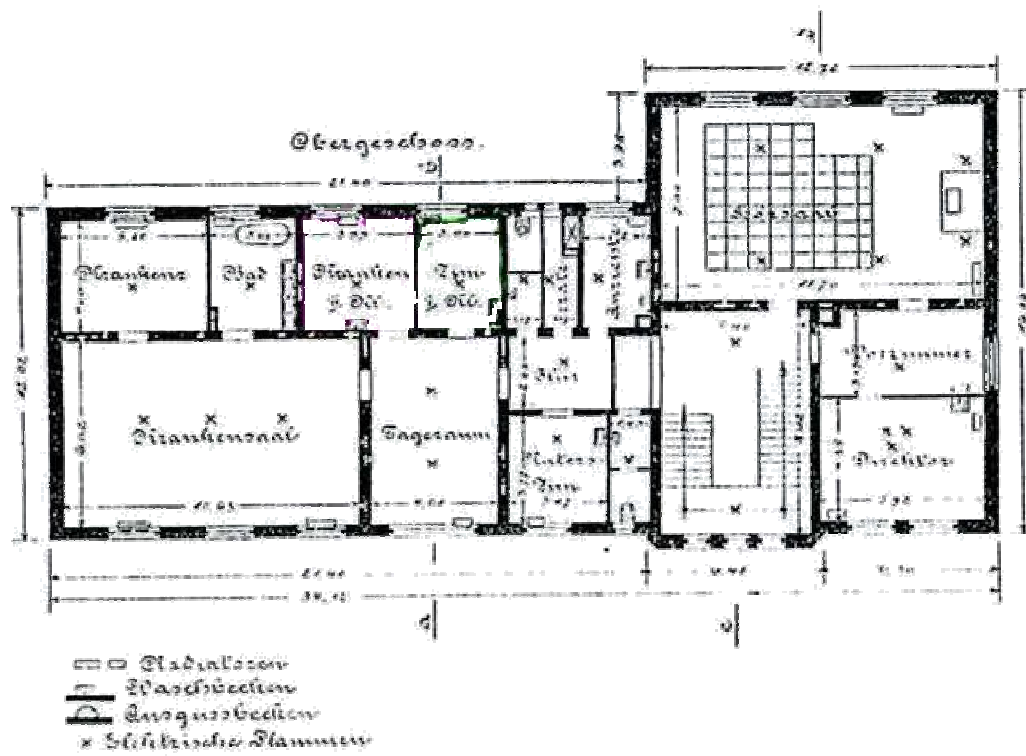


Abbildung 17: Grundriss der Nervenlinik, Obergeschoss (Quelle: Westphal et al, 1911, S. 236)

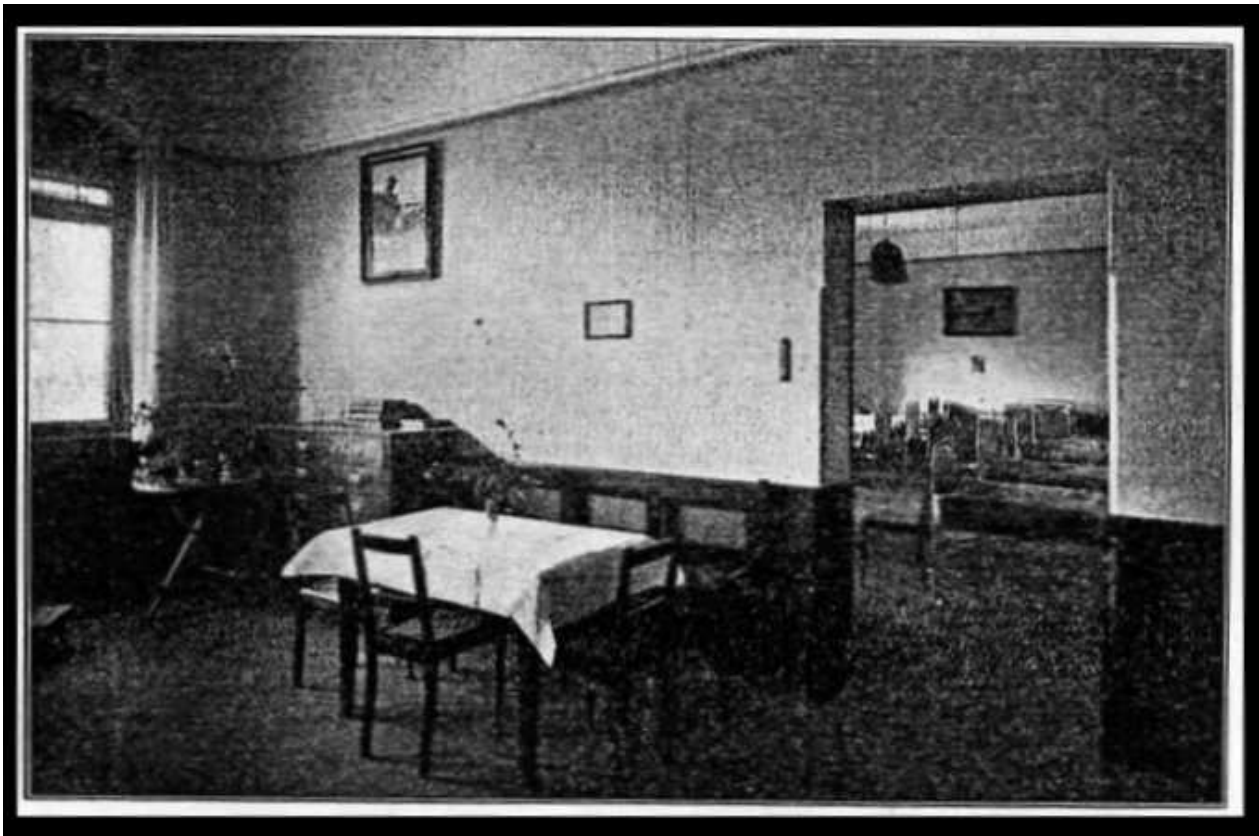


Abbildung 18: Psychiatrische- und Nervenlinik Bonn. Innenansicht eines Aufenthaltsraumes (Quelle: Westphal et al, 1911, S. 251)

13 Quellen- und Literaturverzeichnis

13.1 Archive

Archiv Landschaftsverband Rheinland (LVR) Brauweiler

15186: Verwaltungsberichte der PHP Bonn, 1882 - 1924

15214: Vereinbarung der Personalunion der Psychiatrischen Professur der Universität mit der Leitung der PHP sowie Einrichtung und Wirtschaftsbetrieb einer klinischen Abteilung der Universität in Räumen der PHP, 1876 - 1933

Krankenakten der PHP Bonn:

4425-4520, 4528-4611, 4724-4839, 4840-4902, 5778-5941, 6166-6237, 6403-6467, 43345-43405, 45181-45214, 45215-45264, 45265-45312, 45315-45357, 45358-45405, 45406-45450, 45455-45528, 45530-45601, 45605-45646, 45650-45694, 45700-45743, 45744-45840, 49493-49567, 49591-49612, 49614-49751, 53859-53912, 53972-54000, 53914-53969

Krankenakten der Nervenlinik Bonn:

21992-22184, 23493-23690, 30710-30966, 31077-31135, 31921-32107, 36850-36916, 37627-37716, 42383-42476, 42477-42588, 42591-42672, 43507-43587

Archiv Rheinische Kliniken (RK) Bonn

K 2; 11; K 40; K 43; K 52: PHP Bonn

Ne 1- Ne 24: Nervenlinik

Stadtarchiv Bonn

Adressbücher der Stadt Bonn 1894 - 1900

Zeitungsartikel: 94/59; 94/61

Universitätsarchiv (UA) Bonn

Vorlesungsverzeichnisse der Universität Bonn SS 1905 bis SS 1914

Chroniken der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn 1888 – 1924, 1939/40-1948/49

MF PA 11629: Personalakte A. Westphal

MF PA 12592: Personalakte A. Hübner

Privatbesitz:

Linda Orth, Arbeitskreis Psychatriegeschichte Bonn (APG)

13.2 Literatur

Ackerknecht, E. (³1985): Kurze Geschichte der Psychiatrie. Stuttgart: Enke.

Albers, J. F. H. (1851): Dr. med. Christian Friedrich Naße, königl. preußischer geh. Medicinalrath und ordentl. Professor zu Bonn: geb. 18. April 1778, gest. den 18. April 1851. Nekrolog vortragen im Auftrag der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn. Sitzung 21.05.1851. Köln: Dumont-Schauberg.

Anonymus (1910): Jahres-Verzeichnis der an den Deutschen Universitäten erschienenen Schriften XXIV, 15. August 1908 bis 14. August 1909. Berlin: Verlag von Behrend & Co.

Anonymus (1911): Jahres-Verzeichnis der an den Deutschen Universitäten erschienenen Schriften XXV, 15. August 1909 bis 14. August 1910. Berlin: Verlag von Behrend & Co.

Anonymus (1912): Jahres-Verzeichnis der an den Deutschen Universitäten erschienenen Schriften XXVI, 15. August 1910 bis 14. August 1911. Berlin: Verlag von Behrend & Co.

Anonymus (1913): Jahres-Verzeichnis der an den Deutschen Universitäten erschienenen Schriften XXVII, 15. August 1911 bis 14. August 1912. Berlin: Verlag von Behrend & Co.

Anonymus (1913): Jahres-Verzeichnis der an den Deutschen Universitäten erschienenen Schriften XXVIII, 15. August bis 31. Dezember 1912. Berlin: Verlag von Behrend & Co.

Anonymus (1914): Jahresverzeichnis der an den Deutschen Universitäten und Technischen Hochschulen erschienenen Schriften XXIX, Jahrgang 1913. Berlin: Verlag von Behrend & Co.

Anonymus (1915): Jahresverzeichnis der an den Deutschen Universitäten und Technischen Hochschulen erschienenen Schriften XXX, Jahrgang 1914. Berlin: Verlag von Behrend & Co.

Anonymus (1967): Arbeiten aus der Nervenlinik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn. 1889-1967. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei.

Baller, W. (2000): Psychiatrie und Neurologie im Widerstreit. Aufarbeitung des Verhältnisses beider Fachdisziplinen seit dem Paradigma Wilhelm Griesingers bis in die Weimarer Republik. Dissertation. Universität Witten/Herdecke.

Binswanger, O./ Siemerling, E. (Hrsg.) (²1907): Lehrbuch der Psychiatrie. Jena: Verlag von Gustav Fischer.

Blasius, D. (1994): Einfache Seelenstörung. Geschichte der deutschen Psychiatrie von 1800-1945. Frankfurt: Fischer.

Bödecker / Westphal, A. (1924): Carl Westphal. In: Kirchhoff, T. (Hrsg.): Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Band. 2. Berlin: Springer. S. 110-120.

Brocke, B. v. (2002): Kultusministerien und Wissenschaftsverwaltungen in Deutschland und Österreich: Systembrüche und Kontinuitäten 1918/19 - 1933/38 - 1945/46. In: Engstrom E.J./ Roelcke V. (Hrsg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. Basel: Schwabe. S. 193-214.

Burbach, P. (1977): Das Krankenhauswesen der Stadt Bonn im 19. Jahrhundert. In: Murken, A. H., Toellner, R. (Hrsg.): Studien zur Geschichte des Krankenhauswesens. Band 5. Münster: Murken-Altrogge.

Cramer, A. (1910): Die preussischen Universitätskliniken für psychische und Nervenkrankheiten. In: Klinisches Jahrbuch. Band 24. Jena: Verlag Gustav Fischer.

Dietrich-Daum, E./ Taddei, E. (2006): Tagungsbericht Werkstattgespräch: Qualitative Auswertung psychiatrischer Krankenakten. 08.04.2006, Berlin: H-Soz-u-Kult. 09.06.2006, <<http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1144>>. Zugriffsdatum: 31.07.2010.

Dieckhöfer, K. (1975): Geschichte und Gestalten der Psychiatrie und Neurologie im Spiegel der Bonner Universitäts- Nervenlinik. In: Korte, F. (Hrsg.): Bonner Universitätsblätter 1975. Druckhaus Koblenz. S. 57-71.

Dieckhöfer, K. (1984): Von der Irrenfürsorge zur wissenschaftlich begründeten Psychiatrie. 100 Jahre Rheinische Landeslinik Bonn. In: Bonner Heimat- und Geschichtsverein und Stadtarchiv Bonn (Hrsg.): Bonner Geschichtsblätter 35. S. 215-249.

Dreling (1880): Technische Beschreibung und Erläuterung der fünf neuen Irrenanstalten. In: Die Provinzial-Irren-, Blinden- und Taubstummen-Anstalten der Rheinprovinz in ihrer Entstehung, Entwicklung und Verfassung dargestellt auf Grund eines Beschlusses des 26. Rheinischen Provinzial-Landtages vom 3. Mai 1879. Düsseldorf: Voss. S. 37-177.

Eckart, W. U./ Jütte, R. (2007): Medizingeschichte. Eine Einführung. Köln Weimar Wien: Böhlau Verlag.

Engstrom, E. J. (2003): Assembling Professional Selves: On Psychiatric Instruction in Imperial Germany. In: Engstrom E.J./ Roelcke V. (Hrsg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. Basel: Schwabe. S. 117-152.

Engstrom, E. J./ Roelcke, V. (2003): Die ‚alte Psychiatrie‘? Zur Geschichte und Aktualität der Psychiatrie im 19. Jahrhundert. In: Engstrom E.J./ Roelcke V. (Hrsg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert: Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. Basel: Schwabe. S. 9-25.

Erlenmeyer, A. (1919): Erste Hilfe bei Geisteskranken. Fünf Vorträge für Hausärzte. Bonn: Cohen.

Eulner, H.-H. (1970): Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart: Enke Verlag.

Finkelnburg, R. (Hrsg.) (1917): Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken. Bonn: A. Marcus & E. Webers Verlag.

Forsbach, R. (2006): Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“. München: R. Oldenburg Verlag.

Grunau, H. (1905): Ueber Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preussischen Irrenanstalten von 1875 bis 1900. Halle: Marhold.

Gülick, B. v. (1992): Die Geschichte des „Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz“ 1867-1930. Dissertation. Freie Universität Berlin.

Gutberlet, S. (1981): Die Vorgeschichte der Marburger Universitätspsychiatrie und die Berufung Heinrich Cramer's zum Direktor der Psychiatrie. Dissertation. Universität Marburg.

Herting, J. (1921): Maximilian Jacobi: 1775 - 1858. In: Kirchhoff, T. (Hrsg.): Deutsche Irrenärzte. Band 1. Berlin: Springer. S. 83-94.

Hippius, H./ Möller H.-J./ Müller, N./ Neundörfer, G. (2005): Die Psychiatrische Klinik der Universität München 1904-2004. Heidelberg: Springer.

Höpfner, H.-P. (2000): Bonner Universitätskliniken 1818-1945. In: Schott, H. (Hrsg.): Universitätskliniken und Medizinische Fakultät Bonn 1950-2000. Festschrift zum 50jährigen Jubiläum des Neuanfangs auf dem Venusberg. Bonn. S. 16-22.

Hörnemann, S. (1988): Das Leben und Werk Friedrich Schultzes unter besonderer Berücksichtigung seiner Tätigkeit als Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Bonn (1888-1918). Dissertation. Universität Bonn.

Hofer, H.-G. (2005): Nerven, Kultur und Geschlecht- Die Neurasthenie im Spannungsfeld von Medizin- und Körpergeschichte. In: Stahnisch, F./ Steger, F. (Hrsg.): Medizin, Geschichte und Geschlecht. Körperhistorische Rekonstruktionen von Identitäten und Differenzen. Stuttgart: Franz Steiner Verlag. S. 225-244.

Hübner, A.H. (1923): Vorwort zur Festschrift für Alexander Westphal aus Anlass seines 60. Geburtstages. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 68. Berlin: Springer. S.213-216.

Hübner, A.H. (1932): Der Provinzial-Heil und Pflegeanstalt Bonn zum fünfzigjährigen Bestehen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 34. Jahrgang, Nr. 3. Halle: Marhold.

Hübner, A.H. (1933): Die Nervenlinik. In: Geschichte der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Bonn am Rhein. Band 2. Institute und Seminare. 1818-1933. Bonn: Cohen. S. 105-108.

Jaspers, K. (1913): Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. Berlin: Springer.

Jaspers, K. (⁷1959): Allgemeine Psychopathologie. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer.

Karenberg, A. (2007): Klinische Neurologie in Deutschland bis zum Ersten Weltkrieg: Die Begründer des Fachs und der Fachgesellschaft. In: Kömpf (Hrsg.): 1907-2007. 100 Jahre Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Berlin. S. 20-29.

Kastner, I. (1977): Die Geschichte der Versorgung psychisch Kranke im Rheinland –unter besonderer Berücksichtigung des Köln-Bonner Raumes im 19. Jahrhundert. Dissertation. Universität zu Köln.

Kersting, F.-W./ Teppe, K./ Walter, B. (Hrsg.) (1993): Nach Hadamar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert. Paderborn: Schöningh.

Kersting, F.-W. (1996): Anstaltsärzte zwischen Kaiserreich und Bundesrepublik. Das Beispiel Westfalen. Paderborn: Schöningh.

Kersting, F.-W./ Schmuhl, H.-W. (Hrsg.) (2004): Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen. Band 2: 1914-1955. Paderborn: Schöningh.

Kreuter, A. (1996): Deutschsprachige Neurologen und Psychiater. Ein biographisch-bibliographisches Lexikon von den Vorläufern bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts. München, New Providence, London, Paris: Saur.

Laehr, H. (1891): Die Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke des deutschen Sprachgebietes im J. 1890. Berlin: Reimer.

Laehr, H. (⁶1907): Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern. Berlin: Reimer.

Laehr, H./ Illberg, G. (⁸1929): Die Anstalten für Psychisch- und Nervenranke, Schwachsinnige, Epileptische, Trunksüchtige usw. in Deutschland, Österreich, der Schweiz und den baltischen sowie anderen Grenzländern. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 91. Berlin: De Gruyter. S. 1-158.

Löwenstein, O./ Westphal, A. (1933): Experimentelle und klinische Studien zur Physiologie und Pathologie der Pupillenbewegungen mit besonderer Berücksichtigung der Schizophrenie. Berlin: Karger.

Luderer, H.-J. (1998): Zur Geschichte der psychosozialen Versorgung. In: Baer, R. (Hrsg.): Themen der Psychiatriegeschichte. Stuttgart: Enke Verlag. S. 148- 158.

LVR (Hrsg.) (21995): Psychiatrie und erweiterte Armenpflege. Archivalien der Referate II A und II D der Rheinischen Provinzialverwaltung 1826-1955 im Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland. Köln: Landeshaus.

Mani, N. (2000): Medizin und Naturwissenschaften im ersten Jahrhundert der Medizinischen Fakultät Bonn 1820-1920. In: Schott, H. (Hrsg.): Universitätskliniken und Medizinische Fakultät Bonn 1950-2000. Festschrift zum 50jährigen Jubiläum des Neuanfangs auf dem Venusberg. Bonn. S. 23-29.

Mazumdar, A. N. (2005): Prof. Dr. Maximilian Jahrmäker- Leben und Wirken eines Psychiaters vor dem Hintergrund der Trennung von Anstalts- und Universitätspsychiatrie in Marburg. Dissertation. Universität Marburg.

Meyer, J.-E. (1968): Die Gesellschaft und ihre psychisch Kranken. Göttinger Universitätsreden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Nasse, W. (1880): Geschichtliche Entwicklung der rheinischen Irrenpflege von der Gründung der Provinzial- Irren- Heilanstalt zu Siegburg bis zu deren Aufhebung. In: Die Provinzial- Irren-, Blinden- und Taubstummenanstalten der Rheinprovinz in ihrer Entstehung, Entwicklung und Verfassung dargestellt auf Grund eines Beschlusses des 26. Rheinischen Provinzial-Landtages vom 3. Mai 1879. Düsseldorf: Voss. S. 3-28.

Noorden, W. v. (1931): Christian Friedrich Nasse, [dem] großen westfälischen Arzte, dem hervorragenden ersten Bonner Kliniker zum Gedächtnis. Festrede bei der Nasse-Gedächtnisfeier am 5. Dezember 1930 der medizinischen Universitätsklinik zu Münster i. W. In: Medizinische Klinik. Wochenschrift für praktische Ärzte. Heft 4. Berlin: Urban & Schwarzenberg. S. 151-154.

Oebeke (1898): Ueber das Rheinische Irrenwesen. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band 55. Berlin: Reimer. S. 794-807.

Orth, L./ Dutschewska-Kothes, Y./ Klenk, W. / Roelcke, V./ Wolf- Braun, B. (1996): „Pass op, sonst küss de bei de Pelman“. Das Irrenwesen im Rheinland des 19. Jahrhunderts. Bonn: Grenzenlos.

Orth, L. (2007a): Die Geschichte der Rheinischen Kliniken Bonn. In: Rheinische Kliniken Bonn (Hrsg.): 125 Jahre Rheinische Kliniken Bonn. Von der Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt zur Fachklinik. Bonn.

Orth, L. (2007b): Die Direktoren der Bonner Anstalt und Fachklinik. In: Rheinische Kliniken Bonn (Hrsg.): 125 Jahre Rheinische Kliniken Bonn. Von der Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt zur Fachklinik. Bonn.

Orth, L./ Klenk, W. (2008): 100 Jahre Neurologie. Von der „Königlichen Universitätsklinik und Poliklinik für Psychische und Nervenranke“ zur neurologischen Abteilung. In: Klinik Journal. MitarbeiterInnenzeitung der Rheinischen Kliniken Bonn. September 2008. S. 4-8.

Pause, E. (1989): Der Übergang von der Anstalts- zur Universitätspsychiatrie und der Bau der Nervenklinik unter Frank Tuczec in Marburg. Dissertation. Universität Marburg.

- Pelman, C. (1890): Nekrolog. Werner Nasse, geb. 7. Juni 1822, gest. 19. Januar 1889. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medicin. Band 46. Berlin: Reimer. S. 128-137.
- Pelman, C. (1912): Erinnerungen eines alten Irrenarztes. Bonn: Cohen. Faksimile- Ausgabe des LVR. 1994.
- Peretti, J. (1924): Karl Friedrich Werner Nasse. 1822-1889. In: Kirchhoff, T. (Hrsg.): Deutsche Irrenärzte. Band 2. Berlin: Springer. S. 40- 43.
- Podoll, K. (1995): Beiträge zur medizinischen Kinematographie aus der Bonner Universitäts-Nervenklinik unter dem Ordinariat Alexander Westphals. In: Schaffer, W. (Hrsg.): Folgen der Ausgrenzung. Studien zur Geschichte der NS-Psychiatrie in der Rheinprovinz. Köln Pulheim: Rheinland-Verlag. S. 197- 208.
- Raiser, M. (2007): Tagungsbericht Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. Methodisches Vorgehen am Einzelfall. 17.05.2007-19.05.2007, Berlin. In: H-Soz-Kult, 10.06.2007, <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/tagungsberichte/id=1602>. Zugriffsdatum: 31.07.2010.
- Roelcke, V. (2002): Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. Theoriebildung, Institutionen, Interaktionen mit zeitgenössischer Wissenschafts- und Sozialpolitik. In: Bruch, R.v./ Kaderas, B. (Hrsg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Stuttgart: Steiner. S. 109-124.
- Schmidt, R. (1988): Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie im Deutschen Reich (1871-1914). Dissertation. Universität zu Köln.
- Schmiz, K. (1920): Die medizinische Fakultät der Universität Bonn 1818-1918. Ein Beitrag zur Geschichte der Medizin. Bonn: Marcus & Webers.
- Schott, H. (1993a): Medizin um 1800 und die Pionierzeit der Bonner Fakultät. In: Schott, H. (Hrsg.): Medizin, Romantik und Naturforschung. Bonn im Spiegel des 19. Jahrhunderts. Anlässlich der 175-Jahrfeier der Universität Bonn. Bonn: Bouvier Verlag. S. 11-36.
- Schott, H. (Hrsg.) (1993b): Die Chronik der Medizin. Dortmund: Chronik-Verlag.
- Schott, H./ Tölle, R. (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München: Verlag C.H. Beck.
- Schott, H. (2008): Die Rheinischen Kliniken im Spiegel der Psychiatriegeschichte. Zum 125-jährigen Bestehen der Rheinischen Kliniken Bonn. In: Bonner Geschichtsblätter 57/58. Bonn: Bonner Heimat- und Geschichtsverein. S. 277-286.
- Schulte, W. (1962): Klinik der „Anstalts“- Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Sioli (1921): Friedrich Nasse: 1778 - 1851. In: Kirchhoff, T. (Hrsg.): Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Band 1. Berlin: Springer. S. 105-117.

Steenbeck, W. (1912): Über Hysterie vom versicherungsrechtlichen Standpunkt. Dissertation. Universität Bonn.

Titius, B. R. (1987): Die medizinische Sektion der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Bonn vom Gründungsjahr 1818 bis 1855. Mit den Sitzungsprotokollen der Jahre 1839 bis 1855. Dissertation. Universität Bonn.

Tölle, R. / Windgassen, K. (¹⁴2006): Psychiatrie einschließlich Psychotherapie. Heidelberg: Springer.

Trenckmann, U. (1988): Mit Leib und Seele. Ein Wegweiser durch die Konzepte der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Umpfenbach, F. (1924): Carl Wilhelm Pelman. In: Kirchhoff, T. (Hrsg.): Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Band 2. Berlin: Springer. S. 144-148.

Waibel, A. (1998): Prof. Dr. Otto Löwenstein und die Gründerjahre der Provinzialkinderanstalt für seelisch Abnorme in Bonn 1926-1933. Dissertation. Universität Bonn.

Walter, B. (1996): Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime. Paderborn: Schöningh.

Wenig, O. (Hrsg.) (1968): 150 Jahre Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn 1818-1968. Verzeichnis der Professoren und Dozenten der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn 1818-1968. Bonn: H. Bouvier. Ludwig Röhrscheid.

Westphal, A. (Hrsg.) (1892): Carl Westphal's Gesammelte Abhandlungen. Berlin: August Hirschwald.

Westphal, A. (1910): Karl Pelman zum 50jährigen Doktorjubiläum. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 47. Berlin: August Hirschwald. S. 990-991.

Westphal, A./ Schulze, R./ Hübner A. H. (1911): Die neue Klinik für psychisch und Nervenranke der Universität Bonn. In: Klinisches Jahrbuch. 24. Jena: Fischer. S. 227-251.

Westphal, A. (1915): Robert Thomsen. In: Landsberg, E. (Hrsg.), Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das Rechnungsjahr 1914. Bonn: Carl Georgi. Universitäts-Buchdruckerei und Verlag. S. 16- 20.

Westphal, A. (1917a): Carl Pelman. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 57. Berlin: August Hirschwald. S. 535-540.

Westphal, A./ Hübner, A.-H. (²1917b): Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik. In: Finkenburg, R. (Hrsg.): Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken. Bonn: A. Marcus & E. Webers Verlag. S. 235-253.

Westphal, A./ Finkelnburg, R./ Hübner, A.H. (1917c): Therapie der Neurosen: Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie. In: Finkelnburg, R. (Hrsg.): Die Therapie an den Bonner Universitätskliniken. Bonn: A. Marcus & E. Webers Verlag. S. 221-234.

Westphal, A. (1935): Arthur Hübner +. In: Pietrusky (Hrsg.): Chronik der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn für das akademische Jahr 1933/34. Jahrgang 59. Bonn: Bonner Universitäts-Buchdruckerei. Scheur. S. 20-25.

Winter, F. W. (1911): Ein kasuistischer Beitrag zu den A. Westphalschen Pupillenstörungen bei Katatonie. Dissertation. Maschinenschrift. Universität Bonn.

14 Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Schott, für seine freundliche und geduldige Begleitung dieser Doktorarbeit bedanken. Ebenso gilt mein Dank den anderen Mitarbeitern des Medizinhistorischen Instituts Bonn, insbesondere Herrn Dr. Forsbach für die Beratung bei der Bearbeitung der Krankenakten.

Besonderer Dank gilt auch Frau Orth, der Archivarin der Rheinischen Landeskliniken Bonn. Ohne ihr Engagement wären zahlreiche der in dieser Arbeit verwendeten Unterlagen bereits vor Jahren vernichtet worden. Außerdem möchte ich mich bei Herrn Dr. Schaffer aus dem LVR-Archiv Brauweiler und bei Herrn Dr. Becker, dem Leiter des Universitätsarchivs Bonn, sowie den Mitarbeitern des Stadtarchivs Bonn bedanken.

Schließlich möchte ich mich bei meinen Eltern und Großeltern sowie meinem Mann für ihre Unterstützung bedanken.

Anna Böhme